

# ZORGTOERISME IN LIMBURG

**imob**  
INSTITUUT VOOR MOBILITEIT

►► **UHASSELT**



## AUTEURS

Veerle Cops, IMOB-UHasselt, [veerle.cops@uhasselt.be](mailto:veerle.cops@uhasselt.be)

Elke Hermans, IMOB-UHasselt, [elke.hermans@uhasselt.be](mailto:elke.hermans@uhasselt.be)

## REFEREREN

Gelieve naar dit document te refereren als:

Veerle Cops & Elke Hermans (2018). Zorgtoerisme in Limburg. Universiteit Hasselt.

Dit onderzoek werd in 2018 uitgevoerd door het Instituut voor Mobiliteit (IMOB) in het kader van het Onderzoekscentrum Regioanalyse van de Universiteit Hasselt.

[www.uhasselt.be/IMOB](http://www.uhasselt.be/IMOB) - [www.uhasselt.be/Onderzoekscentrum-Regioanalyse](http://www.uhasselt.be/Onderzoekscentrum-Regioanalyse)







# INHOUDSTAFEL

<b>Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1 Context en opzet</b>	<b>13</b>
1.1 <i>Introductie</i>	13
1.1.1 ORA project Zorgtoerisme	13
1.1.2 Het concept Zorgtoerisme	14
1.2 <i>Onderzoeksvragen</i>	17
1.3 <i>Methodologie</i>	18
1.3.1 Literatuuronderzoek en deskresearch	18
1.3.2 Interviews	18
1.3.3 Focusgroepen	19
1.3.4 Bevraging doelgroep	20
<b>2 Vraaganalyse – Zorgbehoevende toeristen</b>	<b>23</b>
2.1 <i>Marktgrootte</i>	23
2.1.1 Huidige situatie	23
2.1.2 Potentieel van deze doelgroep voor de toeristische logiesector	25
2.2 <i>Marktbenadering</i>	27
2.3 <i>Kenmerken en barrières van de huidige recreatieve zorgtoerist</i>	28
2.3.1 Reisfrequentie, motivatie en vakantiedrempels	32
2.3.2 Reisvoorbereiding	35
2.3.3 Vakantieverwachtingen	36
2.3.4 Vakantiegedrag en -kenmerken	40
2.3.5 Vakantie-ervaring	43

<b>3</b>	<b>Aanbodsanalyse</b>	<b>47</b>
3.1	<i>Limburg als bestemming voor zorgtoerisme</i>	47
3.2	<i>Het huidige aanbod in Vlaanderen en Limburg</i>	48
3.3	<i>Perceptie vanuit de aanbodzijde ten aanzien van zorgtoerisme</i>	50
3.3.1	Hersteltoerisme in een toeristische accommodatie?	50
3.3.2	Recreatieve zorgvakanties in een toeristische accommodatie?	51
3.3.3	Het toedienen van zorg in een toeristische accommodatie	53
3.4	<i>Communicatie- en stimuleringsinitiatieven door Toerisme Vlaanderen en Toerisme Limburg</i>	53
3.5	<i>Inspirerende voorbeelden op vlak van zorgtoerisme</i>	55
3.5.1	Logies in Limburg	55
3.5.2	Logies buiten Limburg	57
3.5.3	Organisatie van zorgtoerisme en bestaande samenwerkingsmodellen	58
<b>4</b>	<b>Verdere uitbouw</b>	<b>61</b>
4.1	<i>Relevante focus voor de Limburgse toeristische ondernemers</i>	61
4.2	<i>Randvoorwaarden en kritische succesfactoren</i>	62
4.3	<i>Organisatie van zorgtoerisme</i>	64
4.3.1	Aandachtspunten met betrekking tot organisatie- en businessmodellen	64
4.3.2	Beleidsaanbevelingen	65
	<b>Referentielijst</b>	<b>69</b>
	<b>Lijst van figuren</b>	<b>74</b>
	<b>Lijst van tabellen</b>	<b>75</b>
	<b>Bijlages</b>	<b>77</b>
	<i>Bijlage 1: Interviews</i>	77
	<i>Bijlage 2: Focusgroepen</i>	79
	<i>Bijlage 3: Bevraging bij personen met een beperking en/of zorgnood</i>	81







# SAMENVATTING

Dit onderzoeksrapport biedt inzicht in de huidige stand van zaken en de mogelijke opportuniteiten inzake zorgtoerisme in Limburg. In dit onderzoek omschrijven we de term **zorgtoerisme** als “elke toeristische activiteit waarbij zorg een relevant aspect is voor de toerist”. We focussen hierbij op verblijfstoerisme door een persoon met een zorgnood en/of beperking, enerzijds vanuit een **medische motivatie** (een verblijf met het oog op herstel) en anderzijds vanuit een **recreatieve motivatie** (namelijk een verblijf met het oog op vrijetijdsbesteding).

Het onderzoek werd in 2018 uitgevoerd in het kader van het Onderzoekscentrum Regioanalyse van de Universiteit Hasselt. Er werd gestart met een **literatuurstudie en deskresearch** om relevante bestaande informatie over het thema zorgtoerisme te verzamelen. Vervolgens vonden een aantal mondelinge interviews plaats met Toerisme Vlaanderen, Inter, Toerisme Limburg, Christelijke Mutualiteit en het Wit Gele Kruis. In juni 2018 organiseerden we twee **focusgroepen** omtrent het thema zorgtoerisme in Limburg, één met zorgverleners en één met toeristische ondernemers. Tot slot werd een schriftelijke **bevraging** afgenomen bij de doelgroep van zorgbehoevenden in Limburg. Het profiel van 163 respondenten werd in kaart gebracht, alsook de redenen waarom ze niet op vakantie gingen gedurende de afgelopen drie jaar of de kenmerken van hun laatste vakantie in de afgelopen drie jaren.

Met dit project wensen we een **bijdrage te leveren** aan (1) het creëren van een verblijfs- en recreatief aanbod in Lim-

burg, afgestemd op de verwachtingen en noden van toeristen met zorgbehoeften, en (2) het vergroten van het concurrentievermogen en de verhoging van de bezettingsgraad van de Limburgse toeristische sector op lange termijn door in te zetten op deze doelgroep. Hieronder worden de vier vooropgestelde **onderzoeksvragen** beantwoord.

## 1. De (potentiële) doelgroep van zorgbehoevende toeristen in Limburg

De groep van zorgbehoevende toeristen is **omvangrijk en divers**. Personen kunnen kampen met een tijdelijke of permanente visuele, auditieve, lichamelijke of mentale beperking, alsook een chronische ziekte of psychosociale problemen. Ongeacht hun type beperking, hebben zij meerdere keren per dag of week tot meer sporadisch **nood aan hulp**, onder andere bij kleine verplaatsingen, dagdagelijkse lichaamshygiëne, verpleegkundige verzorging, medische behandeling, kinesitherapeutische behandeling of aangepaste voeding. Wanneer zij op vakantie wensen te gaan, dient hier natuurlijk rekening mee gehouden te worden. In plaats van specifiek in te zetten op één bepaalde subdoelgroep, is een **universele, inclusieve** benadering, waarbij gezocht wordt naar de best mogelijke oplossing voor alle subdoelgroepen, de beste benadering.

Deze studie (bij 163 zorgbehoevenden in Limburg), alsook eerder onderzoek (onder andere Sys, 2015) onderzocht de

reisfrequentie, motivatie en vakantiedrempels, reisvoorbereiding, vakantieverwachtingen, vakantiegedrag, en vakantieervaring van personen met een zorgnood.

## 2. Het huidige toeristische aanbod in Limburg

In 2008 lanceerde Toerisme Vlaanderen het Vlaams label voor toegankelijk toerisme. Uitbaters die 'basistoegankelijk' zijn, hebben een **A label**. Dit betekent dat rolstoelgebruikers of mensen met een tijdelijke of permanente beperking er met een minimum aan hulp kunnen genieten van hun verblijf. Uitbaters die een **A+ label** hebben zijn 'comfortabel toegankelijk'. Dit wil zeggen dat alle essentiële delen van de logies zelfstandig bereikbaar, betreedbaar en bruikbaar zijn. 22 uitbatingen in Vlaanderen met een A of A+ label bieden ook zorgomkadering aan. Zes daarvan liggen in Limburg. Een korte omschrijving van deze Limburgse logies alsook enkele inspirerende voorbeelden buiten Limburg zijn in het rapport terug te vinden.

**Argumenten voor** het organiseren van hersteltoerisme en recreatief zorgtoerisme werden in kaart gebracht. De betrokkenheid van de uitbater (vanuit een sociaal engagement) of economische redenen werden hierbij aangehaald. **De redenen om niet in te zetten op zorgtoerisme** hielden verband met de organisatie ervan, de zeer grote verantwoordelijkheid die je als uitbater hebt, de investeringen die vereist zijn en de te beperkte kennis over de doelgroep (Focusgroep toeristische ondernemers, 2018). De bevraagde zorgverleners zien zorgtoerisme als een interessante opportuniteit (Focusgroep zorgverleners, 2018). Vaak kunnen zij hun taken ook in een toeristische omgeving uitvoeren.

## 3. Succesfactoren voor de Limburgse logiessector

Zorgtoerisme omvat de betrokkenheid van verschillende stakeholders, elk met hun expertise. Zo zijn naast de toeristische ondernemer, verpleegkundigen, huisartsen, kinesisten, diëtisten, ergotherapeuten, sociaal assistenten, psychologen, apothekers, alsook mobiliteits- en marketingorganisaties belangrijke **actoren** bij het toeristisch recreatieve verblijf

of herstelverblijf van een persoon met een zorgnood. Een goede **samenwerking** is hierbij essentieel.

Een **overkoepelende coördinator** die het hele zorgproces en de informatiestromen voorbereidt en opvolgt blijkt een meerwaarde voor alle betrokken partijen. De toeristische uitbater en zijn personeel, alsook de zorgverstrekkers, kunnen op die manier blijven focussen op hun kerntaak. Ook in functie van informatieoverdracht, zekerheid en efficiëntie lijkt het voor de toerist aangewezen om beroep te kunnen doen op **één aanspreekpunt**.

## 4. Een ondersteunend beleidskader

Zowel op Vlaams als op Limburgs niveau wordt op dit moment een programma aangeboden voor toeristische ondernemers ter ondersteuning van investeringen in het kader van vakantieparticipatie. Daarnaast plaatsen zij het bestaande aanbod inzake toegankelijkheid en zorgtoerisme in de kijker, onder meer in hun brochures.

## Conclusie

Tot slot, de doelgroep van toeristen met een beperking en/of zorgnood is een **omvangrijke, groeiende groep** die over een aantal interessante kenmerken beschikt. Ze hebben een grote loyaliteit, een groter reisgezelschap, reizen tijdens het laagseizoen, enz. Tegelijkertijd biedt Limburg als **groene, dichtbij-bestemming** een interessant kader voor recreatieve vakanties of herstellvakanties in een aangename omgeving. Inzetten op zorgtoerisme blijkt dan ook zeker een **opportuniteit voor de Limburgse logiessector**. Het is echter van belang om met de volgende aandachtspunten rekening te houden:

- a) Een **structurele samenwerking** uitbouwen tussen de toeristische sector en de zorgsector.

Zorgtoerisme ligt op het raakvlak tussen toerisme en zorg. Beide sectoren, elk met hun specifieke expertise, spelen een rol bij de succesvolle uitwerking ervan. Een structurele samenwerking tussen de toeristische sector (logies, attracties, ...) enerzijds en de zorgsector (thuisverpleging, ziekenhuizen, mutualiteiten, ...) anderzijds dient opgezet te worden.

- b) Een **coördinerende tussenpartij** die het hele zorgproces voorbereidt en opvolgt.

De organisatie van de zorgprocessen en coördinatie van de informatiestromen is een essentiële taak. Opdat de toeristische ondernemers en de zorgverstrekkers op hun kerntaak kunnen blijven focussen, kan een coördinerende tussenpartij met kennis van zaken, de organisatie en opvolging van het zorgproces voor zijn rekening nemen. Op die manier krijgt de zorgtoerist ook een vast aanspreekpunt, hetgeen de nodige zekerheid biedt.

- c) **Erkenning** en *visibiliteit* van toeristische ondernemingen die actief inzetten op zorgtoerisme.

Vandaag de dag bestaat reeds het Vlaams toegankelijkheidslabel en de internationale "Code of good conduct" van ENAT (European Network for Accessible Tourism). Het is tevens belangrijk dat de toerist gedurende de gehele vakantie-ervaring de nodige kwaliteit aan zorg krijgt en dat toeristische organisaties met een zorgaanbod zich voldoende kenbaar kunnen maken bij de doelgroep.

- d) (*Gratis*) **opleidingen** afgestemd op de opleidingsnoden van de leidinggevenden en het personeel.

Het inzetten op zorgtoerisme vergt niet enkel fysieke aanpassingen, ook de attitude ten aanzien van en juiste omgang met

personen met een zorgnood moet aanwezig zijn bij alle personeelsleden. Daarnaast lijkt het opportuun om geïnteresseerde toeristische ondernemers duidelijk te informeren welke concrete stappen gezet moeten worden om in te zetten op zorgtoeristen en wat erbij komt kijken.

- e) **Subsidiemogelijkheden** inzake zorgtoerisme.

Om de sector financieel te ondersteunen bij bepaalde investeringen die de vakantiebeleving van personen met een zorgnood verhogen, kan verder gewerkt worden met subsidieprogramma's die een aanvulling zijn op de eigen investeringen door de toeristische ondernemer.

- f) **Aandacht voor de volledige toeristische ervaring.**

Enkel de toeristische accommodatie afstemmen op de behoeften van de zorgtoerist is onvoldoende om een optimale toeristische beleving te ervaren. Alle aspecten in de toeristische keten verdienen de nodige aandacht, inclusief het transport naar de bestemming en ter plaatse, alsook het aanbod aan geschikte activiteiten op de vakantie locatie (afgestemd op het zorgprofiel en de interesses van de toerist). Technologische toepassingen (een online platform, apps, ...) vormen hierbij een opportuniteit.

- g) **Marketinginitiatieven** om zorgtoerisme verder te promoten.

Ook op vlak van marketing worden best acties ondernomen zodat toeristische verblijven gepromoot worden bij de specifieke doelgroep van zorgbehoevende toeristen enerzijds en bestaande inclusieve zorgaccommodaties breder gepositioneerd worden naar toeristen zonder beperking of zorgnood anderzijds. Ook kan, gegeven de troeven, Limburg als bestemming bij onder andere zorgtoeristen verder gepromoot worden.



# 1 CONTEXT EN OPZET

In dit deel van het rapport wordt meer informatie gegeven over het thema en het onderzoek waar het Instituut voor Mobiliteit in 2018 aan werkte in het kader van het Onderzoekscentrum Regioanalyse van de Universiteit Hasselt (UHasselt). Zo wordt het concept 'zorgtoerisme' toegelicht (sectie 1.1), alsook de onderzoeksvragen die beantwoord worden in dit rapport (sectie 1.2) en de gebruikte methodologie (sectie 1.3). Deel II bespreekt vervolgens de vraaganalyse vanuit het perspectief van de zorgbehoevende toerist. Een analyse van het aanbod gebeurt in deel III. Deel IV tot slot bespreekt de verdere uitbouw van zorgtoerisme in Limburg.

## 1.1 INTRODUCTIE

### 1.1.1 ORA PROJECT ZORGTOERISME

#### **Missie en Visie van het Onderzoekscentrum Regioanalyse**

Met het Onderzoekscentrum Regioanalyse (ORA) beoogt de UHasselt als een 'civic university' een sleutelrol te spelen in de sociale, economische en culturele ontwikkeling van regio's, waarbij de universiteit en de regio's elkaar voortdurend stimuleren om te groeien en te innoveren.

Ingebed in de UHasselt en verbonden met de expertise van de onderzoeksgroepen van de UHasselt streeft het ORA naar:

- het uitvoeren van toegepast wetenschappelijk onderzoek in thema's relevant voor het regionale beleid;
- het genereren en bundelen van kwaliteitsvolle data op regionaal niveau;
- het stimuleren van het maatschappelijk debat over beleidsopties.

#### **Projectdoelstellingen**

Dit onderzoeksrapport biedt inzicht in de huidige stand van zaken en de mogelijke opportuniteiten inzake zorgtoerisme in Limburg. Finaal wil het project een bijdrage leveren aan (1) het creëren van een verblijfs- en recreatief aanbod passend bij de verwachtingen en noden van toeristen met zorgbehoeften en (2) het vergroten van het concurrentievermogen en het verhogen van de bezettingsgraad van de Limburgse toeristische sector op lange termijn door in te zetten op deze veelbelovende doelgroep.

#### **Ondersteuning voor beleid**

Het Strategisch Actieplan Limburg in het Kwadraat (SALK) eindrapport benadrukte reeds het belang van zowel de vrijetijdseconomie als de zorg economie in Limburg. De provincie Limburg beschouwt zorgtoerisme als een opportuniteit voor de Limburgse toeristische sector. Er is echter nood aan meer inzicht en concrete invalshoeken. Dit ORA project inzake zorgtoerisme kan hier een antwoord op bieden.

## 1.1.2 HET CONCEPT ZORGTOERISME

### A. AFBAKENING VAN HET BEGRIP ZORGTOERISME

#### Definitie toerisme en definitie zorg

Wat wordt bedoeld met zorgtoerisme? We starten met de omschrijving van de twee deelaspecten: toerisme enerzijds en zorg anderzijds. Volgens de definitie van de United Nations World Tourism Organisation (UNWTO) verwijst het woord **toerisme** naar de activiteit van de toerist. Deze verplaatst zich tijdelijk (minder dan één jaar) naar een bestemming buiten zijn/haar gebruikelijke omgeving. De motivatie van de toerist voor de verplaatsing kan allerhande zijn: vrije tijd, zaken (echter zonder ter plekke tewerkgesteld te worden) of andere persoonlijke doeleinden (UNWTO, 2010). Het woord **zorg** verwijst zowel naar zorgzaamheid, ongerustheid (zich zorgen maken), verzorging als naar gezondheidszorg (Van Dale, 2018).

#### Afbakening zorgtoerisme

Vanuit de afbakening van dit onderzoek omschrijven we de term **zorgtoerisme** als “elke toeristische activiteit waarbij zorg een relevant aspect is voor de toerist”. Wel focussen we in dit project op verblijfstoerisme en laten we dagtoerisme buiten beschouwing. De toeristische verplaatsing kan vanuit een **medische motivatie** gebeuren, zijnde een verblijf met het oog op herstel (een verblijf met als hoofdmotivatie een medische behandeling of ingreep laten we in dit onderzoek buiten beschouwing). Zorgaspecten kunnen echter ook een cruciale rol spelen in de vakantieverwachtingen en het vakantiegedrag van de toerist met een primaire **recreatieve motivatie** voor zijn toeristische verplaatsing (namelijk een verblijf met het oog op vrijetijdsbesteding).

Het **zorgaspect** betreft de zorgbehoefte en/of -nood die de toerist ervaart met betrekking tot zijn/haar verblijf, en waaraan invulling moet worden gegeven vanuit de aanbodzijde,

zijnde de toeristische sector en/of de gezondheidszorg. Deze zorgbehoefte kan van allerlei aard zijn, en is niet noodzakelijk gelinkt aan een specifieke handicap of vastgestelde medische aandoening. Iedereen die zich (permanent of sporadisch) beperkt voelt in zijn functioneren heeft baat bij een toeristisch aanbod dat tegemoet komt aan zorgvragen en de toerist een gevoel van zekerheid en veiligheid biedt (bijvoorbeeld ouderen, minder mobiele mensen, mensen met jonge kinderen,...).

Deze invulling van zorgtoerisme sluit nauw aan bij de definitie van Bosman et al. (2011). Zij omschrijven de term zorgtoerisme als volgt: “toerisme waarbij de toerist vanwege een handicap, (chronische) ziekte of revalidatie, ondersteuning nodig heeft, maar een zo normaal mogelijke vakantie wil ervaren. Deze ondersteuning kan bestaan uit verzorging of begeleiding van hulpverleners en verplegers, aangepaste voorzieningen aan de accommodatie en voorzieningen voor het verkrijgen van hulpmiddelen” (Bosman et al., 2011).

### B. ENKELE RELEVANTE BEGRIPPEN

In de literatuur over zorgtoerisme komen een aantal definities, concepten en modellen frequent terug. De belangrijkste worden hier kort aangehaald.

In het Verenigde Naties Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap wordt betreffende de opvattingen omtrent personen met een handicap de kaart getrokken van **het mensenrechtelijk of sociaal model**. In dit model is, in tegenstelling tot in het **medisch model**, de context belangrijker dan het medische aspect. Zo kan slechtziend zijn in een maatschappij waar het verkrijgen van een bril niet evident is, een **handicap** zijn omdat deelname aan de maatschappij erdoor wordt belemmerd. In het verdrag werd geopteerd voor de volgende definitie van de notie handicap: “Personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.” Beperkingen

van korte duur en occasionele beperkingen werden in het VN verdrag uitgesloten van het begrip handicap. Verder worden niet zozeer de beperkingen, maar vooral de mogelijkheden van **participatie** in het verdrag benadrukt. Het hebben van een beperking en het ervaren van belemmeringen is namelijk sterk gelinkt aan de aard van de maatschappij waarin ze zich manifesteren (Keunen, van Damme en Cuypers, 2015). “Het probleem is niet de medische aandoening op zich, maar het participatieprobleem dat erdoor ontstaat” (Samoy, 2012 in Moons, Pauwels en Noppe, 2014). In een Vlaams onderzoek over de participatiegraad van kansengroepen werd om die reden geopteerd voor de term ‘personen met een **functiebeperking**’, in plaats van handicap (Moons, Pauwels en Noppe, 2014). Participatie is dus cruciaal. En dat is precies waar zorgtoerisme over gaat.

In een studie van de vzw Gelijke rechten voor Iedere Persoon met een handicap (GRIP) wordt **inclusie** als volgt omschreven: “het recht op volwaardige deelname aan de samenleving op gelijke voet met andere burgers, een onafhankelijk leven met gelijke keuzemogelijkheden en met respect voor individuele keuzes”. **Evenredige en evenwaardige participatie** is hierbij van groot belang. Het eerste doelt op een participatiegraad die in verhouding staat tot het aandeel van de betreffende groep in de bevolking. Het tweede aspect duidt op eenzelfde waardering voor personen met een handicap als voor mensen zonder beperking, wanneer zij een bepaalde rol of positie innemen (Ruts, 2017).

Om te kunnen participeren in een inclusieve maatschappij en in een inclusief toeristisch aanbod is toegankelijkheid een basisvoorwaarde. Buhalis en Darcy (2011) omschreven **toegankelijk toerisme** als volgt: “Accessible tourism is a form of tourism that involves collaborative processes between stakeholders that enables people with access requirements, including mobility, vision, hearing and cognitive dimensions of access, to function independently and with equity and dignity through the delivery of universally designed tourism products, services and environments. This definition adopts a whole of life approach where people through their lifespan benefit from accessible tourism provision. These include people with permanent and temporary disabilities, seniors, obese, families with young children and those working in safer and more sustainably designed environments” (Buhalis en Darcy, 2011). Het concept **design for all** gaat nog een stap verder en beoogt een wereld waarbij reeds bij de ontwerpfase van voorwerpen, gebouwen, infrastructuur, ... rekening gehouden wordt met de bruikbaarheid voor alle types van gebruikers, ongeacht hun eventuele beperkingen (Connell, et al., 1997).

Ook de begrippen hersteltoerisme en herstelverblijf verdienen enige duiding. Kortverblijven<sup>1</sup> worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten, wegens niet relevant.

---

<sup>1</sup> Volgens de website [www.kortverblijven.be](http://www.kortverblijven.be) (een initiatief van het Agentschap Zorg en Gezondheid) biedt een centrum voor kortverblijf “tijdelijke opvang en verzorging aan zorgbehoevende ouderen. Dit betekent een tijdelijke ontlasting voor de thuis- en mantelzorg. Een centrum voor kortverblijf is steeds verbonden aan een woonzorgcentrum en biedt dezelfde diensten aan: verblijf, hygiënische en verpleegkundige verzorging, activering en revalidatie, animatie- en ontspanningsactiviteiten, psychosociale ondersteuning en sociale contacten met andere bewoners” (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.d. f).

**Herstelverblijven** richten zich op herstelkuren van 7 tot maximum 60 dagen, na een heelkundige ingreep, ziekte, ongeval of bij hulpbehoevendheid (De Voorzorg, z.d.). Een centrum voor herstelverblijf kan, maar is niet verplicht om een erkenning aan te vragen bij het Agentschap Zorg en Gezondheid. Conform het **Woonzorgdecreet**<sup>2</sup> moet een niet-erkend centrum zich wel aanmelden bij het agentschap, “wanneer het tijdelijke opvang wil aanbieden/organiseren aan mensen die een heelkundige ingreep hebben ondergaan of aan een ernstige aandoening hebben geleden, die gepaard ging met een ziekenhuisopname of een langdurige onderbreking van de normale activiteiten, opdat ze opnieuw zelfstandig kunnen functioneren in het natuurlijke thuismilieu” (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.d. a).

Onder **hersteltoerisme** verstaan we “het aanbieden van een verblijf met het oog op herstel in een toeristische accommodatie”. Toeristische logies vallen onder het Vlaamse **Logiesdecreet**<sup>3</sup> en moeten zich verplicht aanmelden bij Toerisme Vlaanderen. Een erkenning aanvragen bij Toerisme Vlaanderen kan, maar is niet verplicht. Het Logiesdecreet richt zich op elk *toeristisch logies waar toeristen tegen betaling overnachten* (Toerisme Vlaanderen, z.d.). Het logiesdecreet definieert de toerist als “elke persoon die zich met het oog op vrijetijdsbesteding, ontspanning, persoonlijke ontwikkeling, beroepsuitoefening of zakelijk contact begeeft naar of verblijft in een andere dan zijn alledaagse leefomgeving”; en toeristisch logies als “elke constructie, inrichting, ruimte of

terrein, in eender welke vorm, dat aan één of meer toeristen tegen betaling de mogelijkheid tot verblijf biedt voor één of meer nachten, en dat wordt aangeboden op de toeristische markt” (Toerisme Vlaanderen, 2017a).

## C. RELEVANTIE VAN HET THEMA

Vanuit het internationale, regionale en lokale beleid is er veel aandacht voor participatie en toegankelijkheid. “Het VN-verdrag betreffende de rechten van personen met een handicap introduceerde expliciet het streefdoel dat personen met een functiebeperking op gelijkwaardige wijze als personen zonder functiebeperkingen moeten kunnen **participeren** aan de samenleving” (Moons, Pauwels, en Noppe, 2014). In haar ‘Global Code of Ethics for Tourism’ onderschrijft de UNWTO dit verdrag (Tulliez, Breda en Núñez, 2014). De ‘European Disability Strategy 2010-2020’, aangenomen door de Europese Commissie in 2010, omschreef **toegankelijkheid** als één van de prioritaire thema’s. De doelstelling was om enerzijds goederen en diensten toegankelijk te maken voor iedereen en ondersteunende hulpmiddelen te promoten en anderzijds participatie te bevorderen (Tulliez, Breda en Núñez, 2014).

Toegankelijkheid is ook een belangrijk thema in Vlaanderen. Toerisme Vlaanderen zet hier onder andere op in door de

---

<sup>2</sup> Vlaams Woonzorgdecreet van 13 maart 2009: In dit decreet worden bestaande en nieuwe vormen in de thuiszorg, de thuiszorgondersteunende en -aanvullende zorg en de residentiële ouderenzorg gecombineerd. Het decreet heeft drie prioritaire doelstellingen: (1) zorg op maat bieden aan de gebruiker en een kwaliteitsvol zorgcontinuüm creëren, door zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg correct en individueel aangepast in te zetten; (2) de regelgeving voor zorg, wonen en welzijn actualiseren en beter op elkaar afstemmen, met als doel de samenwerking tussen thuiszorg, thuiszorgondersteunende zorg en residentiële zorg te vergemakkelijken en aan te moedigen; en (3) de kwaliteit van wonen en zorg verhogen door passend in te spelen op de individuele fysieke en psychische noden van de zorgvrager, met voldoende aandacht voor sociale inclusie en het welbehagen van de zorgbehoevende (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.d. h).

<sup>3</sup> Vlaamse Logiesdecreet van 10 maart 2017: Dit decreet vereenvoudigt de administratieve regels voor wie toeristen tegen betaling laat overnachten. Voor elk logies gelden dezelfde basisnormen in verband met (brand)veiligheid, verzekering en hygiëne, aangevuld met meer specifieke uitbatingsnormen per type logies (Toerisme Vlaanderen, 2017b).



ontwikkeling en implementatie van een **toegankelijkheidslabel** (A en A+ label) en door middel van subsidies (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018). Toerisme Vlaanderen gelooft in de positieve effecten van vakantie en wil iedereen hiervan laten genieten. Via haar **Steunpunt Vakantieparticipatie** worden drempels gedetecteerd en oplossingen gezocht. In eerste instantie lag de focus op de financiële drempel: enerzijds bieden toeristische partners sociale tarieven aan en anderzijds brengen begeleiders van sociale lidorganisaties het aanbod tot bij de mensen in armoede. In 2015 gaf Minister Weyts aan dat de opdracht van het Steunpunt Vakantieparticipatie verbreed werd naar “het detecteren en geïntegreerd aanpakken van alle mogelijke vakantiedrempels voor Vlamingen, met inbegrip van vakantiedrempels voor mensen met een beperking en voor ouderen”. Hij wenst op die manier “het Steunpunt Vakantieparticipatie te versterken tot dé referentie voor iedere Vlaming die specifieke budget- of zorgnoden heeft om op vakantie te gaan” (Toerisme Vlaanderen, 2015). Toerisme Vlaanderen geeft tevens aan dat inclusie steeds belangrijker is geworden in het lokale beleid (Interview Toerisme Vlaanderen, 2018).

Tot slot werden op provinciaal niveau in het ‘Strategisch Actieplan voor het toerisme in Limburg 2014-2019’ gasten die door sociale, psychische, lichamelijke of financiële redenen minder toegang hebben tot vakantiebeleving reeds als één van de doelgroepen voor het toerisme in Limburg omschreven, door in te zetten op inclusievakanties, waarbij elke burger welkom is (Toerisme Limburg, 2013). In zijn **beleidsverklaring** voor 2018 benadrukte gedeputeerde Philtjens, naast de economische impact, ook de maatschappelijke meerwaarde van toerisme voor de Limburgers, en geeft hij aan dat mensen met een beperking of een beperkt budget daarbij niet vergeten mogen worden. Verder wordt zorgtoerisme er expliciet als een nichemarkt benoemd, met als doel meer bezoekers en bestedingen voor Limburg te genereren (Philtjens, 2017).

## 1.2 ONDERZOEKSVRAGEN

Finaal wil dit project een bijdrage leveren aan (1) het creëren van een verblijfs- en recreatief aanbod in Limburg, passend bij de verwachtingen en noden van toeristen met zorgbehoeften en (2) het vergroten van het concurrentievermogen en het verhogen van de bezettingsgraad van de Limburgse toeristische sector op lange termijn door in te zetten op deze doelgroep. Daartoe werden volgende onderzoeksvragen vooropgesteld:

### *(1) De (potentiële) doelgroep van zorgbehoevende toeristen in Limburg*

- Welke marktsegmenten kunnen geïdentificeerd worden binnen de complexe en brede doelgroep van zorgbehoevenden?
- Welke marktsegmenten zijn vanuit een toeristisch oogpunt potentieel interessant? Welke groepen zijn bereid en in staat om te reizen? Wat zijn hun fysieke, sociale of economische beperkingen en mogelijkheden?
- Wat is het profiel, de reiservaringen, de specifieke zorgbehoeften tijdens een vakantie, de vakantieverwachtingen, en het reisgedrag van personen met een zorgnood?

### *(2) Het huidige toeristische aanbod in Limburg*

- Welke toegankelijkheidscriteria en –labels bestaan er?
- Welke zorg wordt reeds aangeboden in de toeristische sector?

### *(3) Succesfactoren voor de Limburgse logiessector*

- Wat zijn de randvoorwaarden en de kritische succesfactoren om zorgtoerisme te kunnen organiseren?

- Welke overkoepelende business modellen bieden zich aan om zorgtoerisme in een regio te stimuleren en te organiseren? Met welke stakeholders?

#### (4) Een ondersteunend beleidskader

- Welke subsidiemogelijkheden bestaan er met betrekking tot zorgtoerisme?

## 1.3 METHODOLOGIE

Dit onderzoek maakt gebruik van een combinatie van onderzoeksmethodologieën om een antwoord te verkrijgen op bovenstaande onderzoeksvragen.

### 1.3.1 LITERATUURONDERZOEK EN DESKRESEARCH

Er werd gestart met een literatuurstudie en deskresearch om relevante bestaande informatie over het thema zorgtoerisme te verzamelen. In het bijzonder werd de wetenschappelijke literatuur doorzocht aan de hand van (combinaties van) trefwoorden zowel in het Nederlands als in het Engels (onder andere zorg, toerisme, toegankelijk, reizen, beperking, enz.). Relevante artikels uit wetenschappelijke tijdschriften, handboeken en rapporten werden zo geïdentificeerd en doorgenomen in relatie tot de onderzoeksvragen (een aantal belangrijke bronnen zijn opgenomen in de referentielijst van dit rapport). Naast onderzoeken en studies kon ook waardevolle informatie gevonden worden op websites van toeristische organisaties (bv. Toerisme Vlaanderen, websites van aanbieders van zorgtoerisme, enz.) alsook op overheidswebsites in

verband met data (bv. Statbel). De studie van beschikbare literatuur en deskresearch leverde theoretische inzichten, cijfergegevens en goede voorbeelden op inzake zorgtoerisme. Deze informatie werd gebruikt bij het antwoorden van onderzoeksvragen 1 tot en met 4.

### 1.3.2 INTERVIEWS

Ten tweede werd in deze studie gebruik gemaakt van interviews. Uit de deskresearch kwamen een aantal relevante organisaties naar voren waarmee we een diepgaander gesprek wensten. De organisaties (en concrete gesprekspartners) waarbij de onderzoekers een mondeling interview afnamen, zijn: Toerisme Vlaanderen (Geneviève Delefortrie, Ewoud Lagring en Karine Geboers), Inter (Fenneken Spaan)<sup>4</sup>, Toerisme Limburg (Jeroen Luys), Christelijke Mutualiteit (Marc Vanderstraeten) en het Wit Gele Kruis (Ilse Gorissen, Koen Sempels, Gertie Donné en Mariet Hons) (zie bijlage 1). Voor elk interview werd een lijst van open vragen voorbereid die vervolgens werden gesteld aan de geïnterviewde. Daarnaast was er veel interactie en werden er op basis van de gegeven antwoorden bijkomende vragen gesteld. De aspecten die in elk interview aan bod kwamen, waren onder andere aan welke doelgroepen van zorgnoden er op dit moment reeds aandacht werd besteed door de organisatie en aan welke doelgroepen ze meer aandacht wensten te besteden in de toekomst (en de motivatie hierachter); over welke informatie (per doelgroep) de organisatie op dit moment reeds beschikt of nog nodig acht; wat volgens hun goede voorbeelden zijn inzake zorgtoerisme; alsook hun mening omtrent kritische succesfactoren. Afhankelijk van het type organisatie werden nog specifieke vragen gesteld, bijvoorbeeld bij Toerisme Vlaanderen en Toerisme Limburg

<sup>4</sup> Inter is een expertisecentrum in toegankelijkheid en Universal Design en geeft bouwkundig toegankelijkheidsadvies van ontwerp tot realisatie, maakt evenementen toegankelijk, geeft vormingen, adviseert overheden en doet onderzoek naar de toegankelijkheidssituatie in Vlaanderen (<https://www.inter.vlaanderen/over-inter>, geraadpleegd op 24/10/2018).

werd gevraagd naar hun acties inzake promotie, productontwikkeling, professionalisering van de toeristische sector, en het ondersteunend beleidskader op vlak van zorgtoerisme. Door verschillende organisaties over dit thema te interviewen, kon informatie verzameld worden die bijdraagt aan het beantwoorden van onderzoeksvragen 1 tot en met 4. Naast deze interviews werden er tevens verkennende gesprekken gevoerd met partners die ook rond dit onderwerp werken. Zo vond een overleg plaats met het Expertisecentrum PXL Zorginnovatie (Rianne Golsteijn), Faculteit Architectuur en Kunst van de UHasselt (Jan Vanrie) en het Limburg Clinical Research Program (Hélène Piccard). Door deze gesprekken werden de onderzoeksthema's van eenieder duidelijk en konden linken gelegd worden.

### 1.3.3 FOCUSGROEPEN

Focusgroepen zijn een volgende gebruikte methodologie. Zo vonden in juni 2018 twee focusgroepen plaats, één met zorgverleners en één met toeristische ondernemers. Beide groepen bekijken zorgtoerisme vanuit hun perspectief. Er werd wel telkens hetzelfde protocol gevolgd. Zo startte de voormiddag met een korte voorstellingsronde van alle aanwezigen en wat achtergrond bij het onderzoek (afbakening van het onderwerp, doelstellingen en aanpak). Vervolgens kwamen vier thema's (met telkens een aantal vragen) aan bod. Iedere deelnemer werd gevraagd om eerst individueel antwoorden te noteren op de gestelde vragen per thema. Vervolgens werden de thema's overlopen waarbij de antwoorden in groep<sup>5</sup> werden meegedeeld, bediscussieerd en geclusterd op een posterpaneel.

De focusgroep met zorgverleners bestond uit personen verbonden aan een woonzorgcentrum, een seniorenraad, een

ziekenhuis, een dienstencentrum, een zelfstandige thuisverpleegkundige, een consultant in gezondheidszorg en een ondersteunende dienst voor thuisverpleegkundigen. De vier thema's die aan bod kwamen, waren (1) de zorgbehoevende toerist, (2) zorgnoden, (3) het verlenen van zorg aan zorgtoeristen en (4) mogelijke businessmodellen om zorgtoerisme te organiseren. De concrete vragen per thema worden in bijlage 2 weergegeven.

De focusgroep met de toeristische sector bestond voor het merendeel uit personen verbonden aan een hotel, een uitbater van een vakantiehoeve met zorg, een uitbater van een vakantiewoning voor oncologiepatiënten en een gespecialiseerde reisorganisatie. De vier thema's die hier aan bod kwamen, waren (1) motivatie, (2) doelgroep, (3) randvoorwaarden en (4) mogelijke businessmodellen voor de organisatie van zorgtoerisme. De concrete vragen per thema worden in bijlage 2 weergegeven.

De resultaten van deze focusgroepen droegen bij aan het beantwoorden van onderzoeksvragen 1 en 3.

---

<sup>5</sup> Gegeven het hogere aantal deelnemers in de focusgroep met toeristische ondernemers, werd ervoor geopteerd om deze groep deelnemers in twee te splitsen. Na de individuele voorbereidingen werden de resultaten eerst geclusterd per subgroep. Tot slot werden de resultaten van beide subgroepen samengebracht.

### 1.3.4 BEVRAGING DOELGROEP

Tot slot werd er geopteerd om een bevraging af te nemen bij de doelgroep van zorgbehoevenden in Limburg. Voor de verspreiding van de enquêtes werd beroep gedaan op de deelnemers van de focusgroep met zorgverleners (seniorenraad, stedelijk dienstencentrum, woonzorgcentrum, thuisverpleegkundigen) die in contact komen met deze doelgroep, alsook werd de vragenlijst verdeeld door de dienst 'Future Health' in de wachtkamers van de raadplegingen bij de afdeling cardiologie en in het nierdialysecentrum van het Ziekenhuis Oost-Limburg. Ook het Wit Gele Kruis was bereid om de bevragingen via thuisverpleegkundigen in haar 29 Limburgse afdelingen te verspreiden. Op die manier trachtten we een grote variëteit aan profielen te bekomen. De enquête diende op papier ingevuld te worden. De reden hiervoor was dat de respondent meteen van start kon gaan met de enquête (in plaats van eerst te moeten inloggen ingeval van een online enquête), dat er geen digitale drempel was voor respondenten, en dat de anonimiteit van patiënten diende gewaarborgd te worden. Bij een bevraging op papier is echter de kans op vergissingen of onvolledigheid (bv. bepaalde vragen onbeantwoord laten, meerdere antwoorden geven wanneer slechts één antwoord gevraagd werd) groter.

De vragenlijst was gericht aan personen die in het dagelijkse leven geconfronteerd worden met een beperking of met zorgnoden. De vragenlijst mocht ingevuld worden door de persoon zelf of diens mantelzorger. De vragenlijst is terug te vinden in bijlage 3. De enquête bestond uit 16 vragen, voornamelijk gesloten vragen waarbij de respondent bij de meeste vragen één of meerdere antwoorden die van toepassing waren, diende aan te kruisen. Het eerste deel omvatte een aantal profielvragen (zoals geslacht, leeftijd, woonsituatie, postcode, type beperking, alsook het type zorgnood en hoe vaak en door wie ze hierbij geholpen worden). Dit deel eindigde met de vraag of men in de laatste drie jaren op vakantie was geweest. Indien niet, konden de redenen (uit een lijst van een 20-tal redenen) aangeduid worden en was dit ook meteen het einde van de enquête. Voor personen die wel op vakantie

gingen gedurende de afgelopen drie jaren werden vervolgens vragen gesteld over hun meest recente vakantie-ervaring. Vragen betroffen het reisgezelschap, de bestemming, de duur, het transportmiddel, het type accommodatie evenals het type zorgnoden tijdens de vakantie (en hoe vaak en door wie ze hierbij geholpen werden), het beslissingsproces inzake de vakantie en de vakantie-ervaring.

Er werden 168 enquêtes verzameld waarbij er na kwaliteitscontrole uiteindelijk 163 geschikt bleken voor analyse. De resultaten dragen bij aan het beantwoorden van onderzoeksvraag 1 en worden in deel II beschreven.

Tot slot, door gebruik te maken van verschillende methodologieën – literatuuronderzoek, desk research, interviews, focusgroepen en een bevraging – werd een veelheid aan nieuwe inzichten bekomen. De verkregen informatie werd geanalyseerd en beschreven in dit rapport. Daarnaast werd ook een seminarie georganiseerd begin 2019 om de resultaten van dit onderzoek voor te stellen aan stakeholders.





## 2 VRAAGANALYSE – ZORGBEHOEVENDE TOERISTEN

In dit deel van het rapport ligt de nadruk op de vraagzijde. We bespreken eerst de huidige marktgrootte en het groeipotentieel (sectie 2.1), daarna de manier waarop de markt wordt benaderd (sectie 2.2) en tot slot de kenmerken en barrières van de huidige recreatieve zorgtoerist (sectie 2.3).

### 2.1 MARKTGROOTTE

Hoeveel personen zijn er met een beperking en/of zorgnoden? En hoe groot is de markt van hersteltoeristen? We starten met een bespreking van de huidige omvang in Europa en Vlaanderen. Vervolgens bespreken we het potentieel van deze doelgroep voor de toeristische logiesector.

#### 2.1.1 HUIDIGE SITUATIE

##### **Doelmarkt Europa – personen met een beperking**

In de Europese Unie hebben ongeveer 80 miljoen personen (dus één op zes) een beperking variërend van mild tot ernstig, die hen vaak verhindert om ten volle deel te nemen aan

de samenleving; deze groep omvat ook ouderen, families met jonge kinderen, mensen met tijdelijke beperkingen, enz. Een derde van de personen boven de 75 jaar zijn tot op zekere hoogte beperkt (Tulliez, Breda en Núñez, 2014).

Een studie over toegankelijk toerisme in Europa, in opdracht van de Europese Commissie, stelt dat er in 2011 138,6 miljoen personen met een toegankelijkheidsnood waren in Europa, waarvan 36% 15-64 jarigen en 64% 65-plussers. In 2012 ondernamen zij ongeveer 783 miljoen reizen in de Europese Unie (GfK, et al., 2014).

##### **Doelmarkt Vlaanderen – personen met een handicap, beperking en/of langdurige ziekte**

De exacte omvang van deze doelgroep in Vlaanderen inschatten is moeilijk, aldus Sys (2015). Volgens de enquête naar de arbeidskrachten hadden in 2015 14,8% van de mensen op werkzame leeftijd (20-64j) een **arbeidshandicap** (i.e. gezondheidsproblemen gepaard gaand met belemmeringen in het arbeidsleven (Ruts, 2017)). In 2017 waren er in het Vlaams Gewest 336.188 **erkende personen met een handicap**<sup>6</sup> (Limburg in Cijfers, z.d. b).

---

<sup>6</sup> Het gaat hier om meerderjarige personen die na medische evaluatie ofwel een erkenning krijgen van verlies van verdienvermogen tot een derde of minder dan wat een valide persoon op de gewone arbeidsmarkt kan verdienen, ofwel een erkenning krijgen van minstens 7 punten op

De socio-economische enquête uit 2001 toonde aan dat het aantal personen dat last heeft van een beperking of langdurige ziekte veel hoger ligt, namelijk 37% van de Vlaamse 65-plussers, 16% van de 15 tot 64 jarigen, en 3% van de kinderen (0 - 14 jaar) had last van een beperking of langdurige ziekte. Sys (2015) verwees tevens naar de gezondheidsenquête uit 2008 om aan te tonen dat er zich doorheen de jaren geen opvallende stijgingen of dalingen voordeden in het aandeel van personen met een beperking of een langdurige ziekte. Als we deze percentages toepassen op de bevolkingcijfers van 1 januari 2018 van het Belgische statistiekbureau gaat het in Vlaanderen om een doelgroep van 1.184.953 **personen met een beperking of langdurige ziekte** (31.994 kinderen (0-14 jaar), 668.223 mensen in de leeftijdscategorie 15-64 jaar en 484.736 65-plussers) (Belgisch statistiekbureau, z.d.).

De 'Survey on Income and Living Conditions' (2014) toonde aan dat 23,1% van de Vlaamse 18-plussers een handicap of langdurige ziekte had, en dat 22,6% beperkt of sterk belemmerd werd in de dagdagelijkse bezigheden vanwege een gezondheidsprobleem (Ruts, 2017). Ruts creëerde tevens een gepoold databestand met respondenten uit 2013, 2014 en 2015 uit de Survey Sociaal Culturele Verschuivingen, en toonde zo aan dat respectievelijk 25,7%, 22,1% en 24,2% van de bevolking in de Vlaamse Gemeenschap tussen 18 en 85 jaar af en toe of voortdurend belemmerd werd in dagdagelijkse bezigheden omwille van ziekte of handicap (Ruts, 2017)<sup>7</sup>.

---

de schaal van zelfredzaamheid. Erkende personen met een handicap hebben onder bepaalde voorwaarden recht op sociale voordelen, tegemoetkomingen, verhoogde kinderbijslag, parkeerkaart...

<sup>7</sup> Ruts vermeldt dat "de cijfers van de algemene bevolkingssurveys weinig zeggen over een bepaald deel van personen met een handicap. Personen die in een instelling wonen worden niet bevraagd, personen met een verstandelijke handicap en bepaalde fysieke beperkingen zijn niet of nauwelijks vertegenwoordigd in de cijfers" (Ruts, 2017).

<sup>8</sup> De gegevens rond zorgvraag hebben betrekking op het aantal lopende dossiers tenlastenemingen in de zorgverzekering. Een opsplitsing wordt gemaakt van dossiers in de mantel- en thuiszorg en dossiers in de residentiële zorg (Limburg in cijfers, z.d. a).

### **Doelmarkt Vlaanderen – personen met zorgbehoeften**

Uiteraard hebben niet alle personen met een beperking of een langdurige ziekte ook op regelmatige basis zorgbehoeften waarvoor zij eventueel een beroep op anderen moeten doen. Dergelijke zorg kan zowel door professionele hulpverleners (thuisverpleegkundige, kinesist,...) als door thuis- en mantelzorgers verricht worden. Exacte cijfers van het aantal personen met een zorgnood zijn niet beschikbaar. Op basis van de cijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid met betrekking tot het aantal lopende dossiers in de zorgverzekering in 2016, bleek dat 127.636 65-plussers in het Vlaamse Gewest gebruik maakten van **mantel- en thuiszorg**<sup>8</sup>. Rekening houdend met de bevolkingcijfers komt dit neer op een aandeel van 10,08%. Voor 80-plussers lag dit aandeel op 20,89%. Voor de residentiële zorg lag dit aandeel respectievelijk op 5,78% en op 15,92%. (Bron: eigen berekening op basis van Belgisch statistiekbureau (z.d.) en Limburg in Cijfers, z.d. a).

### **Doelmarkt Vlaanderen – hersteltoerisme**

Ook na een ziekenhuisverblijf worden veel mensen geconfronteerd met langdurige of tijdelijke zorgnoden en beperkingen. Het aantal ziekenhuisopnames nam de voorbije jaren toe in Vlaanderen (1.051.445 in 2006 versus



1.146.123 in 2015)<sup>9</sup>. De ziekenhuisverblijven worden wel steeds korter. De gemiddelde verblijfsduur in de Vlaamse ziekenhuizen daalde van 8 dagen in 2006 naar 7,2 dagen in 2015 (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.d. b).

In de medische wereld wordt de term ontslagmanagement gebruikt. Dit omvat “de voorbereiding van het ontslag uit het ziekenhuis bij patiënten met een risico op bemoeilijkt ontslag en/of een risico op fundamenteel herval na ontslag, met als doel om fundamenteel herval na ontslag te voorkomen. Dit kan gerealiseerd worden door vanaf de opname in het ziekenhuis een kwaliteitsvolle verwijzing naar een aangepast thuis- of thuisvervangend milieu voor te bereiden en de zorgcontinuïteit in het algemeen te bevorderen. Hiervoor dienen interdisciplinaire samenwerkingsprocessen in het ziekenhuis te worden uitgewerkt, alsook tussen het ziekenhuis en de extramurale<sup>10</sup> structuren.” Op micro-niveau betekent dit onder andere een brede, maar diepgaande gegevensverzameling van de fysieke, psychische en sociale gezondheidsnoden van de patiënt, waarbij de behoeften van patiënt en mantelzorgers op holistische wijze worden geëvalueerd. Tevens wordt er tijdens een interdisciplinaire patiëntbespreking een zorg- en/of re-integratieplan opgesteld waarbij alle zorgnoden in kaart worden gebracht, met een zorgplan tot doel, dat vervolgens kan uitgewerkt worden (Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2016). De rol van de sociaal werker in het ziekenhuis wordt steeds belangrijker. Hij/zij heeft als doel een betere aansluiting tot stand te brengen tussen de ziekenhuiszorg en de zorg in de

thuisomgeving (Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2016).

## 2.1.2 POTENTIEEL VAN DEZE DOELGROEP VOOR DE TOERISTISCHE LOGIESSECTOR

Uiteraard beschikken niet alle personen met een beperking of een langdurige ziekte over een (reis)intentie, de financiële mogelijkheden<sup>11</sup> en/of de fysieke mogelijkheden om op vakantie te gaan of om voor een bijkomend herstelverblijf te kiezen na een ziekenhuisopname. Toch biedt de doelgroep van personen met een beperking of zorgnood potentieel voor de toeristische sector.

### Een grote, groeiende doelgroep

In 2007 deed Vos, in opdracht van Toerisme Vlaanderen, onderzoek naar de mogelijkheden en beperkingen voor de uitbouw van zorgvakanties in Vlaanderen. Hij gebruikte drie verschillende internationale studies om de **omvang** van de doelgroep nauwkeuriger te kunnen bepalen. Volgens een eerste studie uit 2004, van Reuber en Neuman, naar de impact van toegankelijk toerisme op de Duitse economie gaat 54,3% van alle Duitse personen met een handicap op reis. Een tweede studie door de Universiteit van Surrey (2005), uitgevoerd door Buhalis et al, stelt dat 70% van de personen met noden op het vlak van toegankelijkheid (zijnde mensen

---

<sup>9</sup> De cijfers over de ziekenhuisopnames betreffen alle klassieke opnames, inclusief heropnames, langdurige verblijven en psychiatrische opnames. De berekeningen werden uitgevoerd op de gegevens van alle Vlaamse ziekenhuizen, dus zowel de categorale, de algemene als de universitaire ziekenhuizen, inclusief UZ Brussel (Jette) (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.d. b).

<sup>10</sup> Oftewel de zorgen die buiten het ziekenhuis of de zorginstelling worden verleend.

<sup>11</sup> In 2014 leefden 23% van de mensen met een handicap in een huishouden dat moeilijk rondkwam. Bij mensen zonder handicap was dit aandeel een stuk lager (9%) (Ruts, 2017).

met een handicap, langdurige gezondheidsproblemen en ouderen) over de nodige financiële middelen beschikken om te reizen. Een derde studie van Vandertuuk, Verkooijen en Beima naar de mogelijkheden voor zorgvakanties in enkele Nederlandse provincies (2005) toont aan dat 78% van de Nederlanders met een beperking minstens één keer per jaar op vakantie gaan (Vos, 2007; Sys, 2015). Wanneer we deze percentages doorrekenen naar het aantal personen met een beperking of langdurige ziekte in Vlaanderen (1.184.953) komt dit neer op respectievelijk **643.430 mensen** (naar analogie met het aandeel Duitse personen met een handicap die op reis gaan uit de studie van Reuber en Neuman), **829.470 mensen** (naar analogie met het aandeel personen met toegankelijkheidsnoden dat over de nodige financiële middelen beschikt om te reizen volgens de studie van Buhalis et al.) en **924.260 mensen** (naar analogie met het aandeel Nederlanders met een beperking die minstens één keer per jaar op vakantie gaan uit de studie van Vandertuuk, Verkooijen en Beima). Alhoewel deze studies geen exacte berekening van de door ons beoogde doelgroep mogelijk maken, tonen ze wel het enorme potentieel van de doelgroep in Vlaanderen aan. Zowel chronisch zorgafhankelijke personen alsook ouderen zouden voordeel hebben bij een toegankelijke infrastructuur, de beschikbaarheid van zorg en een gevoel van veiligheid tijdens hun reis (Pinpoint, 2015).

Hoewel concrete cijfers ontbreken, wijzen een aantal demografische en maatschappelijke trends op een duidelijk **groeïende markt** met veel potentieel voor de toeristische sector. Bovendien zet de **vergrijzing** in Vlaanderen zich nog verder door, wat leidt tot een toename van het aantal personen met een beperking. Volgens Statistiek Vlaanderen telde Vlaanderen in 2017 reeds 1.280.000 65-plussers, en wordt er in de daaropvolgende 10 jaren een toename verwacht van 288.000 65-plussers (Statistiek Vlaanderen, z.d.). Zo heeft de vergrijzing van de bevolking tot gevolg dat een grote groep ouderen vakantieverwachtingen koestert. Zij willen langer blijven reizen dan voorgaande generaties en ze beschikken vaak over voldoende tijd en middelen. Bovendien

hebben zij meer reiservaringen opgedaan, en hebben ze vaak specifieke vakantieverwachtingen.

Daarnaast is er in het toeristisch segment een **steeds groter wordende groep van personen met beperkingen en/of zorgnoden, niet enkel bij ouderen, maar ook bij jongere generaties** door aandoeningen zoals obesitas, diabetes, autisme, enz. Zo toonde de Nationale Gezondheidsenquête (2013) van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV, 2013) bijvoorbeeld aan dat het aantal personen met overgewicht de voorbije jaren lineair steeg (WIV, 2013). Volgens de eerste gezondheidsenquête die het WIV afnam in 1997, was 41% van de Belgische bevolking zwaarlijvig en 11% obees. In 2013 leed reeds de helft van onze landgenoten aan overgewicht en was 14% obees (WIV, 2013).

#### **Huidige participatiegraad is nog te laag**

De studiedienst van de Vlaamse regering (SVR) presenteerde in 2014, naar aanleiding van haar Sociaal-Culturele Verschuivingen (SCV) Survey, een rapport over de **participatiegraad** van personen met een functiebeperking. Het onderzoek betrof de volgende domeinen: sociale contacten, politieke participatie, arbeidsparticipatie, cultuurparticipatie (i.e. concert, dans- of toneelvoorstelling, museum, bibliotheek of bioscoop), sportdeelname en internetgebruik. Deelname aan toeristische activiteiten kwam dus niet expliciet aan bod. Wel bleek uit het onderzoek dat de participatiegraad van personen met een functiebeperking op nagenoeg alle onderzochte levensdomeinen lager lag dan bij personen zonder een functiebeperking (met uitzondering van sociale contacten en politieke participatie). Ook bestonden er binnen de groep van personen met een functiebeperking grote participatieverschillen. Zo participeerden mensen met een functiebeperking die voortdurend hinder ondervonden in hun dagelijkse bezigheden, die lager opgeleid zijn, die een lager gezinsinkomen hebben, of die geen woning bezitten maar wel huren, minder dan de andere mensen met een functiebeperking (Moons, Pauwels en Noppe, 2014).

### Economische opportuniteit

Rekening houdend met de huidige lage participatiegraad van de doelgroep en steeds groter wordende groep van mensen met een beperking (cfr. vergijzing...) biedt dit opportuniteiten voor de toeristische sector. Een studie over de economische impact van toegankelijk toerisme in Europa, die uitgevoerd werd in opdracht van de Europese Commissie (2014), stelde dat de toeristische sector in Europa jaarlijks 142 miljard euro misloopt, omdat de sector op het vlak van infrastructuur, dienstverlening en mentaliteit niet voldoende tegemoet komt aan personen met beperkingen (GfK, et al., 2014).

Studies (onder andere Pinpoint, 2015; Vos, 2007) tonen aan dat personen met een beperking en/of zorgbehoefte nood hebben aan een gepast toeristisch aanbod rekening houdend met hun zorgvragen, maar ook aan inclusieve vakantie-ervaringen, waarbij de vakantiesfeer centraal staat en die dus ver weg blijven van de klinische zorgsfeer.

Tegelijkertijd biedt het marktsegment van **herstelverblijven**, na een operatie of hospitalisatie, opportuniteiten voor de toeristische sector. Ziekenhuisverblijven worden steeds korter, en niet alle patiënten hebben thuis een vangnet waarop ze kunnen terugvallen voor verdere zorg en omkadering.

## 2.2 MARKTBENADERING

De toeristische sector zet momenteel niet actief in op het aantrekken van herstelverblijven in een toeristische omgeving. De marktbenadering vanuit de toeristische sector houdt wel steeds meer rekening met recreatieve vakanties voor mensen met specifieke noden.

### Focusverschuiving van rolstoel naar oplossingen voor meerdere doelgroepen

Inter geeft aan dat de inspanningen die geleverd werden op het vlak van toegankelijkheid initieel voornamelijk gefocust waren op rolstoelgebruikers, maar dat er vandaag de dag steeds meer oplossingen worden gezocht en geïmplementeerd voor andere doelgroepen. Toerisme Vlaanderen bevestigt dat de benadering van de doelgroepen blijft evolueren. Naast mobiele, visuele en auditieve beperkingen zetten zij ook steeds meer in op bijvoorbeeld mentale beperkingen, voedsel- en andere allergieën, en naar de toekomst toe willen zij ook oplossingen uitwerken voor mensen met dementie, autisme, niet aangeboren hersenletsels, enz. “Idealiter wordt er steeds gezocht naar de **best mogelijke oplossing voor alle doelgroepen**”, aldus Fenneken Spaan (Inter, interview, 2018).

Toerisme Vlaanderen benadrukt dat zij “niet willen stigmatiseren” en dat zij de nadruk leggen op de beschikbare oplossingen inzake toegankelijkheid, en niet op (een marktsegmentatie op basis van) specifieke ziektebeelden (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018). Ook Inter bevestigt dat veel mensen baat hebben bij toegankelijkheid, ook degenen die zichzelf initieel misschien niet in de doelgroep van personen met een beperking herkennen, zoals grote gezinnen, toeristen met koffers, een leverancier met pakjes,...) (Inter, interview, 2018). Deze benadering sluit sterk aan bij het hoger vermelde sociale model, waarbij de focus ligt op participatie en functioneren, en niet op het achterliggende medische aspect.

Toerisme Vlaanderen (Steunpunt Vakantieparticipatie) deed een drempelonderzoek waarbij via diepte-interviews met middenveldorganisaties en met de doelgroep noden, verwachtingen en wensen in kaart werden gebracht. De doelgroep van deze studie was heel erg breed, met aandacht voor allerlei aspecten die mogelijk verwant zijn met het ervaren van drempels (fysieke en mentale beperkingen, allochtonen herkomst, burgerlijke staat, leeftijd, gezinssamenstel-

ling, religie, het hebben van huisdieren, enz.). Rekening houdend met deze brede doelgroepbenadering werd er vastgesteld dat er meer Vlamingen zijn mét mogelijke vakantie-drempels dan zonder (Toerisme Vlaanderen, 2015).

### **Motivatie is momenteel van sociale eerder dan van economische aard**

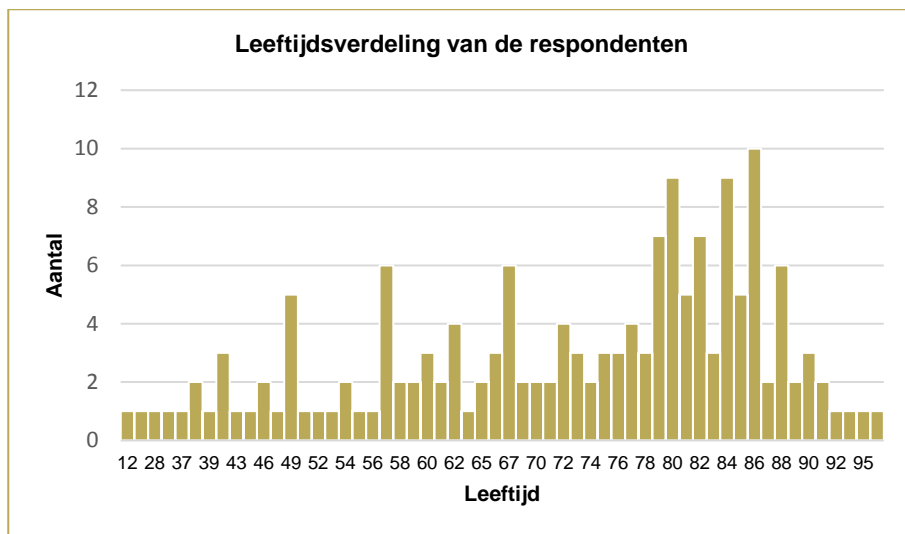
Dat de doelgroep van personen met beperkingen en/of zorgnoden economisch relevant is, werd reeds hogerop aange-toond (sectie 2.1 Marktgrootte). De toeristische diensten hebben momenteel echter geen inzicht in de economische relevantie per specifiek marktsegment binnen deze doelgroep, noch op basis van de pathologie (i.e. het medische model: bv. het economisch potentieel van toeristen met de diagnose autisme), noch op basis van de oplossingen die aangereikt kunnen worden aan een brede groep mensen (i.e. het sociale model: bv. het economisch potentieel van alle personen die baat hebben bij een verbeterde visuele ont-sluiting). Zowel Toerisme Vlaanderen als Toerisme Limburg geven aan dat het inzetten op nieuwe marktsegmenten veelal gebeurt vanuit een **sociale en maatschappelijke mo-tivatie**. “Toerisme Limburg is er tot op heden niet mee bezig geweest welke specifieke marktsegmenten binnen de doelmarkt van personen met beperkingen en/of zorgnoden het meest relevant zijn voor het merk Limburg. Alhoewel de eco-nomische relevantie van de specifieke doelgroepen normali-ter erg belangrijk is voor Toerisme Limburg, worden er ook vanuit een sociale motivatie beleidsbeslissingen genomen, zowel op Limburgs als op Vlaams niveau” (Toerisme Lim-burg, interview, 2018).

## **2.3 KENMERKEN EN BARRIÈ-RES VAN DE HUIDIGE RE-CREATIEVE ZORGTOE-RIST**

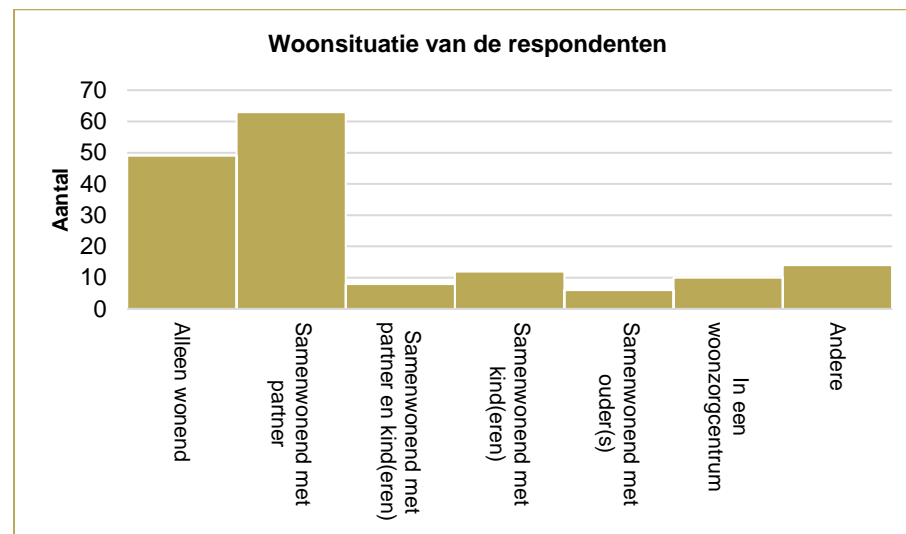
Niet enkel over de economische relevantie van specifieke marktsegmenten binnen de doelgroep van toeristen met be-perkingen en/of zorgnoden, maar ook over de kenmerken van deze specifieke marktsegmenten is in de literatuur wei-nig terug te vinden. Ook Toerisme Vlaanderen (2015) geeft aan dat “de leefwereld van de specifieke subdoelgroepen en hun vakantiedrempels nog ongekend zijn”, en dat de doel-groep dieper bevraagd zou moeten worden (Toerisme Vlaan-deren, interview, 2018). Toch bestaan er enkele relevante studies die de algemene vraagzijde in kaart brengen en die we in het kader van dit rapport raadpleegden.

De Katholieke Hogeschool Vives voerde in 2015 een uitge-breide studie uit over zorghotels en toegankelijk toerisme, met focus op de Belgische kust. Zij organiseerden hiervoor een uitgebreide kwantitatieve bevraging (n=385), en verge-leken in de analyse van de onderzoeksresultaten de respon-denten met een fysieke beperking met de respondenten met een chronische aandoening (Sys, 2015).

Ook Toerisme Vlaanderen gaf in het verleden opdracht om de mogelijkheden van zorgtoerisme in kaart te brengen. In 2007 voerde de vzw Toegankelijkheidsbureau (nu Inter) een onderzoek uit naar de mogelijkheden en beperkingen voor de verdere uitbouw van zorgvakanties in Vlaanderen (Vos, 2007). In 2015 deed Pinpoint, in opdracht van Toerisme Vlaanderen, aan de hand van focusgroepen en diepte-inter-views onderzoek naar het aanbod en de vraag voor vakan-tiezorgverblijven (Pinpoint, 2015). Het Steunpunt Vakantie-participatie voerde tevens een onderzoek uit naar vakantie-drempels, waarin diepte-interviews werden gedaan met va-kantiegangers met verschillende achtergronden (Toerisme Vlaanderen, 2015).



Figuur 1: Leeftijdverdeling van de respondenten



Figuur 2: Woonsituatie van de respondenten

Aanvullend werd in het kader van dit ORA project een bevraging opgesteld voor mensen die in het dagelijkse leven geconfronteerd worden met een beperking of met zorgnoden (zie bijlage 3). Er werden 163 enquêtes weerhouden voor analyse. Allereerst wordt het profiel van de respondenten beschreven op vlak van geslacht, leeftijd, woonsituatie, type beperking, type zorgnood, belangrijkste hulpverlener en frequentie van hulp.

#### Profiel respondenten

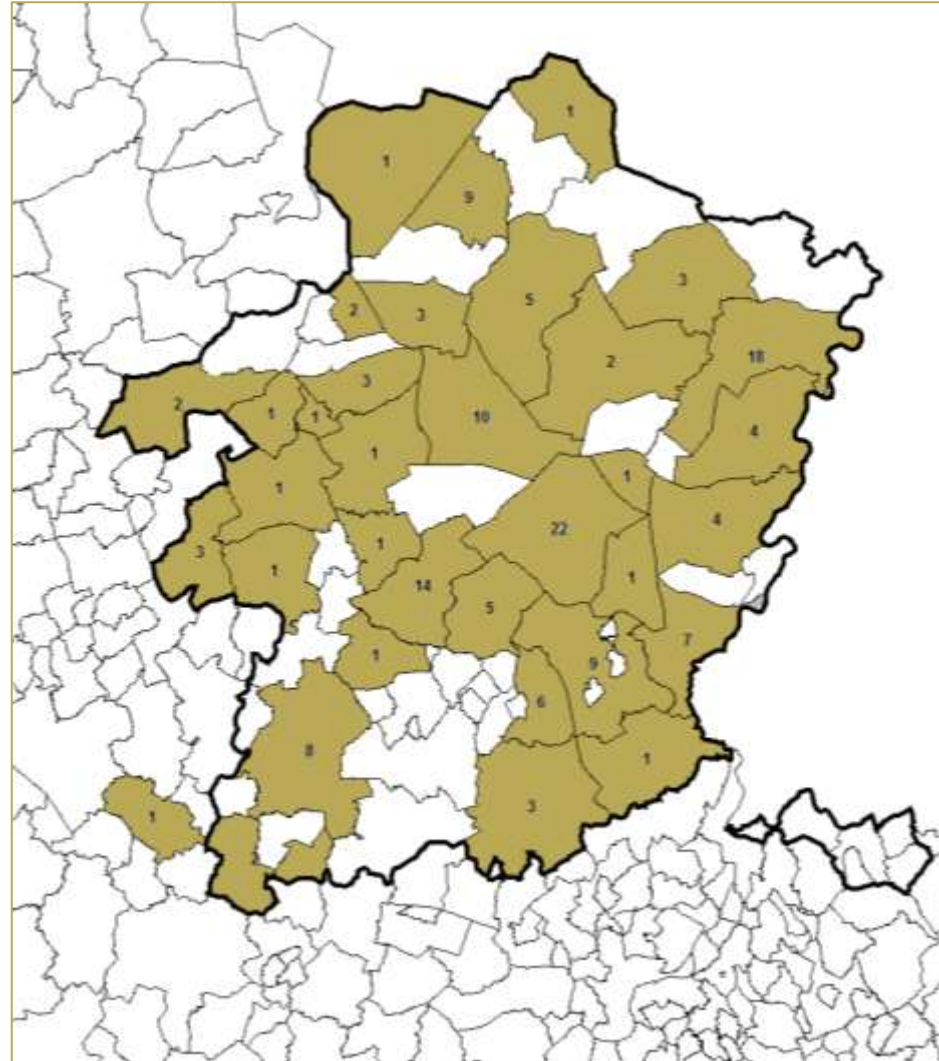
Er namen 66 mannen en 93 vrouwen deel aan de bevraging. 4 personen vulden de vraag in verband met **geslacht** niet in. De **leeftijdverdeling** (zie *Figuur 1*) van de respondenten is

gespreid. De jongste deelnemer was 12 jaar, de oudste 96 jaar.

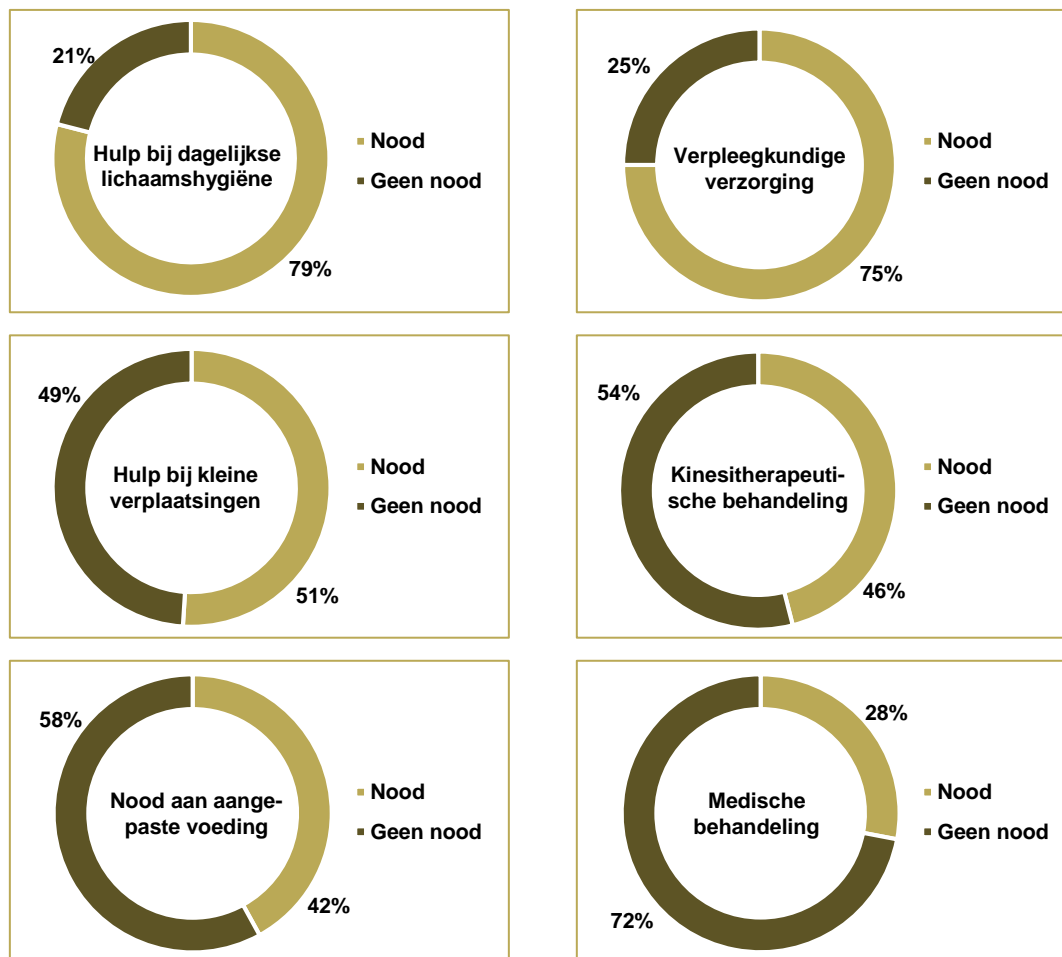
Ook de **woonsituatie** werd bevraagd. *Figuur 2* toont dat bijna 40% van de respondenten samenwoont met zijn/haar partner (n=63), 49 respondenten gaven aan alleenwonend te zijn.

Op de vraag of ze in het dagelijkse leven **beroep doen op een mantelzorger** (bijvoorbeeld een familielid dat voor hen zorgt), gaven 108 respondenten (of 66%) 'ja' als antwoord, 22 (of 14%) antwoordden 'nee' en er waren 33 ontbrekende antwoorden (20%).

*Figuur 3* toont de **woonplaats** van de deelnemers aan deze bevraging. De geografische spreiding binnen Limburg is groot (onder andere doordat met medewerking van het Wit Gele Kruis alle afdelingen in Limburg werden aangeschreven). Er werden een 40-tal verschillende postcodes vermeld, met het grootste aantal deelnemers uit Genk (n=22), Maaseik (n=18) en Hasselt (n=14).



Figuur 3: Woonplaats van de respondenten



Figuur 4: Zorgnoden van de respondenten

Vervolgens dienden de respondenten het type beperking aan te duiden (meerdere antwoorden waren mogelijk). In deze steekproef kampen:

- 99 personen met een lichamelijke beperking (vaak gegeven omschrijvingen zijn halfzijdige verlamming, slecht te been, moeilijkheden met stappen, MS, hartproblemen, ...);
- 71 personen lijden aan een chronische ziekte (onder andere diabetes, dialyse en Parkinson);
- 31 personen hebben een auditieve beperking (waarvan 25 slechthorend en 1 doof);
- 26 personen een visuele beperking (waarvan 20 slechtziend en 2 blind);
- 20 personen met een mentale beperking;
- 10 personen met psychosociale problemen.

Ter volledigheid, er waren 3 personen zonder beperking (maar wel met een zorgnood) en 11 met een andere beperking. 113 van de 163 respondenten gaven aan dat het om een beperking van langdurige aard (meer dan 6 maanden) gaat (de overige 50 personen beantwoordden deze vraag niet).

Aan de respondenten werd ook gevraagd **welke zorgnoden zij hebben**. Zes mogelijkheden konden aangeduid worden (meerdere antwoorden per respondent waren mogelijk). Het antwoordgedrag wordt in de taartdiagrammen van *Figuur 4* gevisualiseerd.

Verder werd gevraagd naar de belangrijkste hulpverlener per zorgnood (mantelzorger, thuisverpleging, medisch centrum of door de persoon zelf) en de frequentie waarop deze hulp nodig is (namelijk zelden, 1 x per dag, meerdere keren per dag, 1 x per week, of meerdere keren per week).

128 personen hebben nood aan **hulp bij dagdagelijkse lichaamshygiëne** (bv. bad, toilet, aankleden, ...). In de overgrote meerderheid van de gevallen wordt dit door de thuisverpleging gedaan (108/122 antwoorden). De meest voorkomende antwoorden qua frequentie zijn één keer per dag (48/123) en meerdere keren per dag (44/123).

122 personen hebben nood aan **verpleegkundige verzorging** (bv. wondverzorging, klaarzetten/toedienen van medicatie, inspuitingen, lavementen, ...). Naar alle verwachting, gebeurt deze verzorging ook in het merendeel van de gevallen door de thuisverpleging (namelijk in 89 van de 116 gevallen; 19 personen duidden de mantelzorg aan; 8 doen dit volledig zelfstandig). De frequentie van deze zorg is meestal één keer per dag (32/109), meerdere keren per dag (n=31) of één keer per week (n=23)

83 personen hebben nood aan **hulp bij kleine verplaatsingen** (bv. in en uit bed tillen, in en uit rolstoel tillen, ...). 45 personen gaven aan dat dit door de thuisverpleger gebeurt; 30 personen antwoordden de mantelzorg. In 41 van de 87 antwoorden werd 'meerdere keren per dag' aangeduid, terwijl 19 respondenten 'zelden' aanvinkten en 17 personen 'één keer per dag'.

75 personen hebben nood aan **kinesitherapeutische behandelingen**. In 67 van de 72 gevallen wordt dit door de kinesist gedaan, meerdere keren per week (41/74). Een tiental respondenten heeft één keer per dag, één keer per week of zelden nood aan kine.

69 personen hebben nood aan **aangepaste voeding** (dieet). In iets meer dan de helft van de gevallen wordt hiervoor beroep gedaan op de mantelzorg (34/65) terwijl 27 respondenten aangeven dit volledig zelfstandig te doen. De meest gekozen frequentie is meerdere keren per dag (28/55).

Tot slot gaven 46 personen aan nood te hebben **aan medische behandelingen** (bv. infusen, nierdialyse). Deze hulpverlening vindt in de meerderheid van de gevallen (25/38) plaats in een medisch centrum/ziekenhuisomgeving; in 10 gevallen gebeurt het door de thuisverpleging. 24 (van de 46) personen gaven aan dit meerdere keren per week nodig te hebben; 12 personen zelden.

**Samengevat**, meer dan drie kwart van de 163 respondenten uit onze steekproef hebben nood aan hulp bij dagdagelijkse lichaamshygiëne en verpleegkundige verzorging. Dit wordt

doorgaans door een thuisverpleger gedaan, één tot meerdere keren per dag. De mantelzorg (indien beschikbaar) speelt naast de persoon zelf en de thuisverpleging voornamelijk een rol bij het helpen bij kleine verplaatsingen (meerdere keren per dag), en het zorgen voor aangepaste voeding (meerdere keren per dag). Nood aan medische behandelingen en kinesitherapeutische behandelingen tot slot gebeuren doorgaans in een professionele omgeving (in een medisch centrum of door een kinesist) en dit meerdere keren per week.

### 2.3.1 REISFREQUENTIE, MOTIVATIE EN VAKANTIEDREMPELS

In deze en de volgende secties worden de bevindingen uit verschillende studies samengebracht. Achtereenvolgens bespreken we reisfrequentie, motivatie en vakantiedrempels (sectie 2.3.1), reisvoorbereiding (2.3.2), vakantieverwachtingen (2.3.3), vakantiegedrag en -kenmerken (2.3.4) en vakantie-ervaring (2.3.5). Deze informatie heeft betrekking op toeristen met een beperking en/of zorgnood die voor recreatieve doeleinden op vakantie gaan. Gegevens omtrent hersteltoerisme ontbreken.

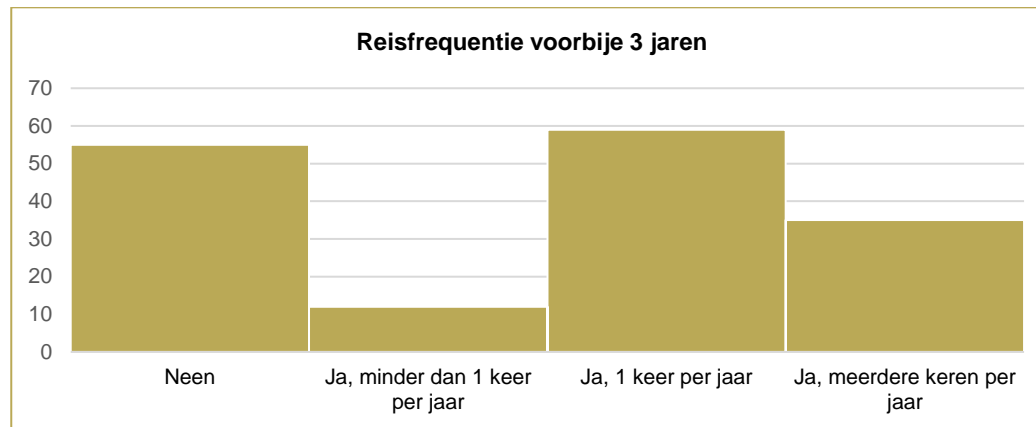
#### Reisfrequentie – Aandeel personen die wel/niet op vakantie gaan

Van de 385 respondenten met een fysieke beperking en/of chronische aandoening die in de Vives-studie bevestigd werden, ging 3/4de één of meerdere keren per jaar op vakantie. 8,8% gaf aan nooit op vakantie te gaan. Het ging hier vooral om ouderen en mensen met een lager inkomen. Ook bleek dat personen met een chronische aandoening nooit of minder frequent op vakantie gaan, in vergelijking met mensen met een fysieke beperking (Sys, 2015).

In de bevraging die in het kader van dit ORA onderzoek werd opgesteld, werden de respondenten ook gevraagd **of zij in**



**de voorbij drie jaren op vakantie waren geweest.** 162 respondenten beantwoordden de vraag. 55 personen (34%) gingen de voorbij 3 jaren niet op vakantie; terwijl 12 personen minder dan één keer per jaar op vakantie gingen; 59 personen één keer per jaar en 35 personen meer dan één keer per jaar (van 1 persoon is de frequentie van op vakantie gaan onbekend).



Figuur 5: Reisfrequentie voorbij drie jaren van de respondenten

### Motivatie om op vakantie te gaan

Sys (2015) peilde naar de motivatie om op vakantie te gaan bij personen met een fysieke beperking of chronische aandoening. Relaxen en uitrusten was voor drie kwart van de respondenten (74%) belangrijk. Ook het doorbreken van de dagelijkse routine (53,3%), het ontdekken van een nieuwe omgeving (48,3%), verblijven in een warm klimaat (41,3%), tijd doorbrengen met familie of vrienden (32,2%) en het ontdekken van kunst en cultuur (28,6%) speelden een rol. Naast deze klassieke antwoorden benoemt deze doelgroep ook het even achterlaten van problemen en zorgen (37,1%), het ontlasten van de mantelzorger (12,7%), het ontmoeten van lotgenoten (11,9%), en het krijgen van meer zelfvertrouwen (8,6%) als motivatie (Sys, 2015). Ook zorgverleners wijzen

op het positieve effect dat een uitstapje of vakantie vaak heeft op hun patiënten: “Veel mensen willen gewoon eens weg, even genieten, een uitstapje maken waar ze al lang van droomden. Maar het zelfwaardigheidsgevoel van de patiënt is heel belangrijk. Het aanbod moet afgestemd zijn op de leefwereld van de klanten, anders voelen ze zich ongemakkelijk” (Focusgroep Zorgverleners, 2018).

### Redenen waarom ze niet op vakantie gaan

In de Vives-studie haalden 67,6% van de personen met een fysieke beperking en/of chronische aandoening persoonlijke belemmeringen (zoals zwakke gezondheid, beperking,...) aan als reden waarom ze niet op vakantie gaan, gevolgd door financiële belemmeringen (52,9%), belemmeringen in de omgeving van het vakantieverblijf (50%), belemmeringen in het vakantieverblijf (40%) en een gebrek aan interesse / geen behoefte aan vakantie (20,6%) (Sys, 2015).

Ook in onze focusgroep gaven zorgverleners aan dat sommige van hun zorgpatiënten nu eenmaal niet de **behoefte** hebben om te reizen, vooral degene met zware psychische problemen of mensen die zich bewust isoleren (Focusgroep Zorgverleners, 2018). Daarnaast zijn ook niet alle personen met een beperking en/of langdurige ziekte **in staat** om te reizen. De aan de focusgroep deelnemende zorgverleners gaven aan dat zij vooral onoverkomelijke moeilijkheden voorzien voor personen met zeer ernstige beperkingen waarbij continue medische en paramedische zorgen vereist zijn, mensen met een zeer lage immuniteit, en zwaar palliatieve patiënten. Daarnaast is reizen volgens hen ook niet aangegeven voor personen met zeer ernstige psychosociale problemen (bv. suïcidale patiënten) en dementerende patiënten in een vergevorderd stadium (Focusgroep Zorgverleners, 2018).

De respondenten die deelnamen aan de bevraging in het kader van dit ORA onderzoek werden ook gevraagd naar de redenen waarom ze niet op vakantie gingen de afgelopen drie jaren. De 55 betreffende respondenten werd gevraagd

om alle redenen die van toepassing waren, aan te duiden (er werden een 20-tal redenen opgesomd en een vrije antwoordruimte voorzien). De meest voorkomende **redenen** waren:

- Ik voel me, omwille van mijn beperking(en) niet in staat om op vakantie te gaan (n=25)
- Ik voel me, omwille van mijn zorgnoden, niet in staat om op vakantie te gaan (n=18)
- Ik heb geen tijd of interesse om op vakantie te gaan (n=15)
- Ik beschik niet over de nodige financiële middelen om op vakantie te gaan (n=15)
- Ik heb niemand die met me mee op vakantie gaat, en kan niet alleen gaan (n=12)
- Ik (of mijn mantelverzorger) vind het te omslachtig om zelf de nodige zorg (bv. verpleegkundige zorgen, medische behandelingen, kinesithérapie, enz.) in te plannen op de vakantiebestemming (n=11)
- Ik wil tijdens een vakantie geen beroep doen op andere hulpverleners dan degene waar ik in mijn thuissituatie mee vertrouwd ben (n=10)
- Ik weet niet waar ik de juiste informatie kan vinden over geschikte vakantiebestemmingen (n=10)
- Ik ondervind belemmeringen in de verplaatsing naar de vakantiebestemming, omwille van mijn zorgnoden (n=9)
- Ik weet niet waar ik de juiste informatie kan vinden over zorgverlening op vakantie (n=8)
- Ik ondervind belemmeringen in de verplaatsing naar de vakantiebestemming, omwille van mijn beperking (n=8)
- Ik kan tijdens een vakantie geen beroep doen op de specifieke zorg die ik nodig heb (n=7)
- Ik heb niemand die met me mee op vakantie gaat, en wens niet alleen te gaan (n=7)

11 personen formuleerden nog een andere reden, onder andere angst voor wat er kan gebeuren, geen ervaring met vakanties, te intensieve verzorging nodig, ... .

Toerisme Vlaanderen (2015) en Pinpoint (2015) brachten enkele **drempels en hindernissen** in kaart die personen met

een beperking en/of zorgnood ervaren. Tijdens de voorbereiding van de reis is het vinden van onvoldoende betrouwbare informatie, en geen beroep kunnen doen op een netwerk van mensen of organisaties die je helpen om een geschikte vakantie voor te bereiden voor velen een probleem. Ook boeken via een boekingsite of reisbureau wordt als een hinderenis ervaren. Een rechtstreekse boeking bij de uitbater daarentegen vergemakkelijkt een later contact om afspraken te dubbelchecken of een aanpassing te doen aan de reservatie. Tijdens de focusgroep met zorgverleners werden enkele **bekommernissen** van de gast voor en tijdens zijn verblijf aangehaald, waaronder de voeding, infrastructuur, verlichting, bereikbaarheid, recreatief aanbod en kostprijs (Focusgroep zorgverleners, 2018).

Verder wordt door Toerisme Vlaanderen (2015) en PinPoint (2015) vermeld dat de meeste mensen **niet alleen** willen reizen, maar niet iedereen een reisgezelschap heeft. Op vakantie gaan met een fysieke beperking of zorgnood vereist voldoende durf, doorzettingsvermogen en energie. Sommige ervaren communicatie- en taalproblemen tijdens de reis (bv. mensen met een verstandelijke beperking of een auditieve beperking). Daarnaast kunnen allerhande praktische problemen (bv. koffers pakken wanneer je een fysieke beperking hebt, geen auto ter beschikking hebben en dus afhankelijk zijn van openbaar vervoer) en veel essentiële elementen die je moet meenemen op vakantie (bv. dieetproducten omwille van voedselallergie) de vakantieplannen dwarsbomen. Extra bijbetaling voor extra voorzieningen (bv. materiaal) beschouwt men als normaal, maar het moeten eerlijke prijzen zijn, niet vanuit commercieel standpunt. Ook ervaren sommigen een **gevoel van onveiligheid**, en dit is, aldus Pinpoint, een drempel die men pas recentelijk ervaart, en die vooral een specifieke problematiek is voor de doelgroep van elektrische rolstoelgebruikers met beperkte vocale mogelijkheden. Tot slot hebben dienstverleners vaak **onvoldoende kennis** over de specifieke doelgroepen en hun vakantie-drempels en hebben ze te weinig besef van de ernst van een situatie. Dit is, aldus Toerisme Vlaanderen (2015), de meest voorkomende drempel.

Uit de Vives-studie blijkt dat er **wel degelijk een vraag is naar gepaste vakantieformules** in een vakantieverblijf dat voldoende toegankelijk is en waar zorg op maat mogelijk is. 67,7% heeft interesse om vaker op vakantie te gaan en bijna de helft van de respondenten (46,6%) heeft interesse om langer op vakantie te gaan. Maar liefst 82% heeft interesse in herhaalvakanties in een geschikt vakantieverblijf. Deze interesse is het grootst bij personen met een zorgvraag (Sys, 2015).

### 2.3.2 REISVOORBEREIDING

Op vlak van reisvoorbereiding bespreken we hieronder het gewenste informatiekanaal, het gewenste boekingskanaal, het tijdstip van boeking en het beslissingsproces op vlak van bestemming en verblijfsaccommodatie.

#### **Gewenst informatiekanaal ter voorbereiding van een reis**

De grote meerderheid van de toeristen met een fysieke beperking en/of chronische aandoening wil geïnformeerd worden via het internet (67%). Ook een folder van het betreffende vakantieverblijf (33,5%), de gespecialiseerde All-in brochure van Toerisme Vlaanderen (28,6%) en het Ziekenfonds (27,8%) scoren hoog als gewenst informatiekanaal, gevolgd door onder andere het reisbureau (23,1%), mond-aan-mond informatie (19,7%), en een liga of organisatie waar men lid van is (19,5%) (Sys, 2015).

Het aantal respondenten in de Vives-studie dat zijn/haar vakantieverblijf ook effectief heeft leren kennen via het internet lag een stuk lager, namelijk 29,1%, gevolgd door ondermeer het ziekenfonds (12,5%), mond-aan-mond (11,2%), een folder van het betreffende vakantieverblijf (9,4%), een liga of organisatie waar men lid van is (8,6%), en een reisbureau (8,3%). 6% leerde zijn/haar verblijf kennen via de All-in brochure van Toerisme Vlaanderen. Nochtans gaf een kwart van de respondenten wel aan deze brochure te kennen, het

ging dan voornamelijk om personen met een fysieke beperking (eerder dan om personen met een chronische aandoening), 40% hiervan gaf aan dat ze de brochure ook effectief raadpleegt (Sys, 2015).

**Betrouwbare informatie** is een sleutelbegrip in de reisvoorbereiding. Pinpoint (2015) stelt dat men niet altijd vertrouwen heeft in algemene infobrochures als het over toegankelijkheid gaat. Gespecialiseerde brochures worden wel naar waarde geschat (Pinpoint, 2015). Het aanbod van betrouwbare websites is te beperkt, aldus Pinpoint (2015). Een derde van de respondenten in de Vives-studie kent de dienst 'Infopunt Toegankelijk reizen', en meer dan de helft van hen heeft er ook reeds gebruik van gemaakt (telefonisch contact of raadplegen van de website) (Sys, 2015). Referenties en verhalen uit de eigen omgeving en het netwerk van familie, vrienden en kennissen zijn inspirerend.

#### **Gewenst boekingskanaal**

De boeking door de doelgroep gebeurt doorgaans via telefoon en email. Dit laat toe om persoonlijk contact op te nemen met de logiesuitbater om praktische zaken te checken, of om een schriftelijk bewijs van de gemaakte beloften te verkrijgen (Pinpoint, 2015). Nochtans zou 1/3de van de personen met een fysieke beperking of een chronische aandoening online, op de website van het vakantieverblijf willen boeken, gevolgd door onder andere het reisbureau (17,5%), en email (13,8%) (Sys, 2015).

#### **Tijdstip van boeking**

Sys bekeek ook het moment van boeken door personen met een fysieke beperking of chronische aandoening. Zij boeken hun vakantie later dan de gemiddelde Vlaming. 26,5% boekt zijn/haar vakantie in de laatste maand voor vertrek, 35,2% tussen 1 en 3 maanden voor vertrek en de overige respondenten meer dan 3 maanden op voorhand. Boekingen in de laatste maand voor afreis komen vaker voor bij mensen met

een chronische aandoening, dan bij mensen met een fysieke beperking. In de studie wordt hiervoor als vermoedelijke verklaring de “onzekere gezondheid van de persoon” gegeven (Sys, 2015).

### Beslissingsproces inzake vakantiebestemming en accommodatie

De bevraging die in het kader van dit onderzoek werd opgezet, omvatte ook een aantal vragen inzake het beslissingsproces van de laatste vakantie. Bij de laatste vakantie van de 107 respondenten was het voornamelijk de persoon zelf die de vakantiebestemming koos (n=62) en in tweede instantie zijn/haar mantelzorger (n=32). De keuze voor de verblijfsaccommodatie lag bij de persoon zelf (n=43), de mantelzorger (n=34) of de zorginstelling of –organisatie waarmee ze op vakantie gingen (n=22). Tot slot, indien de hulpverlening (zoals verpleegkundige zorgen) niet standaard in de verblijfsaccommodatie aanwezig was, dan was het voornamelijk de mantelzorger die dit regelde (19 van de 49 antwoorden).

## 2.3.3 VAKANTIEVERWACHTINGEN

Vooraleer in de volgende sectie te kijken naar het effectief vakantiegedrag, bespreken we in deze sectie de vakantieverwachtingen. Dit kwam voornamelijk aan bod in de studies van Sys (2015) en Pinpoint (2015). De aspecten die besproken worden, betreffen de verwachtingen aangaande het vakantiegezelschap, de vakantieperiode, het transport, het verblijf, de vakantiebestemming en het recreatieve aanbod.

### Verwachting ten aanzien van het reisgezelschap

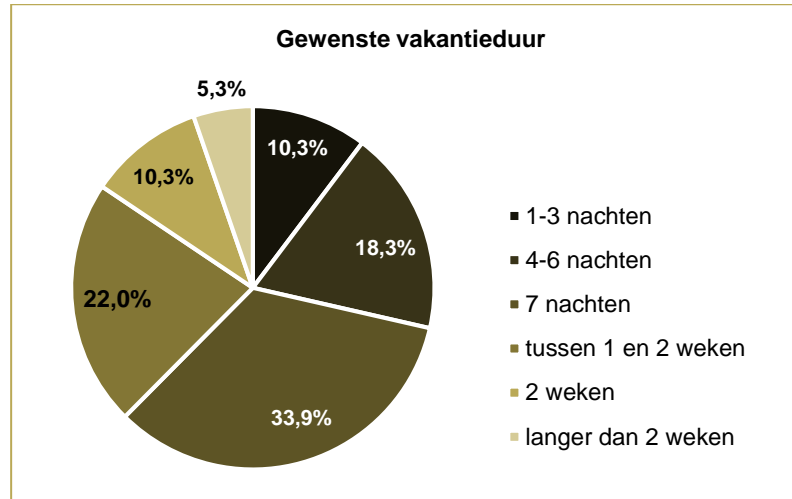
De meeste mensen met een fysieke beperking of chronische aandoening verkiezen een **individuele vakantie** (75,1%) boven een groepsreis (24,9%). Het aantal groepsreizen ligt bij deze doelgroep drie tot vier keer hoger dan bij de modale Vlaming (Sys, 2015).

Slechts 7,3% van de respondenten in het Vives-onderzoek wenst alleen op vakantie te gaan. De meeste respondenten verkiezen om **samen te reizen** met hun partner (59%), hun kinderen (30,6%), vrienden (27,3%), hun ouders (13,2%), en andere familieleden (12,7%). 8,3% verkiest het gezelschap van een persoonlijke zorgverlener, en 1,6% gaf aan dat zij een assistentiehond zouden willen meenemen op reis (Sys, 2015).

### Verwachtingen ten aanzien van de vakantieperiode en -duur

De zomer is het populairste seizoen (87,5%), maar ook de lente en herfst worden door onze doelgroep als geschikte **seizoenen** beschouwd om op vakantie te gaan (respectievelijk 52% en 34,5%). Slechts 18,1% wenst een vakantie te maken in de winter. De interesse in vakanties tijdens het **toeristisch laagseizoen** is groter dan in vakanties in het toeristisch hoogseizoen. Het verbaast niet dat vakanties in het laagseizoen vooral gewenst zijn door 50-plussers, koppels zonder kinderen en alleenstaanden, terwijl jongere mensen en gezinnen met kinderen een voorkeur uitspreken voor het hoogseizoen. In vergelijking met de gemiddelde Vlaming heeft deze doelgroep een grotere interesse in het laagseizoen, en vertonen zij in de maanden juli en augustus een lagere vakantieparticipatie. Dit maakt hen een interessante doelgroep voor seizoensspreiding (Sys, 2015).

De ideale vakantieperiode van de respondenten (personen met een fysieke beperking of chronische aandoening) varieert en wordt in *Figuur 6* weergegeven:



Figuur 6: Gewenste vakantie duur (eigen verwerking op basis van Sys, 2015)

### Verwachtingen ten aanzien van transport

De **eigen wagen** is voor personen met een fysieke beperking of chronische aandoening een populair vervoersmiddel naar de vakantiebestemming (65,6%), maar ook het openbaar vervoer (trein (24,2%), bus (23,6%) en tram (16,1%)) scoort hoog. 20% van de respondenten antwoordden taxi, 18,2% touringcar en 13,8% een ander vervoersmiddel (voornamelijk het vliegtuig).

Tijdens de vakantie wensen nog meer respondenten gebruik te maken van het **openbaar vervoer** (79,3%). Meer dan de helft (56,6%) wenst ook verplaatsingen met de eigen wagen te maken op de vakantiebestemming (Sys, 2015).

### Verwachtingen ten aanzien van het verblijf

Belemmeringen in het vakantieverblijf en in de vakantieomgeving werden reeds aangehaald als redenen om niet op vakantie te gaan. Het mag dan ook niet verbazen dat dit de belangrijkste bekommernissen zijn van toeristen met een beperking of zorgnood die wel op vakantie gaan (Pinpoint, 2015).

De aard van de zorgnood heeft uiteraard een impact op de specifieke verwachtingen. Voor mensen met een fysieke beperking staat een **toegankelijk** verblijf voorop, gevolgd door een toegankelijke, respectvolle omgeving. Een **respectvolle, uitnodigende omgeving** waarin men zich welkom voelt, is dan weer prioritair voor personen (of begeleiders van personen) met louter een mentale beperking (Pinpoint, 2015).

Individuele reizigers die het reguliere vakantiecircuit verkiezen, zijn vaak op zoek naar **inclusie**, en willen hun vakantie niet enkel doorbrengen met lotgenoten. Voor wie omwille van zijn/haar beperking of zorgnood geen geschikt aanbod vindt in het reguliere circuit is een verblijf met een toegankelijkheidslabel soms de oplossing, maar hier is geen **permanente zorg** aanwezig. Zorg op maat kan hier een oplossing betekenen. Een gespecialiseerd vakantiecentrum biedt vaak wel de permanente aanwezigheid van zorgpersoneel. Maar de gasten ervaren dit type verblijf vaak als “te klinisch”, terwijl men net veel waarde hecht aan een warm en gezellig verblijf. Ook mist er inclusie in dat geval. Toeristen die een groepsreis verkiezen, hebben vaak nood aan **veiligheid, gezelschap en zekerheid**. Pinpoint geeft ook aan dat mensen die in groep leven ook vooral deelnemen aan groepsvakanties (Pinpoint, 2015).

Ook het onderzoek bij respondenten met een fysieke beperking of chronische aandoening (Sys, 2015) identificeerde deze **vier belangrijke aspecten**, namelijk inclusie, dienstverlening, toegankelijkheid en zorg.

### (1) Inclusie

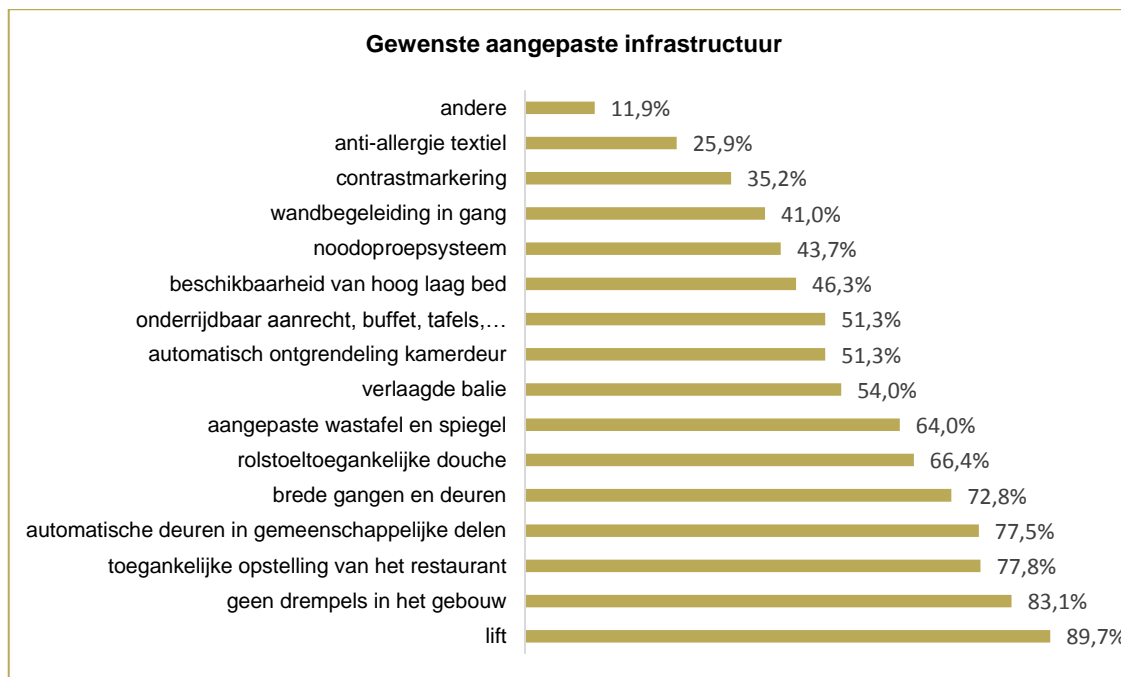
93,4% van de respondenten in de Vives-studie verkiest een verblijf met een mix aan vakantiegangers, en maar liefst 3/4de (74,6%) geeft de voorkeur aan een regulier vakantieverblijf. De overige 25,4% verkiest een gespecialiseerd vakantieverblijf. Het gaat dan voornamelijk om personen die verwachten dat het vakantieverblijf de zorg zelf organiseert en personen die nooit of minder dan één keer per jaar op vakantie gaan. Echter, slechts 5% heeft geen probleem met een typisch medische uitstraling van een vakantieverblijf met zorg, de overige 95% verwacht dat een vakantieverblijf met zorg voldoende vakantiesfeer uitstraalt (Sys, 2015).

### (2) Dienstverlening

Wat de dienstverlening betreft, verwacht bijna iedereen (97,3%) een **gastvrij onthaal**. Verder scoren ook een aantal andere diensten die nauw aansluiten bij de noden van de gasten met een fysieke beperking of chronische aandoening hoog, zoals bijvoorbeeld een receptie die persoonlijke informatie op maat verzorgt (92,6%), een receptie die reservaties verzorgt (68,7%), korting aanbieden aan een begeleider (65%), het aanbieden van dieetmaaltijden (28,6%) of aangepaste maaltijden zoals gemixte voeding (24,7%), toegang voor assistentiehonden (19,4%) en informatie in braille (10,3%) (Sys, 2015).

### (3) Toegankelijkheid

In de bevraging naar de gewenste aangepaste infrastructuur worden onder andere liften, drempels, deuren, gangbreedte, toegankelijk sanitair, enz. aangehaald. De scores zijn aangegeven in *Figuur 7*.



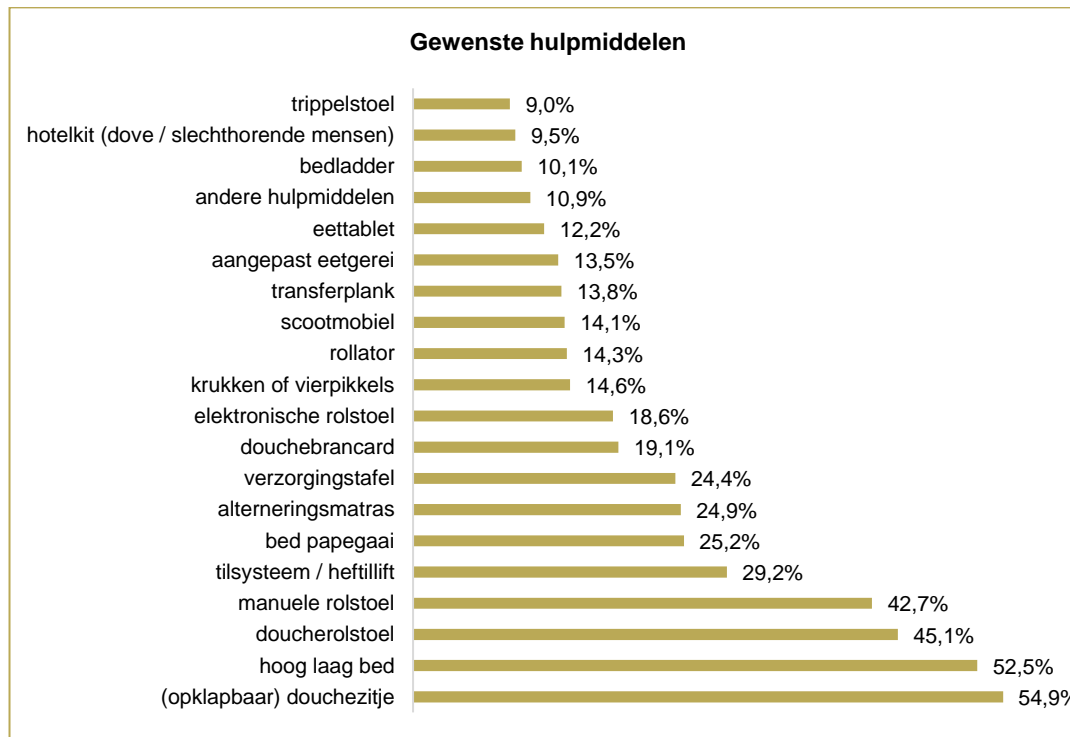
Figuur 7: Gewenste aangepaste infrastructuur (eigen verwerking op basis van Sys, 2015)

### (4) Zorg

Volgens de Vives-studie wil 35,4% dat zijn/haar mantelzorger alle hulp en assistentie op zich neemt, terwijl 64,6% het belangrijk vindt dat de mantelzorger (zo nu en dan) ontlast wordt. Verder geeft 1/3de van de respondenten met een fysieke beperking of chronische aandoening aan geen nood te hebben aan medische verzorging en assistentie; 1/3de heeft er wel nood aan maar wil dit zelf organiseren en 1/3de heeft er nood aan en wil dat dit door het vakantieverblijf georganiseerd wordt. De laatste groep betreft voornamelijk alleenstaanden en mensen met zowel een fysieke beperking als een chronische aandoening. Deze laatste groep wenst tijdens zijn vakantie vooral **hulp** bij het verplaatsen van de bagage (59,8%), geneeskundige verzorging door een arts (48,7%), hulp of begeleiding bij uitstappen en transfers

(44,7%), verpleegkundige verzorging (42,9%), ergo- of kinestherapie (37%), hulp bij dagdagelijkse lichaamshygiëne (aankleden, wassen, toilet) (34,9%), nabijheid van een gespecialiseerd ziekenhuis (33,9%), 24/24uur medische permanentie (32%), hulp bij het zich verplaatsen in het vakantiecentrum (28,6%) en hulp bij het eten (21,7%) (Sys, 2015).

Naast zorgnoden hebben mensen met een fysieke beperking en/of chronische aandoening vaak behoefte aan **specifieke hulpmiddelen**. In de Vives-studie werd in kaart gebracht welke hulpmiddelen gewenst zijn in het vakantieverblijf (zie *Figuur 8*). Een bemerking van Sys was dat het belang van hulpmiddelen lager is dan de behoefte aan gastvrijheid en toegankelijkheid (Sys, 2015).



Figuur 8: Gewenste hulpmiddelen (eigen verwerking op basis van Sys, 2015)

Tot slot, wat het gewenste type accommodatie betreft, geeft bijna de helft van de respondenten (48,7%) uit de Vives-studie aan dat ze een **hotel** of een vakantieverblijf met hotelservice verkiezen. 30,4% verkiest een huisje, bungalow of appartement, al dan niet in een vakantiepark of op de reguliere markt. Bovendien werd onderzocht of een **label "toegankelijk toerisme met zorg"** gewenst is. Maar liefst 95,8% vond dit een goed idee. En de meerderheid gaf aan dat ze het zeker wel (39,7%) of eerder wel (48,9%) zou gebruiken. Wel merkt Sys op dat in de verklarende antwoorden van de respondenten het zorgaspect amper aan bod kwam. Met andere woorden, men zou dit label voornamelijk gebruiken in functie van toegankelijkheidsaspecten. De meeste respondenten linkten het zorglabel aan de nood aan informatie over toegankelijkheid, terwijl een toegankelijkheidslabel reeds bestaat (Sys, 2015).

#### Verwachtingen ten aanzien van de vakantiebestemming

De helft van de respondenten met een fysieke beperking of chronische aandoening antwoordde de **kust** als gewenste vakantiebestemming, 1/3de verkoos een **groene regio**, en slechts 6,6% zou het liefst naar een stad gaan. De andere respondenten hadden geen voorkeur. De meerderheid van de respondenten zou in het buitenland op vakantie willen gaan (63,2%), de overigen (36,8%) verkoos Vlaanderen. In vergelijking met de gemiddelde Vlaming scoort de kust beter en de stad slechter bij deze doelgroep, en kiezen zij vaker voor Vlaanderen (Sys, 2015).

#### Verwachtingen ten aanzien van het recreatieve aanbod

De doelgroep van personen met een fysieke beperking of chronische aandoening koestert niet enkel verwachtingen ten aanzien van het verblijf, maar ook ten aanzien van de vakantie-invulling. De meerderheid van de respondenten in de Vives-studie (54,2%) gaf aan geen interesse te hebben in daganimatie en begeleidde activiteiten. Degenen die dit wel wensten (45,8%) verwachtten onder meer georganiseerde

bezoeken aan attracties en musea (64%), georganiseerde fiets-, go-cart- of wandeltochten (48,6%), en gezelschaps- en kaartspelen (42,2%). De interesse in avondanimatie lag iets hoger en bedroeg 52,6% (Sys, 2015).

### 2.3.4 VAKANTIEGEDRAG EN -KENMERKEN

Het effectieve vakantiegedrag en de vakantiekenmerken worden hieronder besproken. Van de 163 personen met een beperking en/of zorgnood die in het kader van dit onderzoek werden bevestigd, ondernamen 107 personen een vakantie in de voorbije drie jaren. Zij werden gevraagd om hun laatste vakantie te beschrijven aan de hand van verschillende gesloten vragen. Achtereenvolgens komt het reisgezelschap, de vakantieperiode en -duur, het transport, het type verblijf, het zorgaspect en de bestemming aan bod. De bevindingen worden, waar beschikbaar, aangevuld met resultaten uit andere studies.

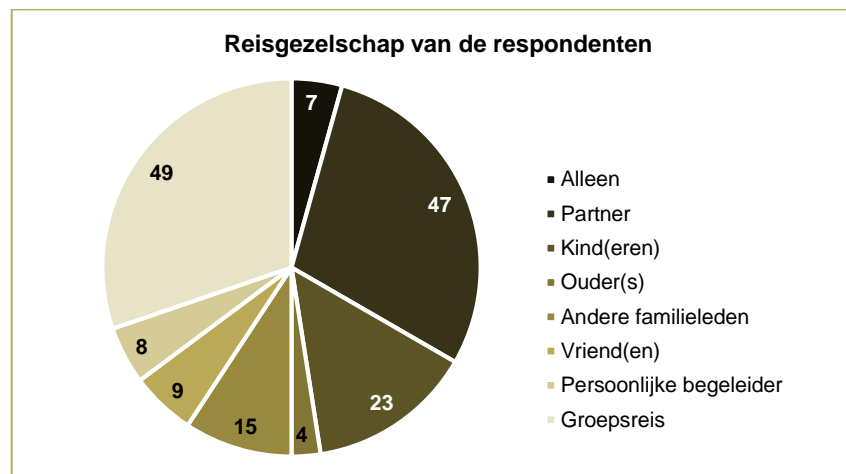
#### Reisgezelschap

De zorgtoerist kan zowel alleen op vakantie gaan als samen met een eigen gezelschap van familie en/of vrienden, of deelnemen aan groepsreizen die al dan niet voor personen met gelijkaardige beperkingen of zorgnoden bedoeld zijn.

In een Europese studie over toegankelijk toerisme stelt men dat personen met toegankelijkheidsnoden meestal **niet alleen reizen**, maar vaak vergezeld worden door familie, vrienden en zorgverleners (GfK, et al., 2014). Ook in het drempelonderzoek van Toerisme Vlaanderen gaf de meerderheid van de respondenten aan dat ze met gezelschap op vakantie gaan, ook de alleenstaande respondenten. Respondenten met psychiatrische problemen gaven doorgaans echter aan alleen op vakantie te gaan (Toerisme Vlaanderen, 2015).

Wat het reisgezelschap betreft van de 107 bevestigde respondenten gedurende hun laatste vakantie (maximum drie

jaren geleden), gaven 47 personen aan **samen met hun partner** op vakantie te zijn geweest, 49 personen namen deel aan een **groepsreis**. Deze groepsreis was in het merendeel van de gevallen voor mensen met beperkingen en/of zorgnoden (dus geen gevarieerde groep van deelnemers). Bij 28 deelnemers betrof het namelijk een groepsreis georganiseerd door een gespecialiseerde organisatie (bijvoorbeeld mutualiteit) en bij 11 personen een groepsreis georganiseerd door de zorginstelling of –organisatie waaraan ze verbonden zijn. *Figuur 9* hieronder toont het aantal respondenten per type reisgezelschap. Meerdere antwoorden waren mogelijk.



Figuur 9: Reisgezelschap van de respondenten

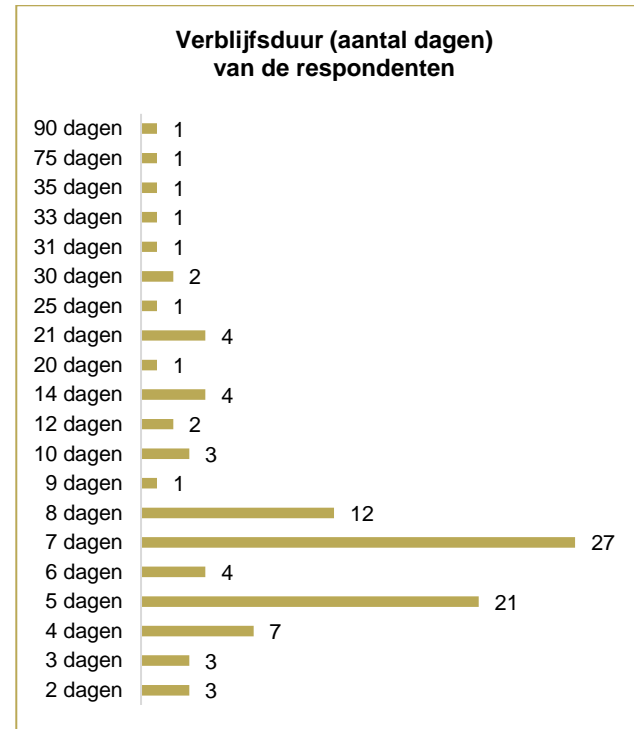
#### Vakantieperiode en -duur

Personen met specifieke verwachtingen op vlak van toegankelijkheid neigen, volgens een Europese studie, naar een langere vakantieperiode dan het gemiddelde, en gaan ook vaker in het laagseizoen op vakantie (GfK, et al., 2014).

In de bevestiging die werd uitgevoerd in het kader van het ORA onderzoek, werd gevraagd naar de verblijfsduur. Deze



varieerde tussen 2 en 90 dagen (zie *Figuur 10*). Ongeveer de helft van de vakanties telde echter **7** (n=27) **of 5** (n=21) **dagen**.



Figuur 10: Verblijfsduur (aantal dagen) van de respondenten

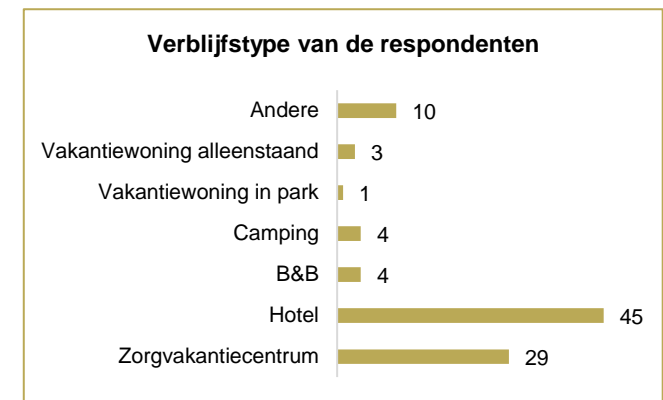
### Transport

Het gebruikte **vervoersmiddel** om zich naar de bestemming te verplaatsen, werd ook gevraagd aan de 107 respondenten die op vakantie gingen tijdens de afgelopen drie jaren. De **auto** bleek het meest gekozen vervoersmiddel (n=42), gevolgd door de reisbus/touringcar (n=28) en het vliegtuig (n=24). 8 respondenten maakten gebruik van een taxidienst aangepast vervoer voor personen met een beperking.

### Type verblijf

Op basis van de bevraging bij personen met een beperking en/of zorgnood trachtten we meer inzicht te krijgen in het type verblijf. De 104 respondenten die deze vraag invulden, verbleven voornamelijk in een **hotel** (n=45) en een **vakantiecentrum gericht op zorg** (n=29) (zie *Figuur 11*).

51 respondenten verbleven in een verblijf met **toegankelijkheidslabel**, 7 personen niet. 38 personen wisten niet of het verblijf een toegankelijkheidslabel had, en 11 respondenten beantwoordden de vraag niet.



Figuur 11: Verblijfstype van de respondenten

## Zorgnoden op vakantie

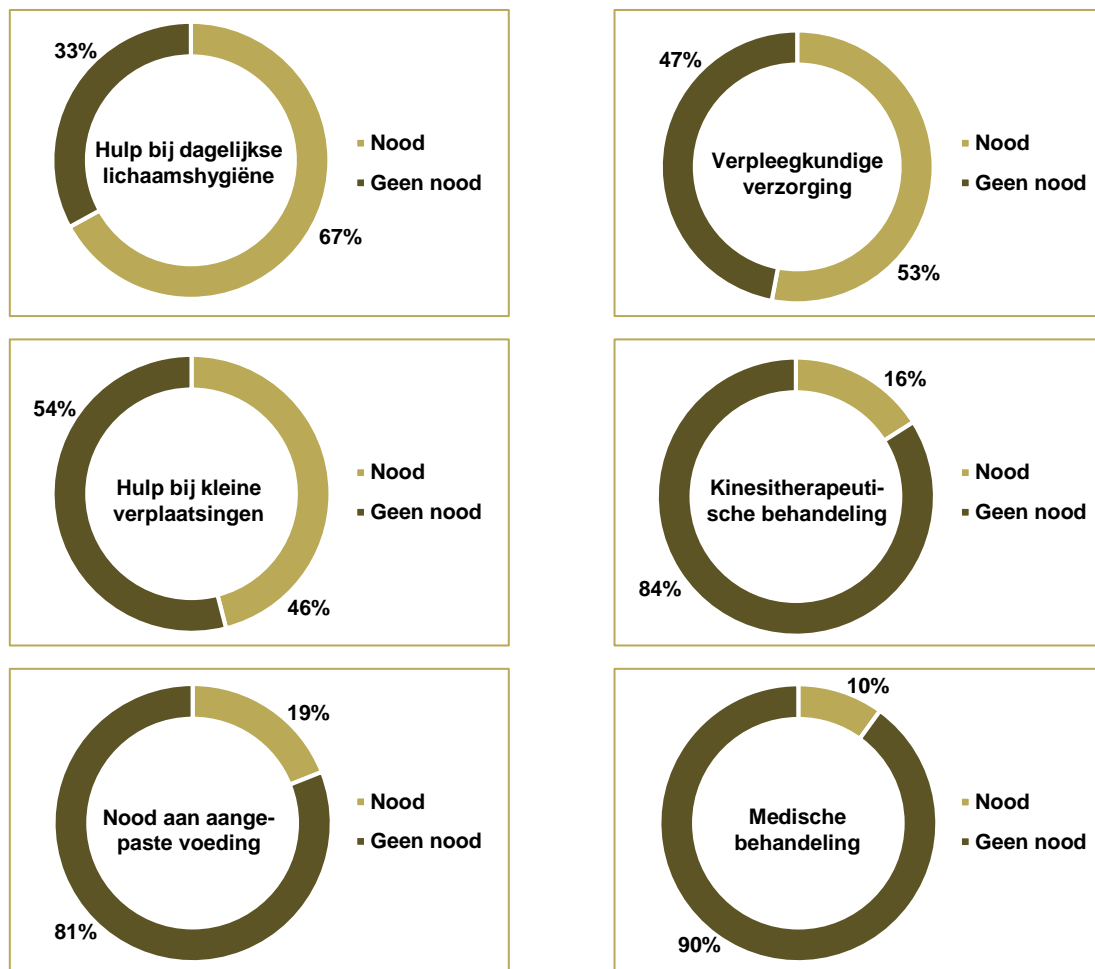
Gelijkaardig aan het type zorgnood, de belangrijkste hulpverlener en de frequentie van de hulp in de dagdagelijkse context (zie 'profiel van de respondenten' en *Figuur 4* in sectie 2.3), werden voor dit ORA-onderzoek dezelfde vragen gesteld, maar nu over zorgnoden tijdens hun laatste vakantie. Het antwoordgedrag wordt in de taartdiagrammen van *Figuur 12* gevisualiseerd.

72 respondenten hadden tijdens hun laatste vakantie hulp nodig bij dagdagelijkse lichaamshygiëne, 57 respondenten voor verpleegkundige verzorging, 49 hadden nood aan hulp bij kleine verplaatsingen, 20 respondenten hadden nood aan aangepaste voeding, 17 aan kinesitherapeutische behandelingen en 11 aan medische behandelingen. Zes personen gaven aan geen zorgnoden te hebben gehad tijdens hun laatste vakantie.

Wanneer we de bovenstaande categorieën van zorgnood (tijdens hun laatste vakantie, maximum drie jaren geleden) vergelijken met de dagdagelijkse context (vandaag de dag) zien we dat de rangschikking van de zorgnoden zeer gelijkaardig is. Enkel nood aan aangepaste voeding werd tijdens de laatste vakantie door meer respondenten aangeduid dan kinesitherapeutische behandelingen.

Vooral het **type hulpverlener** blijkt anders tijdens de vakantie. De mantelzorgster neemt een grotere rol op bij de hulp bij kleine verplaatsingen (26/49 antwoorden), de dagdagelijkse lichaamshygiëne (26/69) en verpleegkundige verzorging (17/64). Tegelijkertijd duiden 23 van de 69 respondenten echter aan dat ze voor de dagdagelijkse lichaamshygiëne beroep deden op thuisverpleging die in het vakantieverblijf langskwam en gebeurde de verpleegkundige verzorging in 13 van de 64 gevallen door de thuisverpleging die in het vakantieverblijf langskwam of in evenveel gevallen door een persoonlijke begeleider. Wat de kinesitherapeutische behandelingen betreft (n=17; voornamelijk éénmaal per dag), gaven zes personen aan dit volledig zelfstandig te doen, vijf met hun mantelzorgster en bij zes personen kwam de kinesi-

langs in het vakantieverblijf. De aangepaste voeding waaraan 20 personen nood had, werd vooral verzorgd door de persoon zelf (n=8) of het personeel in het vakantieverblijf (n=8).



Figuur 12: Zorgnoden op vakantie van de respondenten

### Vakantiebestemming

Tot slot, de bestemming van de laatste vakantie van de 107 respondenten varieert, maar de Belgische **kust** is het antwoord dat het vaakst gegeven werd (n=28). Daarnaast gingen verschillende respondenten naar Nederland of Frankrijk (waaronder Lourdes).

### 2.3.5 VAKANTIE-ERVARING

De laatste sectie in verband met de vraagzijde bespreekt de vakantie-ervaring van de zorgtoerist. Wat bepaalt of een toerist tevreden is, welke positieve en negatieve ervaringen worden er vermeld, hoe worden de verschillende aspecten van een vakantie beoordeeld (goed, voldoende of slecht) en lag hun ervaring in lijn met hun verwachtingen?

#### Wat bepaalt de tevredenheid?

Over het algemeen zijn toeristen met een zorgnood, aldus Pinpoint, tevreden “wanneer de vakantie in functie was van de zorgbehoevende en zijn noden, wanneer de informatie betrouwbaar bleek en de beloftes werden nagekomen, wanneer het totale plaatje (verblijf én omgeving) klopte, en wanneer men zich welkom, veilig en geborgen voelde”. Ook een goede zorgvoorziening en een snelle bereikbaarheid van arts en verpleegkundige vormden een geruststelling die bijdraagt tot de tevredenheid van de toerist (Pinpoint, 2015).

#### Positieve en negatieve ervaringen

De studie uitgevoerd door Sys (2015) rapporteert dat 60% van de respondenten met een fysieke beperking of chronische aandoening al eens op vakantie verbleef in **een toegankelijk verblijf**. Zes op de tien hadden een positieve ervaring, vier op de tien een negatieve. De positieve ervaringen werden omschreven als rolstoeltoegankelijk, vriendelijk en behulpzaam personeel, begrepen worden/een goede sfeer,

correcte informatie dankzij het label en ondersteuning door middel van hulpmiddelen. De negatieve ervaringen hadden te maken met onvoldoende toegankelijkheid, foute informatie omtrent de toegankelijkheid, een niet-toegankelijke omgeving, ongezellig/kil, duur en geen inclusie (Sys, 2015).

Ook werd in deze studie gevraagd naar de belemmeringen die personen met een fysieke beperking of chronische aandoening ervoeren tijdens hun vakantie. Vier op de vijf respondenten die regelmatig op vakantie gaan, gaven aan **belemmeringen** te ervaren. 74% van deze vakantiegangers ervoer belemmeringen met betrekking tot het vakantieverblijf (dit antwoord werd vooral gegeven door personen met een fysieke beperking). Een even grote groep (73%) ervoer persoonlijke belemmeringen (dit waren voornamelijk personen met een fysieke beperking én chronische aandoening, alsook senioren en medioren), 69% belemmeringen in de omgeving (vooral fysiek beperkten) en 48% van de vakantiegangers die belemmeringen ervoeren, gaven belemmeringen van financiële aard tijdens de vakantie aan (vooral personen met een chronische aandoening). In het bijzonder haalde 3/4de de ontoegankelijkheid aan. Daarnaast werden problemen met hulpmiddelen en zorg vermeld (bv. hulpmiddelen onvoldoende beschikbaar, niet evident om verpleging/zorg te regelen en garanderen, dieetwensen en hygiënevoorschriften niet haalbaar, ...), alsook sociale belemmeringen (bv. sociaal onbegrip, slechte interactie), financiële belemmeringen (geschikte verblijven zijn te duur) en belemmeringen met betrekking tot de omgeving (bv. transport, uitstapjes) (Sys, 2015).

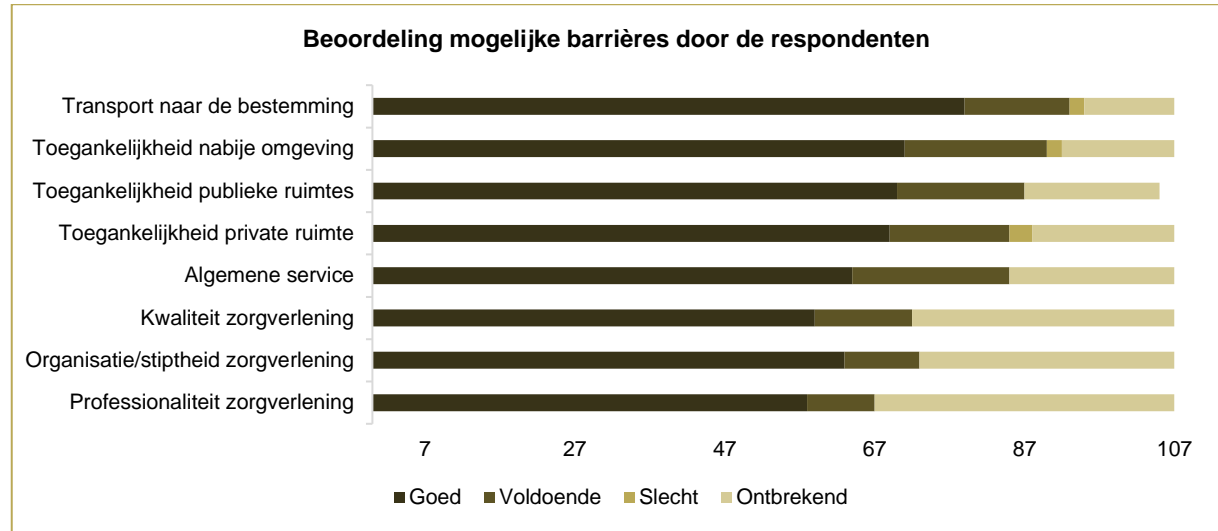
#### Beoordeling

In de bevraging (zie ook bijlage 3) werd voor acht mogelijke barrières nagegaan hoe de respondent deze beoordeelde (er was daarbij de keuze uit goed/voldoende/slecht) en hoe dit zich verhiel ten opzichte van hun verwachting (beter/hetzelfde/slechter dan verwacht). Respondenten werden gevraagd om een beoordeling te geven van het transport naar de vakantiebestemming, de toegankelijkheid (van de nabije

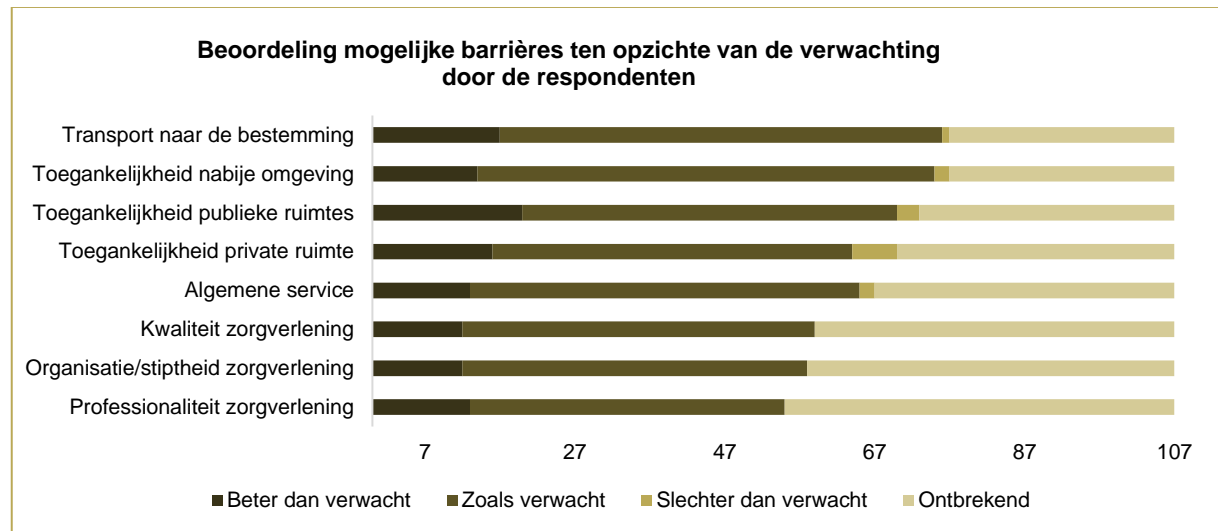
omgeving van het vakantieverblijf (parking, tuin...), van de publieke ruimtes in het vakantieverblijf (onthaal, restaurant, lift...) en van de private ruimte in het vakantieverblijf (hotelkamer, vakantiehuisje...), de algemene service (bv. infobalie, catering...) die verleend werd in het vakantieverblijf, en de zorgverlening (namelijk de kwaliteit, de organisatie/stiptheid, en de professionaliteit van de zorgverlening).

*Figuur 13* en *Figuur 14* tonen het aantal respondenten per antwoordmogelijkheid. Over het algemeen kunnen we hieruit besluiten dat de respondenten de verschillende aspecten goed beoordelen. Het transport scoort het beste, gevolgd door de toegankelijkheid, de algemene service en tot slot de zorgverlening.

Hun uiteindelijke ervaring wat betreft deze aspecten lag zeer sterk in lijn met hun verwachtingen. De toegankelijkheid van de publieke ruimte lag voor 20 respondenten boven hun verwachting.



Figuur 13: Beoordeling mogelijke barrières door de respondenten



Figuur 14: Beoordeling mogelijke barrières ten opzichte van de verwachting door de respondenten





# 3 AANBODSANALYSE

In dit deel gaan we dieper in op de aanbodzijde. Eerst bespreken we de competitieve voordelen die de bestemming Limburg interessant maakt voor dit type toerisme alsook minder gunstige kenmerken. Sectie 3.2 behandelt het huidige aanbod in Vlaanderen en Limburg inzake hersteltoerisme enerzijds en toegankelijk toerisme anderzijds, gevolgd door de perceptie van de aanbodzijde ten aanzien van zorgtoerisme (sectie 3.3). In sectie 3.4 worden de huidige communicatie- en stimuleringsinitiatieven van Toerisme Vlaanderen en Toerisme Limburg inzake zorg- en toegankelijk toerisme aangehaald. Sectie 3.5 sluit af met een aantal inspirerende voorbeelden.

## 3.1 LIMBURG ALS BESTEMMING VOOR ZORGTTOERISME

De provincie Limburg beschikt over een aantal kenmerken die een **competitief voordeel** kunnen inhouden bij het inzetten op zorgtoerisme. Met haar 242.231 ha heeft Limburg heel wat ruimte en heel wat groen te bieden (Provincie Limburg, z.d.). Onthaasten in een natuurlijke omgeving heeft een positief effect op lichaam en geest. Bovendien is de provincie Limburg centraal gelegen in de Euregio. Limburg wordt dan ook gepromoot als een aantrekkelijke dichtbij-bestemming.

De belangrijkste **troeven** die Limburg uitspeelt, zijn gastvrijheid en authenticiteit. Dat laatste wordt weerspiegeld in een gevarieerd aanbod van historisch, religieus, archeologisch

en industrieel erfgoed, natuur en landschappen, plattelandsleven in de nabijheid van een stedelijk vrijetijdsaanbod, een multicultureel culinair aanbod (met dank aan het mijnverleden), een agrarische productielandschap en aanbod van hoeve- en streekproducten, de opkomende wijncultuur, de streekgastronomie... (Philtjens, 2017). Dit gevarieerde aanbod biedt ook voor de doelgroep van toeristen met zorgbehoeften mogelijkheden.

Ook wat de **zorgzijde** betreft, zijn er voldoende voorzieningen aanwezig in Limburg. Op vlak van thuisverpleging (waarbij een verpleegkundige medicijnen of inspuitingen toedient, wonden verzorgt, palliatieve zorgen verleent...) vermeldt de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid (z.d. e.) een lijst van 37 erkende diensten voor thuisverpleging in Limburg. Daarnaast zijn er de verschillende algemene ziekenhuizen in Limburg (Zorggids Vlaanderen, 2018):

- Jessa Ziekenhuis (Campus Virga Jesse, Hasselt; Campus Salvator, Hasselt; Campus Sint-Ursula, Herk-de-Stad): 981 erkende bedden (op 01/02/2017)
- Ziekenhuis Oost-Limburg (Campus Sint-Jan, Genk; Medisch Centrum André Dumont, Genk; Campus Sint-Barbara, Lanaken): 811 erkende bedden (op 31/12/2017)
- Sint-Franciscusziekenhuis (Heusden-Zolder): 268 erkende bedden (op 01/02/2017)
- Sint-Trudo ziekenhuis (Sint-Truiden): 310 erkende bedden (geen datum vermeld)

- Algemeen ziekenhuis Vesalius (Campus Bilzen; Campus Tongeren): 326 erkende bedden (op 01/02/2016)
- Ziekenhuis Maas en Kempen (Campus Maaseik; Campus Bree): 213 erkende bedden (op 01/10/2017)
- Maria Ziekenhuis Noord-Limburg (Overpelt): 363 erkende bedden (geen datum vermeld)

Tegelijkertijd zijn er een aantal factoren die de ontwikkeling van zorgtoerisme in deze regio mogelijk **in de weg staan**. Zo vormt de landsgrens mogelijk een effectieve barrière waarbij de toerist bij voorkeur verzorging ontvangt in eigen land (onder andere in functie van de terugbetaling) en in eigen taal. Daarnaast dient Limburg zich duidelijk(er) te onderscheiden van naburige regio's met een gelijkaardig toeristische aanbod. Tot slot is de bereikbaarheid van de bestemming Limburg eerder beperkt. De ontsluiting en verbindingen, voornamelijk op vlak van openbaar vervoer, kunnen een vervoersbarrière inhouden voor deze doelgroep.

## 3.2 HET HUIDIGE AANBOD IN VLAANDEREN EN LIMBURG

### Herstelverblijven

“Mensen die herstellen van een operatie in een ziekenhuis of herstellen van een zware aandoening of ongeval, kunnen in een centrum voor herstelverblijf terecht voor opvang, verzorging en revalidatie in een eenpersoons- of tweepersoonskamer. Ze blijven er maximaal 60 dagen, tot ze voldoende hersteld zijn. Ze krijgen hierbij ondersteuning van artsen, verpleegkundigen en sociaal assistenten of psychologen”. (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.d. d). Het Agentschap Zorg en Gezondheid vermeldt op haar website de **acht erkende herstelverblijven** in Vlaanderen en Brussel (namelijk Eureka in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, Aquamarijn

en Zorgverblijf Hooidonk in de provincie Antwerpen, Campus Crombeenerf, Reva Ter Sig en Ter Lokeren in Oost-Vlaanderen, Ter Duinen in West-Vlaanderen, en Zorghotel Salvator in Limburg). Het centrum voor herstelverblijf Zorghotel Salvator had in 2018 een erkende capaciteit van 60 bedden. (Agentschap Zorg en Gezondheid, z.d. c)

De beschikbare programmatie van centra voor herstelverblijf, namelijk 1500 verblijfseenheden voor heel Vlaanderen, is momenteel **volledig ingevuld**, aldus het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse overheid (z.d. g). Detailcijfers uit februari 2017 tonen dat van de 407 erkende verblijfsseenheden, er 35 in de provincie Limburg zijn en van de 1.087 aangemelde, niet-erkende verblijfseenheden er zich 97 in Limburg bevinden; 78% daarvan wordt aangeboden door woonzorgcentra, 8% door mutualiteiten, 11% door ziekenhuizen, en 3% door autonome initiatiefnemers (Vandeuren, 2017).

### (Toegankelijke) toeristische verblijven

De algemene toeristische kerncijfers 2017 van Toerisme Vlaanderen tonen aan dat er 4.168 logiesuitbatingen waren met een totale capaciteit van 245.778 bedden. Dit is goed voor 30,8 miljoen overnachtingen (waarvan 75% als motivatie ‘ontspanning en vakantie’ aangeeft) en 12,9 miljoen aankomsten in Vlaanderen. De gemiddelde verblijfsduur bedroeg 2,4 nachten. De brede toeristische sector (inclusief personenvervoer) is goed voor 6,9% van de totale tewerkstelling, 8,2% van de zelfstandige tewerkstelling en 6,6% van de loontrekkende tewerkstelling (Toerisme Vlaanderen, 2018c).

De **gemiddelde bezettingsgraad** van de kamers in de Vlaamse toeristische logies lag in 2017 op 67% (Toerisme Vlaanderen, 2018d). Rekening houdend met schommelingen tussen laag- en hoogseizoen en met verschillen die ongetwijfeld bestaan tussen landelijk gelegen en stedelijke logies, recreatieve- en zakenhotels, grootschalige hotelketens



en kleine bed&breakfasts.... zijn er dus heel wat logiesuitbatingen die een aanzienlijke groeimarge hebben.

De algemene toeristische kerncijfers van **Limburg** (Limburg in cijfers, z.d. c) tonen aan dat er in 2017 1.167 officiële logiesuitbatingen in Limburg waren (waarvan 747 vergund volgens het Vlaamse logiesdecreet), met een totale capaciteit van 40.349 bedden. Dit is goed voor 4,1 miljoen overnachtingen en 1,3 miljoen aankomsten in Limburg. 85,1% van de verblijfsgasten had 'vrije tijd' als doel, terwijl 14,9% een zakelijk doel had. In de Limburgse vrijetijdseconomie waren in 2016 34.781 mensen tewerkgesteld. De economische impact van het Limburgse verblijfstoerisme in 2017 was 392.030.091 euro, de gemiddelde besteding per persoon per nacht bedroeg 95 euro.

Heel wat toeristische ondernemers investeerden de voorbije tien jaren in toegankelijkheid, om vervolgens het Vlaams label voor toegankelijk toerisme (in 2008 gelanceerd door Toerisme Vlaanderen) te bekomen. Het **toegankelijkheidslabel** is een kwaliteitskenmerk en vertelt in één oogopslag of rolstoelgebruikers en andere klanten met een tijdelijke of permanente beperking helemaal zelfstandig of met een minimum aan hulp in een logies terecht kunnen. Uitbaters die 'basistoegankelijk' zijn, hebben een **A label**. Dit betekent dat rolstoelgebruikers of mensen met een tijdelijke of permanente beperking er met een minimum aan hulp kunnen genieten van hun verblijf. Uitbaters die een **A+ label** hebben zijn 'comfortabel toegankelijk'. Dit wil zeggen dat alle essentiële delen van de logies zelfstandig bereikbaar, betreedbaar en bruikbaar zijn.

Tabel 1: Logies (per type) in Vlaanderen en Limburg met een A of A+ label<sup>12</sup>

Logiestype	Vlaanderen		waarvan in Limburg	
	A	A+	A	A+
<b>Hotels</b>	55	9	6	2
<b>Gastenkamers</b>	19	5	4	0
<b>Vakantiewoningen</b>	18	9	6	3
<b>Vakantielogies</b>	15	3	3	1
<b>Kamperen</b>	13	1	1	0
<b>Hostels</b>	11	8	2	1
<b>Jeugd- en groepsverblijven</b>	78	23	14	4

Bron: Toerisme Vlaanderen, 2018a,b

22 uitbatingen in Vlaanderen met een A of A+ label bieden, aldus de brochure "Toegankelijke vakantieverblijven in Vlaanderen en Brussel 2018 (hotels, gastenkamers, vakantiewoningen, vakantieverblijven en vakantiecentra)", tevens zorgomkadering aan. Zes daarvan liggen in Limburg. Het gaat om de volgende verblijven (Toerisme Vlaanderen, 2018b):

- L'O de Vie in Sint-Truiden (hotel)
- Vakantiehuis Fabiola – 't Mechels Bos in Maasmechelen (Vakantiewoning)
- Vakantiehuis Fabiola – Thomasbos in Maasmechelen (Vakantiewoning)
- Vakantieverblijf De Dielis in Hamont-Achel (Vakantiewoning)
- Hoeve Genemeer in Beringen (Vakantielogies)
- De Lage Kempen – 't Huis in Hechtel-Eksel (Vakantielogies)

De brochure "Toegankelijke vakantieverblijven in Vlaanderen en Brussel 2018 (hostels, jeugd- en groepsverblijven)" vermeldt één uitbating in Vlaanderen die zorgomkadering

<sup>12</sup> Merk op dat sommige logiesuitbatingen in verschillende categorieën terugkomen. Bijvoorbeeld Vakantiehuis Fabiola (meerdere keren) in de categorie vakantiewoningen en in de categorie jeugd- en groepsverblijven.

biedt. Het gaat om het Vakantiehuis Fabiola in Maasmechelen, in de categorie jeugd- en groepsverblijven (Toerisme Vlaanderen, 2018a).

### 3.3 PERCEPTIE VANUIT DE AANBODZIJDE TEN AANZIEN VAN ZORGTOERISME

In deze sectie bespreken we de perceptie vanuit de toeristische sector ten aanzien van hersteltoerisme, recreatief zorgtoerisme en het toedienen van zorg in de accommodatie. Informatie hieromtrent werd verzameld in de focusgroepen en interviews.

#### 3.3.1 HERSTELTOERISME IN EEN TOERISTISCHE ACCOMMODATIE?

Tijdens de focusgroep met toeristische ondernemers werd besproken of hersteltoerisme al dan niet interessant zou zijn voor de Limburgse logiesector. Hierbij werden door de deelnemers zowel argumenten vóór als tegen aangehaald.

##### Hersteltoerisme? Yes!

Er kan gekozen worden om in te zetten op hersteltoerisme vanuit de **betrokkenheid** van de uitbater die aan deze doelgroep een warme thuis wil bieden, waarbij ze even geen patiënt meer zijn. Een andere deelnemer zag hersteltoerisme als een nieuw segment waarbij er een duidelijke marktvraag

is, maar waarbij de doelgroep heel heterogeen is en er voldoende specialisatie nodig is opdat er kwaliteit kan geboden worden. Een goede mix met andere toeristen werd ook benadrukt. Bijkomend werd de **economische** motivatie aangehaald, meer bepaald een betere bezetting, stabiliteit (zowel hoog- als laagseizoen) en een hogere prijs (wanneer de doelgroep bereid is om voor kwaliteit te betalen). Tot slot werd de 'corporate social responsibility' vermeld waarbij je je niet als hard bedrijf positioneert, maar iets (maatschappelijks) positiefs in je bedrijf verankert (Focusgroep toeristische ondernemers, 2018).

Verder werd gevraagd naar **doelgroepen** binnen hersteltoerisme met veel potentieel. Hierop werd door de deelnemers van de focusgroep geantwoord met: personen na een operatie, revaliderende personen en jonge moeders (Focusgroep toeristische ondernemers, 2018). De zorgverleners gaven in hun focusgroep aan dat zij voor hersteltoerisme potentieel zien in een toeristisch verblijf na een ziekenhuisopname voor **drie groepen patiënten**: (1) personen die na een ziekenhuisverblijf van alle zorgen willen blijven genieten tijdens hun herstel- of revalidatieperiode, bijvoorbeeld na een heelkundige ingreep, na een medische behandeling (bv. oncologiepatiënten), net bevallen moeders,... (2) patiënten die iets moeten verwerken of aanleren, bijvoorbeeld leren omgaan met een amputatie, nieuwe dialysepatiënten, CVA<sup>13</sup> patiënten en personen met emotionele problemen (na verlies, trauma), en (3) personen die in hun thuissituatie niet op een netwerk van familie of vrienden kunnen of wensen terug te vallen voor hulp en ondersteuning, en die nood voelen aan veiligheid en de aanwezigheid van derden in noodsituaties, bijvoorbeeld alleenstaanden, ouderen, maar ook mensen zonder papieren die na een korte acute behandeling uit het ziekenhuis worden ontslaan, nog niet genoeg hersteld zijn om naar een asielcentrum te gaan en dus nergens terecht

<sup>13</sup> CVA staat voor Cerebro Vasculair Accident. Letterlijk vertaald: een ongeluk (accident) in de bloedvaten (vasculair) van de hersenen (cerebro). Bij een CVA krijgt een deel van de hersenen opeens te weinig of geen zuurstof. Een beroerte wordt ook wel 'stroke' genoemd. Globaal zijn er twee vormen van een CVA (beroerte) te onderscheiden: een herseninfarct en een hersenbloeding. ([http://www.beroerteadviescentrum.nl/patienten/wat\\_is\\_een\\_tia\\_en\\_wat\\_is\\_een\\_cva](http://www.beroerteadviescentrum.nl/patienten/wat_is_een_tia_en_wat_is_een_cva) (geraadpleegd op 26/12/2018).

kunnen. Daarnaast wijzen de zorgverleners ook op de meerwaarde van toeristische verblijven in de nabijheid van een ziekenhuis voor familieleden van zieke patiënten (Focusgroep Zorgverleners, 2018).

#### **Hersteltoerisme? No!**

De redenen om niet in te zetten op hersteltoerisme hielden verband met de **organisatie** ervan (die meer inspanningen vergt dan bij recreatief toerisme het geval is, bijvoorbeeld therapie voorzien), de zeer grote **verantwoordelijkheid** die je als uitbater hebt, de **investeringen** die vereist zijn en **te weinig kennis** over de doelgroep (Focusgroep toeristische ondernemers, 2018).

De doelgroepen met weinig potentieel die vermeld werden tijdens de focusgroep hadden te maken met personen waarbij er een (te) groot risico is op complicaties, alsook personen die zware zorg nodig hebben en geen autonomie hebben. Hoewel dit ook een interessante doelgroep zou kunnen zijn, is het eerder een nichemarkt die vaak in groep reist (Focusgroep toeristische ondernemers, 2018).

### **3.3.2 RECREATIEVE ZORGVAKANTIES IN EEN TOERISTISCHE ACCOMMODATIE?**

Toerisme Vlaanderen geeft tijdens het interview aan dat **de sector veel meer open staat** voor andere doelgroepen dan vroeger. De toeristische logiesuitbaters die inzetten op toegankelijkheid en/of zorgtoerisme, doen dit vaak vanuit een zeer bewuste keuze en vanuit hun eigen passie, en vertonen vaak reeds affiniteit met de doelgroep vanuit hun eigen omgeving. Veel toeristische logiesuitbaters zijn bereid om aanpassingen door te voeren en een extra inspanning te leveren, aldus Toerisme Vlaanderen, maar de specifieke zorgvraag en bezorgdheden van de klant moeten hen wel bereiken.

Zware zorgnoden, belangrijke veiligheidsissues (bv. demente mensen die weglopen), en het verstoren van de vakantie-ervaring van andere toeristen (bv. mensen met een mentale beperking die een zeer lawaaiig gedrag vertonen) brengen een grotere complexiteit met zich mee dan lichtere zorgnoden (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018).

In de focusgroep die midden 2018 georganiseerd werd met toeristische ondernemers gaven de deelnemende Limburgse logiesuitbaters aan dat zij **positief** staan ten aanzien van zorgtoerisme en het benaderen van doelgroepen met beperkingen en/of zorgbehoeften. Een aantal van deze uitbaters investeerden reeds in toegankelijkheidsaspecten, of komt reeds (ad hoc) tegemoet aan specifieke wensen van klanten (bv. aangepaste voeding omwille van allergie of dieet...). Betreffende de interesse van de aanbodzijde merkt Jeroen Luys (Toerisme Limburg) op dat het sociaal engagement van de logiesuitbaters vaak een grote rol speelt, en dat subsidies een stimulerend effect kunnen hebben op het inzetten op nieuwe doelgroepen. Maar dat het bekomen van subsidies zeker niet de enige doelstelling mag zijn (Toerisme Limburg, interview, 2018).

Tijdens de focusgroep met de toeristische ondernemers werd de mening van de deelnemers omtrent recreatieve zorgvakanties gevraagd, meer bepaald of zij het al dan niet interessant vinden voor de logiesector en welke doelgroepen veel respectievelijk weinig potentieel hebben volgens hun.

#### **Recreatieve zorgvakanties? Yes!**

Een eerste argument om op dit type vakanties in te zetten, heeft te maken met de **betrokkenheid** van de logiesuitbater die uit idealisme deze doelgroep een fijne vakantie wil aanbieden (bv. een relaxed dagritme in een kleinschalige, persoonlijke uitbating). Vervolgens werden er een aantal meer **economische redenen** aangehaald. Zo was één van de deelnemers van mening dat het economisch minder interessant is dan hersteltoerisme omdat de toerist veel selectiever

is, maar het hier vermoedelijk gaat over een grotere doelgroep die ook wel bereid is om voor de service te betalen. Bovendien bereik je niet enkel de persoon met zorgbehoeften, maar ook diens netwerk. Een andere deelnemer haalde aan dat het economisch enkel interessant is als je kan inzetten op een mix van doelgroepen en niet afhankelijk bent van één segment. Voldoende focus op inclusie werd ook door een andere deelnemer vermeld. Volgens een andere deelnemer kan er een onderscheid gemaakt worden tussen zorgtoeristen voor wie de mix belangrijk is (bijvoorbeeld maximum 20% zorgbehoevende gasten of gasten met een beperking) versus degenen die zich net beter thuis voelen tussen gasten met gelijkaardige beperkingen en zorgbehoeften. Er werd nog aangevuld dat er daarnaast een derde type is, namelijk personen die geen zorgbehoefte hebben (of die met een mantelzorger of assistent reizen die de zorgbehoefte invult) en die louter nood hebben aan een toegankelijke bestemming (Focusgroep toeristische ondernemers, 2018).

De **doelgroepen** met veel potentieel volgens de deelnemers van de focusgroep zijn: ouderen (zeker ook 70- en 80-plussers; met een behoefte aan veiligheid), ouders met een kind met een (mentale, lichamelijke...) beperking, vakanties met meerdere generaties (zoals een oudere die meereist met zijn familieleden), personen met een bepaalde allergie (bijvoorbeeld op vlak van voeding) en zieken die hun zorg even willen vergeten (bv. kankerpatiënten) (Focusgroep toeristische ondernemers, 2018). In de andere focusgroep, gaven de zorgverleners aan onder andere reismogelijkheden te zien voor jong dementerenden, personen met lichtere psychosociale problemen voor wie een recreatieve reis een echt lichtpunt kan zijn (bv. persoonlijkheidsstoornissen, depressies...), en sommige palliatieve patiënten voor wie zo'n laatste reis een grote meerwaarde kan betekenen. Daarnaast zijn volgens de zorgverleners ook heel wat anderen, bijvoorbeeld personen met een chronische ziekte, minder mobiele mensen, personen die speciale voedingsvoorschriften volgen, mensen met auditieve en/of visuele beperkingen, personen met astma en allergieën, personen met gastro-enterologische aandoeningen, diabetici, ... wel degelijk in staat om

te reizen, en kunnen de daarbij horende zorgvragen in principe ook in een toeristische context georganiseerd worden (Focusgroep zorgverleners, 2018). De medewerkers van het Wit Gele Kruis gaven aan dat in principe iedereen kan reizen, en dat er steeds oplossingen op maat gecreëerd worden om aan de specifieke zorgvragen tegemoet te komen (Wit Gele Kruis, interview, 2018).

### Recreatieve zorgvakanties? No!

Tijdens de focusgroep kwamen ook een aantal argumenten aan bod om niet in te zetten op recreatieve zorgvakanties. Een eerste reden is dat sommige uitbaters **niet wensen in te zetten** op bepaalde doelgroepen (waaronder mensen met een mentale beperking, kinderen...) om hun andere klanten hier niet mee te confronteren. Dat moet dan gerespecteerd worden, aldus één van de deelnemers. Ten tweede wordt ook hier de grote **verantwoordelijkheid** aangehaald. Ten derde zijn er de **investeringen** die dit vergt. Hier moet dan een voldoende hoge bezettingsgraad tegenover staan. Een andere deelnemer haalt aan dat het **economisch niet altijd rendabel** is en dat sommigen dit puur uit idealisme doen. Zij geven dan voorrang aan investeringen in infrastructuur en hulpmiddelen in plaats van in marketing en communicatie (Focusgroep toeristische ondernemers, 2018).

In de focusgroep van de toeristische ondernemers (2018) kwamen de vereiste investeringen aan bod. Grote aanpassingen in de logiesuitbating vereisen grote investeringen, en zijn niet altijd haalbaar voor de logiesuitbaters. Maar het is afhankelijk van het zorgprofiel en de specifieke zorgnoden van de gast of er nood is aan een kamer met **aangepaste infrastructuur** of dat een gewone standaard verblijfskamer reeds het nodige comfort kan bieden. De deelnemers uit de focusgroep met zorgverleners (2018) gaven aan dat heel wat zorgverlening die in de huiskamer wordt toegediend ook in gewone toeristische verblijfskamers kan worden aangeboden, zonder dat dit grote bijkomende investeringen vereist. De vraag naar zorg op vakantie kan verschillende vormen aannemen: hygiënische verzorging, medische handelingen,

persoonlijke assistentie, hulpmiddelen, een aangepast di-  
eet... . Veel van deze diensten zijn in een gewone vakantie-  
omgeving mogelijk. In dat geval zijn geen grote bijkomende  
investeringen in toegankelijkheid vereist van de logiesuitba-  
ters, aangezien er reeds heel wat zorgtoeristen bereikt kun-  
nen worden vanuit het huidige aanbod (zijnde een mix van  
logies die reeds een toegankelijkheidslabel hebben en an-  
dere kwalitatieve logies die dit label niet hebben maar kun-  
nen inspelen op de zorgnoden). Het spreekt echter voor zich  
dat logies die wel actief inzetten op toegankelijkheid wellicht  
meerdere zorgprofielen (en dus een grotere doelgroep) kun-  
nen bereiken dan zij die dit niet doen.

Tot slot, de enige doelgroep met weinig potentieel die door  
bepaalde deelnemers van de focusgroep werd aangehaald,  
betref personen met een zware zorgnood (Focusgroep toe-  
ristische ondernemers, 2018).

### 3.3.3 HET TOEDIENEN VAN ZORG IN EEN TOERISTISCHE ACCOMMO- DATIE

Tijdens de focusgroep met zorgverleners werd besproken  
welke zorgverlenende organisaties al dan niet ingeschakeld  
kunnen worden voor het verlenen van zorg tijdens een va-  
kantie of herstelverblijf. De deelnemers waren van mening  
dat alle eerstelijnsdiensten waar je thuis beroep op doet, ook  
tijdens een vakantie moeten kunnen worden ingeschakeld.  
Met andere woorden, contact met een huisarts, thuisver-  
pleegkundige, ergo- of kinesitherapeut, vroedvrouw, diëtist,  
apotheker, ... moet ook op verplaatsing mogelijk zijn (Focus-  
groep Zorgverleners, 2018). Het type zorg dat in een toeris-  
tische accommodatie kan toegediend worden volgens de  
groep van zorgverleners zijn hygiënische zorgen en techni-  
sche verpleegkundige verstrekkingen (zoals wondzorg, in-  
spuitingen en dergelijke).

Anderzijds lijken een te hoge frequentie van zorg, zorg voor  
zwaar incontinente patiënten, voor zwaar psychiatrische pa-  
tiënten of patiënten die sterk afhankelijk zijn van (bv. beade-  
mings)apparaten niet aangewezen om in een toeristische ac-  
commodatie toe te dienen, aldus de deelnemende zorgver-  
leners (Focusgroep Zorgverleners, 2018). Het Wit Gele Kruis  
gaf echter tijdens hun interview aan dat ook voor complexe  
zorgvragen (bv. terminale patiënten) steeds oplossingen op  
maat gezocht worden (bv. inplannen van extra bezoeken  
door de nachtploeg) (Wit Gele Kruis, interview, 2018).

## 3.4 COMMUNICATIE- EN STI- MULERINGSINITIATIEVEN DOOR TOERISME VLAAN- DEREN EN TOERISME LIM- BURG

Het sensibiliseren van de sector blijft belangrijk. Ook dienen  
potentiële toeristen voldoende geïnformeerd te worden.  
Daartoe werden reeds verschillende promotie- en communi-  
catieacties op touw gezet. Deze sectie beschrijft enkele com-  
municatie- en stimuleringsinitiatieven op Vlaams en Lim-  
burgs niveau op basis van informatie uit de interviews en de  
deskresearch.

### Communicatie-initiatieven

Toerisme Vlaanderen onderneemt verschillende initiatieven  
om het bestaande aanbod inzake toegankelijkheid en zorg-  
toerisme **in de kijker te plaatsen**. Zo haalden zij tijdens het

interview ter illustratie beurzen (zoals REVA<sup>14</sup> en de Kangeroebeurs<sup>15</sup>) en de 3de editie van Access day<sup>16</sup> aan (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018). Ten tweede brengen zij informatieve brochures uit met toegankelijke vakantieverblijven in Vlaanderen en Brussel met logies met A en A+ label. Op hun website<sup>17</sup> informeren zij bovendien gasten over toegankelijkheid, meer bepaald op vlak van logies, mobiliteit en activiteiten, en voorzien ze links naar websites voor zorg, assistentie en hulpmiddelen. Ook haalden zij in het interview aan dat TV-programma's zoals 'Taboe' en 'Down the road' ook bijdragen aan een hogere bewustwording bij de bevolking.

Tot slot, naast de klassieke brochures en online beschikbare informatie ontwikkelde Toerisme Vlaanderen een online platform, de **Vakantieschakel** ([www.vakantieschakel.be](http://www.vakantieschakel.be)), waar mensen met specifieke noden hun vragen en verwachtingen kunnen neerleggen en er een aanbod op maat wordt uitgewerkt (zie ook sectie 3.5.3) (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018).

Door Toerisme Limburg worden ook verschillende communicatie-initiatieven genomen (Toerisme Limburg, interview, 2018). Op basis van de info van Toerisme Vlaanderen bracht Toerisme Limburg een specifieke toegankelijkheidsbrochure voor Limburg uit. De meeste informatie in de **brochure Toegankelijk Limburg** (Toerisme Limburg, 2018)<sup>18</sup> is geschikt voor mensen met een mobiele beperking, maar de brochure biedt ook informatie over voorzieningen voor doven en/of slechthorenden, blinden en/of slechthorenden, mensen met een verstandelijke beperking en mensen met allergieën. Ook het A en A+ label worden in de brochure vermeld, en er wordt

tevens verwezen naar de toevla-databank voor meer gedetailleerde informatie ([www.toevla.be](http://www.toevla.be)). De brochure brengt bondig de toeristische activiteiten en trekpleisters, de bezoekershaalpunten, enkele horecazaken en de logiesuitbatingen die tegemoet komen aan deze doelgroepen in beeld (Toerisme Limburg, 2018).

Tot slot bieden Toerisme Vlaanderen en Toerisme Limburg een aantal **opleidingen** aan om geïnteresseerde toeristische actoren verder te informeren. Voorbeelden hiervan zijn het Lerend Netwerk, de opleiding 'Klanten met een beperking verder helpen in je reisbureau' (door WeTravel2) en de opleiding 'Rondleiden en gidsen van personen met een beperking', de workshop 'ongehinderd gastvrij' van het Limburgs Toerisme Congres 2018, enz.

### Stimuleringsinitiatieven

Naast communicatie-initiatieven, bieden zowel Toerisme Vlaanderen als de Provincie Limburg ook (**financiële**) **ondersteuning** aan toeristische spelers. Toerisme Vlaanderen heeft sinds 2017 een **impulsprogramma** 'iedereen verdient vakantie' waarbij projecten worden ondersteund die vakantieparticipatie verhogen door op een vernieuwende manier drempels weg te nemen in de volledige vakantiecyclus. Bij andere impulsprogramma's is toegankelijkheid ook steeds een aandachtspunt. Daarnaast bestaan er subsidiemogelijkheden voor logies die aan toegankelijkheid willen werken en kunnen er voor de aankoop van hulpmiddelen (bv. tilliften)

---

<sup>14</sup> <https://reva.be/>

<sup>15</sup> <https://kangoeroebeurs.be/>

<sup>16</sup> <https://www.disabledaccessday.com/about/> Deze internationale dag in verband met toegankelijk toerisme vindt plaats op 16 maart 2019 met als focus 'trek er op uit' of 'kom uit uw kot'.

<sup>17</sup> <http://www.visitflanders.com/nl/toegankelijkheid/plan-je-trip>

<sup>18</sup> <https://www.visitlimburg.be/nl/toegankelijkheidsbrochure>

ook subsidies verkregen worden (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018).

De Provincie Limburg lanceerde het **investeringsfonds** waarbij kleinschalige logies twee keer per jaar een dossier kunnen indienen onder één van de volgende thema's: streekbeleving, gastronomie, fysiek en mentaal welbevinden, of inspelen op specifieke noden van gezinnen. Op die manier wordt er een impuls gegeven aan de verbetering van het verblijfscomfort van de gasten en wordt de belevingswaarde van het verblijf verhoogd.

## 3.5 INSPIRERENDE VOORBEELDEN OP VLAK VAN ZORGTTOERISME

Er bestaan vandaag de dag al heel wat inspirerende voorbeelden. In deze sectie lichten we cases toe die door de stakeholders tijdens de interviews werden aangehaald en tijdens de deskresearch naar voren kwamen. Er wordt hierbij voornamelijk gefocust op logies (zowel binnen als buiten Limburg). Sectie 3.5 sluit af met enkele voorbeelden van bestaande organisatie- en samenwerkingsverbanden.

### 3.5.1 LOGIES IN LIMBURG

Toerisme Vlaanderen en Toerisme Limburg vermeldden tijdens hun interview de Limburgse logiesuitbatingen 'M-hotel' en 'Hoeve Genemeer'. Het Wit Gele Kruis gaf aan dat er geen structurele samenwerking is tussen het Wit Gele Kruis Limburg en logiesuitbaters, maar de medewerkers benadrukten wel de succesvolle samenwerking tussen sommige lokale afdelingen, zoals bijvoorbeeld met 'Centerparcs Erperheide' (Wit Gele Kruis afdeling Peer) en 'Vakantiehuis Fabiola' (Wit Gele Kruis afdeling Maasmechelen). Wellicht bestaan er ook in andere logies samenwerkingen (ad hoc of op

regelmatige basis) tussen de logiesuitbater en een lokale afdeling van het Wit Gele Kruis of een andere organisatie voor thuisverpleging. Voor de volledigheid vermelden we ook de overige Limburgse uitbatingen die, aldus de informatiefolder van Toerisme Vlaanderen, zorgomkadering aanbieden (zie sectie 3.2). De vele uitbatingen in de categorie jeugd- en groepsverblijven en hostels laten we hier buiten beschouwing.

#### **M-hotel in Genk (hotel)**

Dit vier-sterren hotel in Genk, dat tot de Different Hotel Group behoort, beschikt nog niet over een toegankelijkheidslabel maar heeft het voorbije jaar geïnvesteerd in een nieuwe, toegankelijke en zorgvriendelijke hotelkamer. Hierbij werd aandacht besteed aan extra voorzieningen, zoals bijvoorbeeld een minibar met temperatuurcontrole voor het bewaren van medicijnen. Het uitgangspunt in deze kamer is om zowel de zorgtoerist als de zorgverlener een maximaal comfort aan te bieden tijdens zijn verblijf; denk aan schuifdeuren, een elektronisch te bedienen bed, een sta-op-sofa, enz. De inrichting en het interieur van deze kamer werd zorgvuldig uitgewerkt zodat deze kamer multifunctioneel kan ingezet worden, naar toeristen met én zonder zorgvraag. Momenteel wordt een volledige verdieping omgebouwd tot toegankelijke en zorgvriendelijke hotelkamers. (Hildegarde Poortmans, Different Hotel Group).

#### **Hoeve Genemeer in Beringen (vakantielogies)**

Hoeve Genemeer biedt vijf toegankelijke studio's (voor drie tot zes personen) aan in Beverlo (A label). Hun slogan is 'er-tussenuit zonder beperkingen maar altijd omringd met de beste zorg'. Personen met een mentale, fysieke of sociale beperking zijn welkom. Voor hun kan begeleiding, animatie en activiteiten op maat voorzien worden zodat iedereen ontzorgd wordt. De slaapkamers zijn uitgerust met een eigen badkamer en hoog-laagbed. Er is een gemeenschappelijke

leefruimte die prikkelarm kan gemaakt worden. De aangepaste sanitaire ruimte bevat een tillift en douchebrancards. Voor rolstoelgebruikers is er een verlaagd keukenblad; en een elektrische rolstoelfiets en duofiets voor een uitstap. (<https://hoevegenemeer.be/>, geraadpleegd op 9/12/2018)

### **Centerparcs Erperheide in Peer (vakantiepark)**

CenterParcs Erperheide biedt toegankelijke bungalows voor mindervaliden. Deze cottages zijn aangepast voor rolstoelgebruikers en hebben bijvoorbeeld een lager keukenblok, geen drempels, bredere deurposten en een aangepaste badkamer en toilet. Ook de centrale faciliteiten zijn aangepast voor mensen met een beperkte mobiliteit. (<https://www.centerparcs.be/>, geraadpleegd op 12/12/2018) Over zorgverlening tijdens het verblijf wordt op de website niets vermeld. Maar het Wit Gele Kruis (afdeling Peer) gaf aan dat Centerparcs Erperheide gasten met zorgvragen wel informeert over en doorverwijst naar de dienstverlening van het Wit Gele Kruis. Een medewerker van het Wit Gele Kruis heeft op voorhand telefonisch contact met de patiënt, maakt een inschatting en inplanning van de specifieke zorgverlening en houdt daarbij zoveel mogelijk rekening met de vakantieplannen van de patiënt, en laat (indien nodig) bijkomend materiaal in de bungalow leveren (bv. tillift) (Interview Wit Gele Kruis, 2018).

### **Vakantiehuis Fabiola in Maasmechelen (zowel jeugd- en groepsverblijf als vakantiewoningen)**

Vakantiehuis Fabiola is een vakantiehuis in Maasmechelen met als slogan 'waar genieten centraal staat & dagdagelijkse zorgen even vergeten kunnen worden'. Aandacht gaat in het bijzonder naar kinderen/jongeren met een fysieke en/of mentale beperking. Het vakantiecentrum heeft een capaciteit van 346 bedden. Er is een subtropisch (snoezel)zwembad met tillift en sterrenhemel, en er zijn aangepaste fietsen. Gezinnen met een kind of familielid in een zorgsituatie kunnen sinds enkele jaren afzonderlijk op vakantie komen in één van de zorgbungalows van 't Mechels Bos of Thomasbos (deze

laatste beschikt over het A+ label) (<https://www.vakantiehuis-fabiola.be/>, geraadpleegd op 9/12/2018).

Het Wit Gele Kruis verleent geregeld verpleegkundige zorgen op het domein, zowel in kleine reisgezelschappen als voor groepen, en ontwikkelde een vragenlijst die de logiesuitbater gebruikt om op voorhand de specifieke zorgnoden van elke gast in kaart te brengen (Wit Gele Kruis, interview, 2018).

### **De Dielis in Hamont-Achel (vakantieverblijf)**

De Dielis promoot zichzelf als een toegankelijk en kindvriendelijk zorg- en familieverblijf (A+ label). Ze profileren zich als een kleinschalig, compleet en geïntegreerd groepsverblijf waar personen met een beperking en hun begeleiders zorgeloos kunnen genieten van hun vakantie in een groene omgeving, maar waar je ook terecht kan voor familieweekends. De accommodatie beschikt over 12 toegankelijke slaapkamers, een keuken en leefruimte, en een tuin met onder andere een toegankelijk speelhuis. De accommodatie is voor personen met een meervoudige of complexe beperking (motorische en/of verstandelijke beperking, niet-aangeboren hersenletsel, leefgroepen, senioren groepen, scholen en vrijetijdsverenigingen). Wie extra assistentie wenst tijdens het verblijf kan op eenvoudige vraag rekenen op hulp van thuisverpleging, kinesisten, artsen, enz. Extra aangepast materiaal zoals hoog-laagbedden, tilnetten, enz. die niet voorradig zijn in het verblijf kunnen voorzien worden. De Dielis biedt haar gasten tevens de nodige informatie over geschikte recreatieve activiteiten in de buurt (snoezelruimte, rolstoeltoegankelijke huifkartocht, hippotherapie, rolstoelfietsen,...) (<http://www.dedielis.be/>, geraadpleegd op 12/12/2018).

### **L'O de Vie in Sint-Truiden (hotel)**

Triamant Haspengouw in het landelijke Velm biedt een ruim woningaanbod afgestemd op verschillende doelgroepen:



jong of oud, met of zonder zorgbehoefte: flats, gezinswoningen, herstelverblijf, woonzorgkamers en –flats, én een hotel-formule met zorgpermanentie. Zowel het hotel als de brasserie verkregen het A+ label. Het hotel beschikt over acht kamers met onder meer verstelbare bedden. Lokale thuisverpleegkundigen worden ingeschakeld om aan de zorgbehoeften van de gasten te voldoen. Voor spoedeisende zorg kunnen de gasten vertrouwen op het naburige Triamant zorgteam (<http://www.lodevie.be/lodevie-sint-truiden/>; <https://www.triamantgroup.com/haspengouw.html>, geraadpleegd op 12/12/2018).

#### **Vakantiecentrum Lage Kempen in Hechtel-Eksel (vakantielogies en kamperen)**

Het inclusieve vakantiecentrum Lage Kempen biedt bungalows, kampeerplaatsen (A label) en 't Huis aan. 't Huis is geschikt voor groepen van 12-27 personen (A+ label) (<https://www.delagekempen.be/>, geraadpleegd op 12/12/2018).

### **3.5.2 LOGIES BUITEN LIMBURG**

Als goed voorbeeld buiten Limburg vermeldde Toerisme Vlaanderen 'Hotel 3 Eiken'. Daarnaast wordt hieronder een omschrijving gegeven van een aantal Vlaamse uitbatingen die vermeld worden in gerelateerde studies (waaronder Pinpoint, 2015).

#### **Hotel 3 Eiken in Edegem**

Hotel 3 Eiken in Edegem (Antwerpen) richt zich zowel op zakelijke gasten als op personen met zorgnoden die na een (kort) ziekenhuisverblijf nog even willen recupereren, ouderen die thuis tijdelijk niet de nodige zorgen kunnen krijgen, en/of personen die een gastenverblijf nodig hebben omdat een dierbare momenteel in het ziekenhuis verblijft. Naast een

comfortabele kamer (met verstelbare hotelbedden) schrijft de huisarts een zorg- of herstelpakket voor op maat en wordt elk dossier nauwgezet opgevolgd tijdens het verblijf. Doorheen de herstelperiode is er begeleiding door een kinesist in de revalidatiepraktijk. Wat verzorging betreft dienen zelfstandige verpleegkundigen basiszorgen toe op de hotelkamer, 7 dagen op 7 (<https://www.hotel-drie-eiken.com/nl/zorghotel>, geraadpleegd op 9/12/2018).

#### **De Ceder in Deinze**

De Ceder (Deinze) focust op sociaal toerisme en biedt enerzijds herstelverblijven (minimum zeven dagen) (na een verblijf in het ziekenhuis, een ingreep, of er gewoon eventjes tussenuit bij een chronische aandoening of tijdens een zware periode) voor personen met een zorg- of revalidatievraag. De gasten kunnen er rekenen op de inzet van dokters, verpleegkundigen, verzorgenden, kinesisten, ergotherapeuten, logopedisten, en psychologen. Anderzijds kunnen zowel groepen als individuele reisgezelschappen terecht in De Ceder in een jeugdverblijfcentrum en in een inclusief hotel voor zowel zakelijk toerisme als recreatieve vakanties, voor mensen met en zonder zorgnoden. Gasten krijgen een aangepaste begeleiding en kunnen tevens deelnemen aan therapeutische activiteiten (<https://www.deceder.be/index.php>, geraadpleegd op 12/12/2018).

#### **Hotel de Pupiter in Kluisbergen**

Hotel De Pupiter in Kluisbergen beschikt over aangepaste/toegankelijke kamers en badkamers met inrijdbare douche. Hun voornaamste doelgroep zijn personen met een beperking, ongeacht hun leeftijd. Er is een nauwe samenwerking met thuiszorgdiensten, artsen en kinesisten (<http://depupiter.com/>, geraadpleegd op 9/12/2018).

### Hotel Middelpunt in Middelkerke

Hotel Middelpunt in Middelkerke beschikt over het A+ label. Ze bieden drie types kamers aan, namelijk tweepersoonskamers, familiekamers en hoge zorg kamers. Hun concept is 'hotel gerund door mensen met een beperking; maximaal vakantieplezier voor gasten met en zonder handicap'. Het is een volledig rolstoeltoegankelijke site, er zijn kamers met verstelbare hoog-laagbedden met bedhekkens, rolstoelvriendelijke badkamers en douches, handgrepen/tilliften/braille signalisatie/verlaagde knoppen/kamertoegang met badge, een 24/7 oproepsysteem voor receptie, diverse medische hulpmiddelen zijn beschikbaar en er is een privékoelkast op de kamer voor medicatie. Er wordt gewerkt met een uitgebreide zorgfiche om zo maximaal rekening te houden met de wensen en noden van de gasten. Ze werken samen met het Wit Gele Kruis Vlaanderen, PASVU persoonlijke assistentie, een oproepbare huisarts, en aangepast gehandicapten vervoer (<https://middelpunt.be/>, geraadpleegd op 9/12/2018).

### Zorgverblijf Ter Duinen in Nieuwpoort

Verschillende mutualiteiten beschikken over herstellverblijven. Bijvoorbeeld het CM Zorgverblijf Ter Duinen in Nieuwpoort waar zowel individuele reisgezelschappen als groepen terecht kunnen voor een recreatieve vakantie of een herstellverblijf (<http://www.cm-zorgverblijven.be/ter-duinen/home-ter-duinen/>, geraadpleegd op 12/12/2018).

Bovenstaande lijst is niet-limitatief en haalt een aantal interessante cases uit Vlaanderen aan die inspirerend kunnen werken. Het is echter van belang dat de **gehele keten** voldoet aan het gevraagde niveau van zorg om te kunnen spreken van een positieve toeristische beleving. Op dit moment is de **transport** component één van de grootste knelpunten in de keten (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018). Op vlak van openbaar vervoer worden er echter ook stappen gezet. Zo kondigde De Lijn begin december 2018 aan verder in te

zetten op toegankelijke voertuigen en haltes. Dit kadert binnen hun Beleidsplan Toegankelijkheid (De Lijn, z.d.). Daarnaast werden er tijdens het interview met Toerisme Vlaanderen ook enkele goede voorbeelden op vlak van **attracties** vermeld. Zo biedt het 'In Flanders Fields Museum' faciliteiten voor de minder mobiele bezoekers, worden de filmfragmenten ondertiteld, zijn geleidehonden welkom... (<http://www.inflandersfields.be>, geraadpleegd op 12/12/2018).

## 3.5.3 ORGANISATIE VAN ZORGTOERISME EN BESTAANDE SAMENWERKINGSMODELLEN

Tot slot halen we kort vier inspirerende voorbeelden aan op vlak van de organisatie van zorgtoerisme en bestaande samenwerkingsmodellen.

### Vakantieschakel

Samen met Toerisme Vlaanderen lanceerde Vlaams Minister van Toerisme Ben Weyts het digitale platform Vakantieschakel. Mensen die drempels ondervinden om op vakantie te gaan, krijgen via dit platform de kans om hun specifieke vragen te formuleren. "Via het platform komen ze meteen in contact met 600 toeristische aanbieders en meer dan 1600 sociale organisaties die een oplossing kunnen bieden voor hun probleem. En bovendien kunnen toeristische aanbieders en sociale organisaties op hun beurt ook zelf vragen lanceren via Vakantieschakel. Op die manier helpt iedereen iedereen." (<https://www.vakantieparticipatie.be/>; geraadpleegd op 26/12/2018).

### **WeTravel2**

WeTravel2 is een private reisorganisatie, gevestigd in het Antwerpse Wiekevorst. Het biedt een selectie van vakantiebestemmingen in binnen- en buitenland aan voor personen met een tijdelijke of permanente fysieke of medische beperking. De dienstverlening van WeTravel2 bestaat uit (1) het informeren en adviseren van reizigers, (2) het boeken van vluchten en het regelen van assistentie op de luchthaven en het vervoer van rolstoel of medische bagage, (3) privé-transfers naar het verblijf met aangepast vervoer en de nodige assistentie, (4) het aanbieden van toegankelijke logies, (5) het aanbieden van hulpmiddelen en/of medische begeleiding of assistentie tijdens het verblijf, en (6) aangepaste, toegankelijke excursies. Tijdens de reis is WeTravel2 24/24u bereikbaar voor noodgevallen (<http://wetravel2.eu>; geraadpleegd op 22/12/2018).

### **Comfortzorg**

De Nederlandse thuisorganisatie Comfortzorg biedt verpleging, verzorging en de benodigde hulpmiddelen in vakantieverblijven aan in Nederland, en steeds vaker ook daarbuiten. Ook trachten zij tegemoet te komen aan speciale wensen van de klant die bijvoorbeeld hulp nodig heeft bij het zwemmen, wandelen of een bezoek aan een museum tijdens de vakantie. De klant reserveert zelf zijn verblijf in een (geschikte) accommodatie en dient, bij voorkeur zes weken op voorhand, een zorgaanvraag bij Comfortzorg in. Vervolgens wordt de zorgvraag via telefonische contacten verder besproken, en ontvangt de klant een vakantieplan met hierin alle gemaakte afspraken (<https://www.comfortzorg.nl>; geraadpleegd op 22/12/2018).

### **Bed & Care**

De Italiaanse organisatie Bed & Care biedt zorgvakanties aan. De klant kiest online uit een selectie van partnerverblijven en geeft aan welke zorgverlening, hulpmiddelen of aangepaste vervoersoplossingen hij/zij wenst. Bed & Care staat garant voor een netwerk van meer dan 500 dienstverleners in Italië en meer dan 100 logies. Hiertoe werken zij actief samen met Villages for All, een organisatie die de toegankelijkheid van verblijven screent (<https://www.bedandcare.it/?lang=en>; <https://www.villageforall.net>; geraadpleegd op 22/12/2018).

In het laatste deel van dit rapport wordt vooruitgeblikt naar de (nabije) toekomst op vlak van zorgtoerisme in Limburg.



## 4 VERDERE UITBOUW

In dit laatste deel van het rapport wordt gekeken naar de volgende stappen die kunnen genomen worden op vlak van zorgtoerisme in Limburg. De voorgaande delen boden inzicht in de huidige stand van zaken omtrent dit thema, het reisgedrag, de verwachtingen en barrières van personen met een zorgnood alsook een beschrijving van het huidige aanbod. Daarnaast wensen we aanbevelingen te doen aan toeristische ondernemers, zorgverleners en zorgtoeristen om de opportuniteit die zorgtoerisme biedt voor Limburg verder te versterken. De volgende vragen worden hieronder beantwoord: vormen zorgtoeristen een interessant marktsegment voor Limburg? Met welke belangrijke voorwaarden en kritische succesfactoren moet zeker rekening gehouden worden bij de verdere ontwikkeling? En hoe wordt de organisatie van zorgtoerisme best geregeld; welke aanbevelingen op vlak van businessmodellen en beleidsondersteuning kunnen gedaan worden?

### 4.1 RELEVANTE FOCUS VOOR DE LIMBURGSE TOERISTISCHE ONDERNEMERS

Uit eerder uitgevoerde studies, de interviews die werden afgenomen, de focusgroepgesprekken met vertegenwoordigers van de toeristische- en zorgsector, en de analyse van de bevragingen bij personen met een beperking en/of zorgnood, kunnen we duidelijk het **potentieel** van het segment

van personen met een zorgnood afleiden. Een specifieke afbakening van subsegmenten (bijvoorbeeld (in eerste instantie) focussen op personen met een auditieve beperking) wordt niet aanbevolen; er dient eerder vanuit een **inclusieve benadering** gewerkt te worden waarbij bepaalde aanpassingen voordelen bieden voor meerdere subgroepen van personen. Dit wordt ook aangehaald in het drempelonderzoek van Toerisme Vlaanderen (2015) waarin Toerisme Vlaanderen geen 'prioritaire drempels' kiest om op in te zetten, maar op zoek gaat naar oplossingen voor iedereen.

De literatuur wijst hierbij op interessante kenmerken van toeristen met een beperking en/of zorgnood, zoals een grote loyaliteit, een groter reisgezelschap, reizen tijdens het laagseizoen, enz. Tegelijkertijd biedt **Limburg** als groene, dichtbij-bestemming een interessant kader voor recreatieve vakanties of herstellvakanties in een aangename omgeving. Inzetten op zorgtoerisme blijkt dan ook zeker een opportuniteit voor Limburg.

## 4.2 RANDVOORWAARDEN EN KRITISCHE SUCCESFACTOREN

In deze sectie gaan we dieper in op de randvoorwaarden en kritische succesfactoren om van zorgtoerisme in Limburg een succes te maken. Eerst brengen we in kaart wat volgens de geïnterviewde organisaties (Toerisme Vlaanderen, Toerisme Limburg en Inter) de belangrijkste randvoorwaarden en succesfactoren zijn. Daarna lijsten we de verwachtingen en aandachtspunten op van de betrokkenen (zorgverstrekkers, logiesuitbaters en zorgtoeristen) waaraan dient tegemoet gekomen te worden.

Een eerste aspect is toegankelijkheid (Inter, interview, 2018). Om bepaalde types van zorgtoeristen te kunnen ontvangen, dienen de accommodatie en de omgeving (fysiek) toegankelijk te zijn voor de toerist. Een internationaal toegankelijkheidslabel zou veel voordelen bieden volgens Toerisme Vlaanderen. Het 'European Network for Accessible Tourism' werkt hier aan. Idealiter wordt dergelijke standaard dan ook geïntegreerd door internationale spelers zoals booking.com ... (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018). Toerisme Vlaanderen ziet daarnaast nog verschillende randvoorwaarden, namelijk op vlak van mobiliteit, het matchen van zorgvraag en zorgaanbod, oplossingen op maat kunnen aanbieden, sensibilisatie van de sector, zorgtoerisme naar de reguliere logies brengen en de logies nog beter ondersteunen (bijvoorbeeld op vlak van toeristisch ondernemerschap) (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018). In het interview met Toerisme Limburg (2018) werd het vrijmaken van budget om promotie te voeren en een bepaalde vorm van subsidiëring voorzien aangehaald, naast het bepalen waar er best gestart wordt (in termen van doelgroep om op te mikken) en het nagaan van de rendabiliteit na één of twee jaar.

### Verwachtingen en aandachtspunten van de zorgverstrekkers

In de focusgroep over zorgtoerisme die in 2018 georganiseerd werd met deelnemers uit de zorgsector, werd niet alleen aangegeven dat zorgtoerisme voor heel wat van hun patiënten een meerwaarde zou zijn, maar dat het ook voor de zorgverleners interessant is om aan een dergelijk project mee te werken. De deelnemers van de focusgroep waren van mening dat het reguliere aanbod van zorgdiensten in een thuissituatie (bv. hygiënische zorgen of technische verpleegkundige verstrekkingen) ook in een toeristische accommodatie kan worden toegediend. Men voorzag wel praktische en logistieke uitdagingen wanneer het om een te hoge frequentie van de zorg (bijvoorbeeld elk uur), zwaar incontinentie patiënten, zwaar psychiatrische patiënten, en patiënten die sterk afhankelijk zijn van apparaten (bijvoorbeeld beademing) zou gaan. In de focusgroep werd aangegeven dat alle eerstelijnsdiensten waar de patiënt thuis beroep op doet, mits voldoende aandacht voor de **medische informatie-overdracht** aan alle betrokken hulpverleners, in principe ook in de context van zorgtoerisme ingeschakeld kunnen worden. Een goede **planning**, met dispatching naar deskundige zorgverleners met de juiste competenties, is hierbij onontbeerlijk. Om op lange termijn voldoende garanties te kunnen bieden aan de zorgtoeristen moet er tevens voldoende aandacht zijn voor de (werk)zekerheid van de zorgverleners. Daarom is er nood aan een **goed concept, voldoende schaalgrootte en een overkoepelende coördinatie**. Tot slot werd er gesteld dat het bijdragen aan positieve vakantie-ervaringen van de patiënten een grote voldoening zal geven aan de medewerkers in de zorgsector (Focusgroep Zorgverleners, 2018).

Een goede **afstemming** tussen de zorgverleners en toeristische aanbieders is natuurlijk van groot belang. Op de vraag welke **taken de zorgsector ziet voor de logiesuitbater**, werden volgende antwoorden gegeven: ten eerste dient voorzien te worden in de juiste infrastructuur (een aangepaste kamer die huiselijk ingericht is en waar er veel licht is, een praktische badkamer, ruime toiletten, lift...). Ten tweede

dienen de nodige hulpmiddelen en aangepast materiaal ter beschikking te zijn (zoals een (bij voorkeur draagbaar) oproepsysteem, aangepaste bedden, aangepast bestek...). Ten derde dient het personeel te weten hoe ze met deze gasten moeten omgaan. Het vierde aspect betreft mobiliteit (aangepast vervoer voor rolstoelgebruikers zou een grote meerwaarde zijn voor een toeristisch verblijf) (Focusgroep Zorgverleners, 2018).

### Verwachtingen en aandachtspunten van de logiesuitbaters

Om zicht te krijgen op de (interne) randvoorwaarden die minimaal vervuld moeten worden om zorgtoerisme in toeristische accommodaties te kunnen aanbieden, werd de mening van een aantal Limburgse logiesuitbaters hieromtrent bevestigd in een focusgroep. De antwoorden zijn terug te brengen tot de volgende aspecten. Ten eerste dienen de accommodatie en de infrastructuur **toegankelijk** te zijn voor verschillende doelgroepen. Naast infrastructuur, dient er ook ingezet te worden op signalisatie, aangepaste voeding, ... . Ten derde waren de logiesuitbaters het erover eens dat de kamer een neutrale (niet-medische) **uitstraling** dient te hebben. Enkel de hulpmiddelen die de betreffende zorgbehoevende toerist nodig heeft dienen aanwezig te zijn in de kamer (overbodige hulpmiddelen moeten elders opgeborgen worden). Een vierde aspect is de **betrokkenheid** van de logiesuitbaters en het personeel. Het personeel dient getraind te worden in het omgaan met gasten met allerlei beperkingen of zorgnoden. Er moet als het ware een mentale toegankelijkheid worden gecreëerd; wat het zelfwaardegevoel van de klant alleen maar ten goede komt. Daarnaast is een kennis van **EHBO** en beschikbaarheid van EHBO-materiaal belangrijk. Tot slot werden nog gerichte **communicatie-acties** naar de doelgroep vermeld. Het potentieel is immers heel groot, maar de ervaring leert dat het een zeer diverse en moeilijk te bereiken doelgroep is (Focusgroep Toeristische ondernemers, 2018).

### Verwachtingen en aandachtspunten van de zorgtoerist en 'standaard'toerist

'Iedereen heeft recht op vakantie' is een idee dat bij velen leeft vandaag de dag. Toch kan niet iedereen genieten van een vakantie-ervaring. Zo spelen allerlei barrières een rol (zie ook sectie 2.3.1). In eerdere studies waarbij de zorgbehoevende toerist werd bevestigd kwamen aspecten zoals een **gastvrij onthaal** en **correcte informatieverstrekking** zeer sterk naar voren (Sys, 2015). De wens naar **inclusie** werd ook door velen gevestigd (Bosman et al., 2011; Sys, 2015).

Tijdens de focusgroep met logiesuitbaters werden verschillende ervaringen van zowel toeristen met als zonder een zorgbehoefte of beperking gedeeld. Zo is het van essentieel belang dat de zorgtoerist **op voorhand zekerheid** heeft over zijn vakantie en weet wat hij/zij kan verwachten; op die manier voelt hij zich meer op zijn gemak. Zoals eerder gesteld kan een zorgbehoevende toerist op zoek zijn naar een voorziening die (enkel) gericht is op mensen met een beperking (ze voelen zich op die manier niet 'anders') oftewel graag vertoeven samen met toeristen zonder zorgnood of beperking. In dit laatste geval verwachten zij een **gelijke behandeling** en wensen ze niet op te vallen. De ervaringen van de deelnemende logiesuitbaters wat betreft de toerist zonder zorgnood of beperking is dat hoe meer mensen met een zorgbehoefte of beperking, en hoe ernstiger de beperking (vooral mentale beperkingen), hoe meer de anderen zich storen (onder andere tijdens maaltijden). Het feit dat er zorg gegeven wordt is geen probleem, maar bij voorkeur mag dit niet te sterk opvallen.

## 4.3 ORGANISATIE VAN ZORGTOERISME

In deze laatste sectie bespreken we hoe de verdere uitrol van zorgtoerisme in Limburg kan georganiseerd worden. Meer bepaald brengen we de aspecten in kaart die de nodige aandacht verdienen om dit concept verder ingang te laten vinden. Sectie 4.3.2 sluit af met beleidsaanbevelingen.

### 4.3.1 AANDACHTSPUNTEN MET BETREKKING TOT ORGANISATIE- EN BUSINESSMODELLEN

Zorgtoerisme omvat de betrokkenheid van verschillende stakeholders, elk met hun expertise. Zo zijn naast de toeristische ondernemer (waaronder de uitbaters van logies, attracties, ReCa, ... en hun personeel), verpleegkundigen, huisartsen, kinesisten, diëtisten, ergotherapeuten, sociaal assistenten, psychologen, apothekers, alsook mobiliteits- (bijvoorbeeld aanbieders van aangepast vervoer) en marketingorganisaties belangrijke **actoren** bij het toeristisch recreatieve verblijf of herstelverblijf van een persoon met een zorgnood. Het welbevinden van elke klant moet steeds vooropgesteld worden.

Een toeristische speler kan er voor kiezen om niet in te zetten op zorgtoerisme, gedeeltelijk (met een relatief laag aandeel van gasten met een zorgnood of beperking) of volledig (met een (bijna) uitsluitende focus op personen met een zorgnood of beperking). Een duidelijke **profilering** is telkens nodig. Wanneer er interesse is om dit type toerisme aan te bieden, dient een **samenwerking** opgezet te worden tussen de toeristische sector en de zorgsector. Hoe zien beide partijen een optimale samenwerking? Welke aandachtspunten zijn van belang?

Aandachtspunten aangehaald in de focusgroep met zorgverleners zijn onder andere:

- een aangepaste **attitude** van de zorgverlener (die meegaat in de vakantiestemming)
- een zorgverlener die fungeert als (tijdelijk) **vertrouwenspersoon** en direct aanspreekpunt voor de gast
- een realistische planning waarin **voldoende tijd** wordt voorzien voor zorgverlening
- **informatieoverdracht** zowel aan het begin als aan het einde van het verblijf
- een **langere termijn samenwerkingsverband** zodat een zorgverlener zich kan engageren in het zorgtoerismeverhaal (in plaats van de ene keer positief en de volgende keer negatief te antwoorden op een toeristische zorgvraag)
- en een **koepelorganisatie** aan die het hele zorgproces coördineert.  
(Focusgroep Zorgverleners, 2018)

De logiesuitbaters formuleerden tijdens de focusgroep de volgende aandachtspunten:

- Er is nood aan een **structureel verankerde samenwerking** met relevante zorgpartners (zeker in geval van hersteltoerisme)
- De gast heeft bij voorkeur keuze uit een **breed aanbod** aan zorgverleners, eventueel zelfs grensoverschrijdend
- De logiesuitbater kan een **adviserende rol** hebben en doorverwijzen naar zorgverleners in de buurt of er kan een **overkoepelende coördinator** zijn die alles regelt en eventueel werkt op basis van een commissie
- Wanneer zorgtoerisme overkoepelend gecoördineerd wordt, dan kan deze organisatie ook inzetten op het **verlenen van extra info en services** aan logiesuitbaters, zoals een boekingsite, info over en begeleiding van subsidieaanvragen, ...
- Tot slot kan een samenwerking opgezet worden met relevante **toeristische organisaties** met het oog op marketing en positionering, zoals gezamenlijke deelname



aan gespecialiseerde beurzen, het werken aan een (uitgebreid) A/A+ label.  
(Focusgroep Toeristische ondernemers, 2018)

Toerisme Limburg (interview, 2018) haalt aan dat het hele proces **niet te arbeidsintensief** mag zijn. De toeristische ondernemer heeft weinig tijd, of vindt moeilijk personeel. Bovendien zal de kost van een coördinator (in de vorm van een fysiek persoon of digitaal platform) niet gedragen kunnen worden door de ondernemer, maar doorgerekend moeten worden aan de klant (die voor deze extra service betaalt). Volgens Toerisme Vlaanderen zou er nagedacht kunnen worden over **prijzetting** afhankelijk van bezetting en rekening houdend met sociale doelgroepen (Toerisme Vlaanderen, interview, 2018). Een bespreking van de kosten en baten met enkele logiesuitbaters (Focusgroep Toeristische ondernemers, 2018) leidde tot de opsomming van de volgende **kosten**: investeringen in infrastructuur, een marketingbudget, en een vaste en variabele (commissie) bijdrage. Daartegenover werden dan de volgende drie **baten** gezet: een stijging in bezetting van enkele percentages zou al interessant en voldoende kunnen zijn (tenzij men wenst in te zetten op de doelgroep van zware zorg die een grote investering vergt en bijgevolg een hoog rendement vereist), publiciteit en (informatie over) subsidiemogelijkheden. Het werken met een **commissie** (bijvoorbeeld voor booking.com) gebeurt reeds bij een deel van de toeristische sector. Er zou naar analogie met dit model een gelijkaardig businessmodel uitgewerkt kunnen worden voor de sector om zorgtoerisme in hun accommodatie te ondersteunen.

Uit het bovenstaande blijkt duidelijk het belang van een goede afstemming tussen alle betrokken actoren. Zowel vanuit het standpunt van de deelnemende toeristische ondernemers als dat van de zorgverleners komt de meerwaarde van een **overkoepelende coördinator** naar voren zodat de betrokken actoren kunnen blijven focussen op hun kerntaak. In functie van informatieoverdracht en efficiëntie lijkt het ook voor de toerist aangewezen om beroep te kunnen doen op

**één aanspreekpunt** die de nodige zorgprocessen en informatiestromen coördineert en op die manier **zekerheid** garandeert aan de klant. In het businessmodel dient rekening gehouden te worden met de kosten en baten voor elke betrokken partij.

#### 4.3.2 BELEIDSAANBEVELINGEN

Tot slot worden in deze sectie op basis van de focusgroep met logiesuitbaters (2018) een aantal beleidsaanbevelingen naar voren geschoven die de toeristische sector de nodige (externe) ondersteuning bieden, namelijk:

1. Een **structurele samenwerking** uitbouwen tussen de toeristische sector en de zorgsector.  
Zorgtoerisme ligt op het raakvlak tussen toerisme en zorg. Beide sectoren, elk met hun specifieke expertise, spelen een rol bij de succesvolle uitwerking ervan. Een structurele samenwerking tussen de toeristische sector (logies, attracties...) enerzijds en de zorgsector (thuisverpleging, ziekenhuizen, mutualiteiten...) anderzijds dient opgezet te worden.
2. Een **coördinerende tussenpartij** die het hele zorgproces voorbereidt en opvolgt.  
De organisatie van de zorgprocessen en coördinatie van de informatiestromen is een essentiële taak. Opdat de toeristische ondernemers en de zorgverstrekkers op hun kerntaak kunnen blijven focussen, kan een coördinerende tussenpartij met kennis van zaken, de organisatie en opvolging van het zorgproces voor zijn rekening nemen. Op die manier krijgt de zorgtoerist ook een vast aanspreekpunt, hetgeen de nodige zekerheid biedt.

3. **Erkenning** en visibiliteit van toeristische ondernemingen die actief inzetten op zorgtoerisme.  
Vandaag de dag bestaat reeds het Vlaams toegankelijkheidslabel en de internationale 'Code of good conduct' van ENAT (European Network for Accessible Tourism). Het is tevens belangrijk dat de toerist gedurende de gehele vakantie-ervaring de nodige kwaliteit aan zorg krijgt en dat toeristische organisaties met een zorgaanbod zich voldoende kenbaar kunnen maken bij de doelgroep.
4. (Gratis) **opleidingen** afgestemd op de opleidingsnoden van de leidinggevenden en het personeel.  
Het inzetten op zorgtoerisme vergt niet enkel fysieke aanpassingen, ook de attitude ten aanzien van en juiste omgang met personen met een zorgnood moet aanwezig zijn bij alle personeelsleden. Daarnaast lijkt het opportuun om geïnteresseerde toeristische ondernemers duidelijk te informeren welke concrete stappen gezet moeten worden om in te zetten op zorgtoeristen en wat erbij komt kijken.
5. **Subsidiemogelijkheden** inzake zorgtoerisme.  
Om de sector financieel te ondersteunen bij bepaalde investeringen die de vakantiebeleving van personen met een zorgnood verhogen, kan verder gewerkt worden met subsidieprogramma's die een aanvulling zijn op de eigen investeringen door de toeristische ondernemer.
6. Aandacht voor de **volledige toeristische ervaring**.  
Enkel de toeristische accommodatie afstemmen op de behoeften van de zorgtoerist is onvoldoende om een optimale toeristische beleving te ervaren. Alle aspecten in de toeristische keten verdienen de nodige aandacht, inclusief het transport naar de bestemming en ter plaatse, alsook het aanbod aan geschikte activiteiten op de vakantie locatie (afgestemd op het zorgprofiel en de interesses van de toerist). Technologische toepassingen (een online platform, apps...) vormen hierbij een opportuniteit.
7. **Marketinginitiatieven** om zorgtoerisme verder te promoten.  
Ook op vlak van marketing worden best acties ondernomen zodat toeristische verblijven gepromoot worden bij de specifieke doelgroep van zorgbehoevende toeristen enerzijds en bestaande inclusieve zorgaccommodaties breder gepositioneerd worden naar toeristen zonder beperking of zorgnood anderzijds. Ook kan, gegeven de troeven, Limburg als bestemming bij onder andere zorgtoeristen verder gepromoot worden.





# REFERENTIELIJST

## [A]

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.a) "Aanmelding herstelverblijf". (Geraadpleegd op 24/10/2018). Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/een-niet-erkend-centrum-voor-herstelverblijf-aanmelden>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.b) "Bezettingsgraad en verblijfsduur ziekenhuizen". (Geraadpleegd op 8/10/2018). Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/bezettingsgraad-en-verblijfsduur-vlaamse-ziekenhuizen>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.c) "Centra voor herstelverblijf". (Geraadpleegd op 16/10/2018). Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/adressen-van-centra-voor-herstelverblijf>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.d) "Centrum voor herstelverblijf". (Geraadpleegd op 27/11/2018). Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/centra-voor-herstelverblijf>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.e) "Erkende diensten thuisverpleging". (Geraadpleegd op 26/12/2018). Beschikbaar op: [https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium\\_Thuisverpleg\\_-\\_ADRESSEN\\_DThV\\_-\\_PROVINCIE\\_Limburg.pdf](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_Thuisverpleg_-_ADRESSEN_DThV_-_PROVINCIE_Limburg.pdf)

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.f) "Kortverblijven". (Geraadpleegd op 16/10/2018). Beschikbaar op: <http://www.kortverblijven.be/faq>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.g) "Programmatie". (Geraadpleegd op 27/11/2018). Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/programmatie-van-centra-voor-herstelverblijf>

Agentschap Zorg en Gezondheid. (z.d.h) "Woondecreet". (Geraadpleegd op 24/10/2018). Beschikbaar op: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/woonzorgdecreet-van-13-maart-2009>

## [B]

Belgisch statistiekbureau. (z.d) "Bevolking". (Geraadpleegd op 21/08/2018). Beschikbaar op: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/structuur-van-de-bevolking>

Bosman, A., Selden, E., Soedjak, C. E., van Rens, S., en van den Berg, J. H. (2011). "Toerisme zonder zorgen. Zorgtoerisme als kans voor Texel." Wageningen. (Geraadpleegd op 7/08/2018). Beschikbaar op: <http://edepot.wur.nl/172492>.

Buhalis, D., en Darcy, S. (2011). "Accessible tourism. Concepts and issues. Aspects of tourism."

## [C]

Connell, B.R., Jones, M., Mace, R., Mueller, J., Mullick, A., Ostroff, E., Sanford, J., Steinfeld, E., Story, M. en Vanderheiden, G. (1997). "The principles of universal design." NC State University, The Center for Universal Design.

## [D]

De Lijn. (z.d.). "Beleidsplan Toegankelijkheid" (Geraadpleegd op 4/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.delijn.be/nl/overdelijn/organisatie/zorgzaam-ondernemen/toegankelijkheid/beleid/>

De Voorzorg. (z.d.). "Herstelverblijven". (Geraadpleegd op 16/10/2018). Beschikbaar op: <https://www.devoorzorg.be/limburg/voordelen-advies/dienstverlening/Sociale-Dienst/Rusthuis-ouderenvoorziening/Verblijf-kiezen/Pages/Soorten-ouderenvoorziening.aspx>

## [F]

Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. (2016). "Gids Sociaal Werk in Ziekenhuizen voor zorgverleners en managers". (Geraadpleegd op 8/10/2018). Beschikbaar op: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/gids\\_sociaal\\_werk\\_in\\_ziekenhuizen\\_hd\\_0.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/gids_sociaal_werk_in_ziekenhuizen_hd_0.pdf)

## [G]

GfK, University of Surrey, Neumann Consult, en ProAsolutions. (2014). "Economic Impact and travel patterns of accessible tourism in Europe. Final Report." European Commission, DG Enterprise and Industry.

## [K]

Keunen, S., van Damme, S., en Cuypers, D. (2015). "In welke mate bevordert het Vlaamse beleid de inclusie van personen met een handicap? Eindrapport." Steunpunt Gelijkekansenbeleid.

## [L]

Limburg in cijfers. (z.d.a). "Aantal lopende dossiers in de zorgverzekering". (Geraadpleegd op 25/09/2018). Beschikbaar op: [www.limburg.incijfers.be](http://www.limburg.incijfers.be)

Limburg in cijfers. (z.d.b). "Erkende personen met een handicap". (Geraadpleegd op 24/09/2018). Beschikbaar op: [www.limburg.incijfers.be](http://www.limburg.incijfers.be)

Limburg in cijfers. (z.d.c). "Toeristische kerncijfers". (Geraadpleegd op 26/12/2018). Beschikbaar op: [www.limburg.incijfers.be](http://www.limburg.incijfers.be)

## [M]

Moons, D., Pauwels, G., en Noppe, J. (2014). "Wie participeert niet? Deelname van personen met een functiebeperking aan verschillende domeinen van het maatschappelijke leven." Studiedienst van de Vlaamse Regering. (Geraadpleegd op 10/09/2018). Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/wie-participeert-niet-deelname-van-personen-met-een-functiebeperking-aan-verschillende-domeinen-van-het-maatschappelijke-leven>

## [P]

Philtjens, I. (2017). "Eén sterk, sociaal, duurzaam Limburg. Beleidsverklaring 2018: Deel toerisme."

PinPoint. (2015). "Onderzoek naar het aanbod en vraag voor vakantie zorgverblijven." Toerisme Vlaanderen.

Provincie Limburg (z.d.). (Geraadpleegd op 21/09/2018). Beschikbaar op: <http://www.limburg.be/Limburg/overlimburg/overlimburg-Wist-je-dat.html>

## [R]

Ruts, K. (2017). "Inclusiespiegel Vlaanderen 2016. Foto en evolutie van de deelname van personen met een beperking aan de samenleving." GRIP vzw.

## [S]

Statistiek Vlaanderen. (z.d.). (Geraadpleegd op 21/08/2018). Beschikbaar op: <http://www.statistiekvlaanderen.be/de-vergrijping-zet-zich-verder>.

Sys, E. (2015). "Het zal ons een zorg weten. Zorghotels en toegankelijk toerisme." VIVES.

## [T]

Toerisme Limburg. (2013). "Strategisch actieplan voor het toerisme in Limburg, 2014-2019".

Toerisme Limburg. (2018). "Toegankelijk Limburg, Special bij Limburg Vakantiegids 2018".

Toerisme Vlaanderen. (2015). "Vakantie mogelijk maken voor iedere Vlaming. Een participatief onderzoek van Steunpunt Vakantieparticipatie".

Toerisme Vlaanderen. (2017a). "Decreet houdende het toeristische logies. Gecoördineerde versie van het decreet van 5 februari 2016 houdende het toeristische logies, zoals gewijzigd door het decreet van 10 maart 2017". (Geraadpleegd op 24/10/2018). Beschikbaar op: [https://www.toerismevlaanderen.be/sites/toerismevlaanderen.be/files/assets/logiesdecreet/Logiesdecreet\\_gecoördineerde\\_versie.pdf](https://www.toerismevlaanderen.be/sites/toerismevlaanderen.be/files/assets/logiesdecreet/Logiesdecreet_gecoördineerde_versie.pdf).

Toerisme Vlaanderen. (2017b). "Het logiesdecreet in een oogopslag". (Geraadpleegd op 24/10/2018). Beschikbaar op: <https://www.toerismevlaanderen.be/vlaamse-logiesdecreet#hetlogiesdecreetineenoogopslag>

Toerisme Vlaanderen. (2018a). "Toegankelijke vakantieverblijven in Vlaanderen en Brussel 2018 (hostels, jeugd- en groepsverblijven)".

Toerisme Vlaanderen. (2018b). "Toegankelijke vakantieverblijven in Vlaanderen en Brussel 2018 (hotels, gastenkamers, vakantiewoningen, vakantieverblijven en vakantiecentra)".

Toerisme Vlaanderen. (2018c). "Toerisme in kerncijfers: Editie 2018". (Geraadpleegd op 26/12/2018). Beschikbaar op: [https://www.toerismevlaanderen.be/sites/toerismevlaanderen.be/files/assets/publication/TVL\\_KERNCIJ-FERS\\_2018\\_NL\\_LR.pdf](https://www.toerismevlaanderen.be/sites/toerismevlaanderen.be/files/assets/publication/TVL_KERNCIJ-FERS_2018_NL_LR.pdf)

Toerisme Vlaanderen. (2018d). "Toerisme Vlaanderen blikt terug op 2017". (Geraadpleegd op 28/08/2018). Beschikbaar op: <https://resultaten2017.toerismevlaanderen.be>

Toerisme Vlaanderen. (z.d.). "Vlaams logiesdecreet". (Geraadpleegd op 24/10/2018). Beschikbaar op: <https://www.toerismevlaanderen.be/vlaamse-logiesdecreet>

Tulliez, E., Breda, A., en Núñez, C. (2014). "NECSTouR Accessibility task force roadmap." Network of European Regions for a Sustainable and Competitive Tourism.

## [U]

UNWTO. (2010). "International Recommendations for Tourism Statistics: 2008." United Nations Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, Statistical Division.

## [V]

Van Dale. (2018). "Online woordenboek". (Geraadpleegd op 12/09/2018). Beschikbaar op: <https://www.vandale.nl/gratis-woordenboek/nederlands/betekenis/zorg#.W5jTPvkyV9M>

Vandeurzen, J. (2017) "Antwoord van Jo Vandeurzen, Vlaams minister van welzijn, volksgezondheid en gezin op de parlementaire vraag nr. 391, van Griet Coppé, op 16 februari 2017". Vlaams Parlement. (Geraadpleegd op 27/11/2018). Beschikbaar op: <http://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1250007>

Vos, S. (2007). "Zorgvakanties in Vlaanderen. Onderzoek naar de mogelijkheden en beperkingen voor de (verdere) uitbouw van zorgvakanties in Vlaanderen." Toerisme Vlaanderen.

## [W]

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). (2013). "Nationale Gezondheidsenquête 2013."

## [Z]

Zorggids Vlaanderen. (2018). "Zorg Gids. Uw gids naar een gezond leven! Limburg 2018-2019" (Geraadpleegd op 26/12/2018). Beschikbaar op: <http://www.zorggids.vlaanderen/zorggids/zorg-gids-limburg/>

## GERAADPLEEGDE LINKS

### [B]

Bed and Care. (Geraadpleegd op 22/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.bedandcare.it/?lang=en>

### [C]

Centerparcs. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: [https://www.centerparcs.be/be-vl/faq\\_ms?category=35](https://www.centerparcs.be/be-vl/faq_ms?category=35)

Comfortzorg. (Geraadpleegd op 22/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.comfortzorg.nl>

CVA. (Geraadpleegd op 26/12/2018). Beschikbaar op: [http://www.beroorteadviescentrum.nl/patienten/wat\\_is\\_een\\_tia\\_en\\_wat\\_is\\_een\\_cva](http://www.beroorteadviescentrum.nl/patienten/wat_is_een_tia_en_wat_is_een_cva)

### [D]

De Ceder. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.deceder.be/index.php>

De Dielis. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <http://www.dedielis.be/>

De Pupiter. (Geraadpleegd op 9/12/2018). Beschikbaar op: <http://depupiter.com/>

### [H]

Hoeve Genemeer. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <https://hoevegenemeer.be/>

Hotel Drie Eiken. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.hotel-drie-eiken.com/nl/zorghotel>

### [I]

In Flanders Fields. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <http://www.inflandersfields.be/nl/praktisch/toegankelijkheid>

Inter. (Geraadpleegd op 24/10/2018). Beschikbaar op: <https://www.inter.vlaanderen/over-inter>

### [L]

Lage Kempen. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.delagekempen.be/>

L'O de Vie. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <http://www.lodevie.be/lodevie-sint-truiden/>

### [M]

Middelpunt. (Geraadpleegd op 9/12/2018). Beschikbaar op: <https://middelpunt.be/>



## [T]

Ter Duinen. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <http://www.cm-zorgverblijven.be/ter-duinen/home-ter-duinen/>

Triamantgroup. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.triamantgroup.com/haspengouw.html>

## [V]

Vakantiehuis Fabiola. (Geraadpleegd op 12/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.vakantiehuisfabiola.be/>

Vakantieschakel (Geraadpleegd op 26/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.vakantieparticipatie.be/news/detail/id/448#.XCOyR2lCeUk>

Village for All. (Geraadpleegd op 22/12/2018). Beschikbaar op: <https://www.villageforall.net>

## [W]

WeTravel2 (Geraadpleegd op 22/12/2018). Beschikbaar op: <http://wetravel2.eu>

# LIJST VAN FIGUREN

Figuur 1: Leeftijdsverdeling van de respondenten	29
Figuur 2: Woonsituatie van de respondenten	29
Figuur 3: Woonplaats van de respondenten	30
Figuur 4: Zorgnoden van de respondenten	31
Figuur 5: Reisfrequentie voorbij drie jaren van de respondenten	33
Figuur 6: Gewenste vakantieduur (eigen verwerking op basis van Sys, 2015)	37
Figuur 7: Gewenste aangepaste infrastructuur (eigen verwerking op basis van Sys, 2015)	38
Figuur 8: Gewenste hulpmiddelen (eigen verwerking op basis van Sys, 2015)	39
Figuur 9: Reisgezelschap van de respondenten	40
Figuur 10: Verblijfsduur (aantal dagen) van de respondenten	41
Figuur 11: Verblijfstype van de respondenten	41
Figuur 12: Zorgnoden op vakantie van de respondenten	42
Figuur 13: Beoordeling mogelijke barrières door de respondenten	44
Figuur 14: Beoordeling mogelijke barrières ten opzichte van de verwachting door de respondenten	44

# LIJST VAN TABELLEN

Tabel 1: Logies (per type) in Vlaanderen en Limburg met een A of A+ label (Toerisme Vlaanderen, 2018a,b)

49



# BIJLAGES

## BIJLAGE 1: INTERVIEWS

### Toeristische organisaties

Geïnterviewde organisaties	<ul style="list-style-type: none"><li>- Toerisme Vlaanderen: Geneviève Delefortrie, Ewoud Lagring, Karine Geboers</li><li>- Toerisme Limburg: Jeroen Luys</li></ul>
Besproken thema's	<ul style="list-style-type: none"><li>- Huidige en potentiële doelgroepen</li><li>- Doelgroepenbenadering</li><li>- Kenmerken van de doelgroep / beschikbare informatie</li><li>- Promotie</li><li>- Productontwikkeling</li><li>- Professionalisering van de toeristische sector</li><li>- Zorgtoerisme in de huidige beleidsplannen</li><li>- Ondersteunende maatregelen</li><li>- Best practices</li><li>- Randvoorwaarden en kritische succesfactoren</li><li>- Relevante businessmodellen en stakeholders</li><li>- Toekomstvisie</li></ul>

## Gespecialiseerde organisaties

Geïnterviewde organisatie	- Inter: Fenneken Spaan
Besproken thema's	- Kerntaken en werking Inter - Doelgroepbenadering - Databank - Best practices - Ondersteunende maatregelen - Randvoorwaarden en kritische succesfactoren - Relevante businessmodellen en stakeholders

## Mutualiteiten

Geïnterviewde organisatie	- Christelijke Mutualiteit: Marc Vanderstraeten
Besproken thema's	- Zorgtoerisme in basis- en aanvullende verzekeringen - Toeristische vraag en het aanbod voor mensen met zorgnoden - Beschikbare informatie - Toekomstvisie

## Thuisverpleging

Geïnterviewde organisatie	- Wit Gele Kruis: Ilse Gorissen, Koen Sempels, Gertie Donné, Mariet Hons
Besproken thema's	- De zorgbehoevende toerist - Zorgnoden - Het verlenen van zorg aan zorgtoeristen - Mogelijke businessmodellen om zorgtoerisme te organiseren

## BIJLAGE 2: FOCUSGROEPEN

### Deelnemers focusgroep *zorgverleners*

Dina Pavone	Directeur Villa Temporis
Robby Pluymers	Zaakvoerder Care Support
Jos Kuppens	Medeoprichter Care Support, consultant in de gezondheidszorg
Sabrina Pignataro	Zelfstandige thuisverpleegkundige
Nadia Poleszczuk	Lid van de Seniorenraad Genk
Karla Briers	Zorgcoördinator ZOL
Huberte Schreurs	Maatschappelijk werker dienstencentrum Genk

### Besproken thema's en vragen focusgroep *zorgverleners*

De zorgbehoevende toerist	<ul style="list-style-type: none"><li>- Welke zorgbehoevende klanten zijn wel/niet in staat om recreatieve reizen te ondernemen?</li><li>- Welke zorgbehoevende klanten wensen wel/niet te reizen?</li><li>- Voor welke patiënten biedt hersteltoerisme (toeristisch verblijf na hospitalisatie) een meerwaarde?</li></ul>
Zorgnoden	<ul style="list-style-type: none"><li>- Welke zorgen kunnen wel/niet in een toeristische accommodatie worden toegediend?</li><li>- Wat zijn de bekommernissen van de klant vóór en tijdens zijn verblijf m.b.t. het zorgaanbod?</li></ul>
Het verlenen van zorg aan zorgtoeristen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Welke zorgverlenende organisaties kunnen wel/niet ingeschakeld worden voor het verlenen van zorg tijdens een vakantie of herstelverblijf?</li><li>- Welke praktische regelingen moeten worden getroffen om gepaste zorg te kunnen aanbieden in een toeristische accommodatie?</li><li>- Welke rol / taken ziet de zorgsector voor de logiesuitbater?</li></ul>
Mogelijke businessmodellen om zorgtoerisme te organiseren	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hoe kan het inplannen van zorg in een toeristische accommodatie georganiseerd worden? En wat zijn belangrijke aandachtspunten?</li><li>- Is het voor zorgverleners interessant om hier aan mee te werken? Onder welke voorwaarden wel/niet?</li><li>- Welke rol ziet de zorgsector hierin voor zichzelf weggelegd?</li></ul>

### Deelnemers focusgroep *toeristische ondernemers*

Rachida Naya	Different Hotel Group
Peter Geurden	Different Hotel Group; Tabanaa
Ludo Geurden	Hotel Mardaga; Horeca Vlaanderen
Machteld Roux	Different Hotel Group; M Hotel
Veerle Vertessen	Hoeve Genemeer - Vakantiehoeve met zorg
Hilde De Backer	Hotel The Oak
Esmeralda Dupont	't Reigersnest - Vakantiewoning voor oncologiepatiënten
Fouzia Naya	Different Hotel Group; Carbon; M hotel; ECU Hotel
Khaled Naya	Different Hotel Group; Yup; Eburon Hotel
Kristof Steegmans	WeTravel2 - reisorganisatie

### Besproken thema's en vragen focusgroep *toeristische ondernemers*

Motivatie	<ul style="list-style-type: none"><li>- Is hersteltoerisme interessant voor de toeristische logiesuitbater? Waarom wel/niet?</li><li>- Zijn recreatieve zorgvakanties interessant voor de toeristische logiesuitbater? Waarom wel/niet?</li></ul>
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"><li>- Welke type toeristen (subdoelgroepen) hebben voor de toeristische sector meer/minder potentieel m.b.t. herstelverblijven en recreatieve zorgvakanties? Waarom?</li><li>- Wat zijn jullie ervaringen en/of verwachtingen m.b.t. de interactie tussen de toeristen met een beperking en/of zorgbehoefte en de andere toeristen?<ul style="list-style-type: none"><li>- Hoe ervaart de toerist met een beperking/zorgbehoefte dit?</li><li>- Hoe ervaren de andere toeristen dit?</li><li>- Hoe ervaart de logiesuitbater dit?</li></ul></li></ul>
Randvoorwaarden	<ul style="list-style-type: none"><li>- Welke randvoorwaarden moeten minimaal vervuld worden om zorgtoerisme in de toeristische accommodaties te kunnen aanbieden?</li><li>- Welke ondersteuning verwacht de toeristische logiesuitbater om in de toekomst (beter) in te kunnen zetten op zorgtoerisme?</li></ul>
Mogelijke businessmodellen voor de organisatie van zorgtoerisme	<ul style="list-style-type: none"><li>- Is een samenwerking tussen toeristische en zorgpartners interessant? Hoe ziet het samenwerkingsmodel er uit?</li><li>- Wat verwacht een logiesuitbater van een businessmodel inzake kosten en baten?<ul style="list-style-type: none"><li>- Welke kosten zijn realistisch? Wat wil de toeristische sector afstaan?</li><li>- Welke baten zijn realistisch? Welke voordelen verwacht de toeristische sector?</li></ul></li></ul>



# BIJLAGE 3: BEVRAGING BIJ PERSONEN MET EEN BEPERKING EN/OF ZORGNOD

## I. Profiel van de persoon met een beperking en/of zorgnoden

**VRAAG 1: Wat is uw geslacht?**

- Man
- Vrouw

**VRAAG 2: Hoe oud bent u?**

.....

**VRAAG 3: Wat is uw huidige woonsituatie?**

- Alleen wonend
- Samenwonend met partner
- Samenwonend met partner en kind(eren)
- Samenwonend met kinderen
- Samenwonend met ouder(s)
- In een woonzorgcentrum
- Andere: nl. ....

- 3b:**  Ik kan in het dagelijkse leven beroep doen op (een) mantelzorger(s)  
(bv. familielid die voor u zorgt)
- Ik kan in het dagelijkse leven *geen* beroep doen op een mantelzorger

**VRAAG 4: Wat is uw postcode?**

.....

**VRAAG 5: Welke beperking(en) zijn bij u van toepassing? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Visuele beperking: slechtziend / blindheid (schrappen wat niet past)
- Auditieve beperking slechthorend / doofheid (schrappen wat niet past)
- Lichamelijke beperking: nl. ....
- Chronische ziekte: nl. ....
- Mentale of verstandelijke beperking
- Psychosociale problemen
- Geen
- Andere: nl. ....

- 5b:**  Mijn beperking is van tijdelijke aard (minder dan 6 maanden)  
 Mijn beperking is van langdurige aard (meer dan 6 maanden)

**VRAAG 6: Welke zorgnoden heeft u? Krijgt u hierbij hulp van bijvoorbeeld een mantelzorger (bv. familielid) of professionele hulpverlener (bv. thuisverpleging)? Hoe vaak krijgt u hiervoor hulp van een hulpverlener?**

**Welke zorgnoden?**

*(meerder antwoorden mogelijk)*

- Nood aan hulp bij kleine verplaatsingen (bv. in en uit bed tillen, in en uit rolstoel tillen, ...)
- Nood aan hulp bij dagdagelijkse lichaamshygiëne (bv. bad, toilet, aankleden, ...)
- Nood aan verpleegkundige verzorging (bv. wondverzorging, klaarzetten/toedienen van medicatie, inspuitingen, lavementen, ...)

**Belangrijkste hulpverlener?**

*(1 antwoord aanvinken)*

- Mantelzorger
- Thuisverpleging
- Mantelzorger
- Thuisverpleging
- Doe ik volledig zelfstandig
- Mantelzorger
- Thuisverpleging

**Frequentie hulp?**

*(1 antwoord aanvinken)*

- Zelden
- 1 x per dag
- Meerdere keren per dag
- 1 x per week
- Meerdere keren per week
- Zelden
- 1 x per dag
- Meerdere keren per dag
- 1 x per week
- Meerdere keren per week
- Zelden
- 1 x per dag
- Meerdere keren per dag
- 1 x per week
- Meerdere keren per week

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nood aan medische behandelingen (bv. infusen, nierdialyse,...) | <input type="checkbox"/> Doe ik volledig zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Mantelzorger<br><input type="checkbox"/> Thuisverpleging<br><input type="checkbox"/> Hulpverlening in een medische centrum / ziekenhuisomgeving | <input type="checkbox"/> Zelden<br><input type="checkbox"/> 1 x per dag<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag<br><input type="checkbox"/> 1 x per week<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per week |
| <input type="checkbox"/> Nood aan kinesitherapeutische behandeling                      | <input type="checkbox"/> Doe ik volledig zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Mantelzorger<br><input type="checkbox"/> Thuisverpleging  | <input type="checkbox"/> Zelden<br><input type="checkbox"/> 1 x per dag<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag<br><input type="checkbox"/> 1 x per week<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per week |
| <input type="checkbox"/> Nood aan aangepaste voeding (di-eet)                           | <input type="checkbox"/> Doe ik volledig zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Mantelzorger<br><input type="checkbox"/> Thuisverpleging  | <input type="checkbox"/> Zelden<br><input type="checkbox"/> 1 x per dag<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag<br><input type="checkbox"/> 1 x per week<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per week |
| <input type="checkbox"/> Ik heb geen zorgnoden  |  |   |

**VRAAG 7: Ging u in de voorbije 3 jaren op vakantie?**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja, minder dan 1 keer per jaar | → ga verder naar deel II, vraag 8 |
| <input type="checkbox"/> Ja, 1 keer per jaar            | → ga verder naar deel II, vraag 8 |
| <input type="checkbox"/> Ja, meerdere keren per jaar    | → ga verder naar deel II, vraag 8 |
| <input type="checkbox"/> Neen                           | → ga verder naar vraag 7b         |

**VRAAG 7b: Waarom ging u op vakantie? (Meerdere antwoorden mogelijk)**

**Indien u NEEN antwoordde op vraag 7:**

- Ik heb geen tijd of interesse om op vakantie te gaan
- Ik voel me, owv mijn beperking(en) niet in staat om op vakantie te gaan
- Ik voel me, owv mijn zorgnoden, niet in staat om op vakantie te gaan
- Ik wil tijdens een vakantie geen beroep doen op andere hulpverleners dan degene waar ik in mijn thuissituatie mee vertrouwd ben
- Ik kan tijdens een vakantie geen beroep doen op de specifieke zorg die ik nodig heb
- Ik weet niet waar ik de juiste informatie kan vinden over geschikte vakantiebestemmingen
- Ik weet niet waar ik de juiste informatie kan vinden over zorgverlening op vakantie

- Er is geen geschikt vakantieverblijf, aangepast aan mijn beperking
- Er is geen geschikt vakantieverblijf, waar aan mijn zorgnoden kan worden voldaan
- Ik (of mijn mantelverzorger) vind het te omslachtig om zelf de nodige zorg (bv. verpleegkundige zorgen, medische behandelingen, kinesitherapie, enz.) in te plannen op de vakantiebestemming.
- Er zijn geen geschikte vakantieactiviteiten, aangepast aan mijn beperking
- Er zijn geen geschikte vakantieactiviteiten, aangepast aan mijn zorgnoden
- Ik ondervind belemmeringen in de verplaatsing naar de vakantiebestemming, omwille van mijn beperking
- Ik ondervind belemmeringen in de verplaatsing naar de vakantiebestemming, omwille van mijn zorgnoden
- Het vakantie-aanbod dat voor mij geschikt is, vind ik niet interessant genoeg
- Het vakantie-aanbod dat voor mij geschikt is, is niet interessant genoeg voor mijn reisgezelschap waarmee ik op vakantie wens te gaan
- Ik heb niemand die met me mee op vakantie gaat, en kan niet alleen gaan
- Ik heb niemand die met me mee op vakantie gaat, en wens niet alleen te gaan
- Ik beschik niet over de nodige financiële middelen om op vakantie te gaan
- Een passend vakantie-aanbod, dat rekening houdt met mijn beperking(en) en/of zorgnoden, is te duur
- Mijn beperking en/of zorgnood is van tijdelijke aard, en daarom stel ik mijn vakantieplannen liever uit
- Andere redenen, nl.: .....

*Einde bevraging (enkel voor de mensen die niet op vakantie gaan)*

## II. Vakantie-ervaring

Gelieve onderstaande vragen te beantwoorden terugdenkend aan uw laatste vakantie-ervaring

### VRAAG 8: Wie behoorde tijdens uw laatste vakantie tot uw reisgezelschap? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik ging alleen op vakantie
- Mijn partner
- Mijn kind(eren)
- Mijn ouder(s)
- Andere familieleden
- Vriend(en)
- Een persoonlijke begeleider (niet uit eigen familie of vriendenkring)
- Ik nam deel aan een groepsreis:
  - Een groepsreis voor een gevarieerde groep deelnemers (mensen met en zonder beperkingen en/of zorgnoden), georganiseerd door een reisorganisatie
  - Een groepsreis voor mensen met beperkingen en/of zorgnoden, georganiseerd door een gespecialiseerde organisatie (bv. mutualiteiten, ...)
  - Een groepsreis voor mensen met beperkingen en/of zorgnoden, georganiseerd door de zorginstelling of – organisatie waaraan ik verbonden ben (bv. woonzorgcentrum,...)
  - Andere, nl. ....
- Andere, nl. ....

### VRAAG 9: Wat was uw vakantiebestemming?

.....

### VRAAG 10: Hoeveel dagen ging u op vakantie?

.....

### VRAAG 11: Hoe verplaatste u zich naar uw bestemming?

- Auto (van mijzelf of van iemand in mijn reisgezelschap)
- Reguliere taxi
- Taxidienst aangepast vervoer voor personen met een beperking

- Bus (openbaar vervoer)
- Reisbus/touringcar
- Trein
- Vliegtuig
- Andere: nl. ....

**VRAAG 12: Voor welk type verblijf koos u?**

- Vakantiecentrum gericht op zorg
- Hotel
- Bed & Breakfast
- Camping
- Vakantiewoning behorende tot een vakantiepark
- Vakantiewoning alleenstaand
- Andere: nl. ....

**VRAAG 13: Had het verblijf een toegankelijkheidslabel?**

- Ja
- Neen
- Weet ik niet

**VRAAG 14: Welke zorgnoden had u *tijdens uw vakantie in uw vakantieverblijf*? Kreeg u hierbij hulp van iemand? Hoe vaak kreeg u hiervoor hulp van een hulpverlener?**

**Welke zorgnoden?**

*(meerder antwoorden mogelijk)*

- Nood aan hulp bij kleine verplaatsingen (bv. in en uit bed tillen, in en uit rolstoel tillen, ...)

**Belangrijkste hulpverlener?**

*(1 antwoord aanvinken)*

- Mantelzorger uit eigen familie-/vriendenkring
- Een persoonlijke begeleider (niet uit eigen familie-/vriendenkring)
- Personeel in het vakantieverblijf
- Thuisverpleging die in het vakantieverblijf langskwam

**Frequentie hulp?**

*(1 antwoord aanvinken)*

- Zelden
- 1 x per dag
- Meerdere keren per dag
- 1 x per week
- Meerdere keren per week

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nood aan hulp bij dagdagelijkse lichaamshygiëne (bv. bad, toilet, aankleden, ...)  | <input type="checkbox"/> Mantelzorgcr uit eigen familie-/vriendenkring<br><input type="checkbox"/> Een persoonlijke begeleider (niet uit eigen familie-/vriendenkring)<br><input type="checkbox"/> Personeel in het vakantieverblijf<br><input type="checkbox"/> Thuisverpleging die in het vakantieverblijf langskwam   | <input type="checkbox"/> Zelden<br><input type="checkbox"/> 1 x per dag<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag<br><input type="checkbox"/> 1 x per week<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per week |
| <input type="checkbox"/> Nood aan verpleegkundige verzorging (bv. wondverzorging, klaarzetten/toedienen van medicatie, insputingen, lavementen, incontinentieverzorging...) | <input type="checkbox"/> Deed ik volledig zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Mantelzorgcr uit eigen familie-/vriendenkring<br><input type="checkbox"/> Een persoonlijke begeleider (niet uit eigen familie-/vriendenkring)<br><input type="checkbox"/> Personeel in het vakantieverblijf<br><input type="checkbox"/> Thuisverpleging die in het vakantieverblijf langskwam  | <input type="checkbox"/> Zelden<br><input type="checkbox"/> 1 x per dag<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag<br><input type="checkbox"/> 1 x per week<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per week |
| <input type="checkbox"/> Nood aan medische behandelingen (bv. infusen, nierdialyse,...)   | <input type="checkbox"/> Deed ik volledig zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Mantelzorgcr uit eigen familie-/vriendenkring<br><input type="checkbox"/> Een persoonlijke begeleider (niet uit eigen familie-/vriendenkring)<br><input type="checkbox"/> Personeel in het vakantieverblijf<br><input type="checkbox"/> Thuisverpleging die in het vakantieverblijf langskwam<br><input type="checkbox"/> Hulpverlening in een medische centrum / ziekenhuisomgeving | <input type="checkbox"/> Zelden<br><input type="checkbox"/> 1 x per dag<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag<br><input type="checkbox"/> 1 x per week<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per week |
| <input type="checkbox"/> Nood aan kinesitherapeutische behandeling  | <input type="checkbox"/> Deed ik volledig zelfstandig<br><input type="checkbox"/> Mantelzorgcr uit eigen familie-/vriendenkring<br><input type="checkbox"/> Een persoonlijke begeleider (niet uit eigen familie-/vriendenkring)<br><input type="checkbox"/> Kinesist die in het vakantieverblijf langskwam   | <input type="checkbox"/> Zelden<br><input type="checkbox"/> 1 x per dag<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per dag<br><input type="checkbox"/> 1 x per week<br><input type="checkbox"/> Meerdere keren per week |

- Nood aan aangepaste voeding (bv. dieet)
  - Deed ik volledig zelfstandig
  - Zelden
  - Mantelzorger uit eigen familie-/vriendenkring
  - 1 x per dag
  - Een persoonlijke begeleider (niet uit eigen familie-/vriendenkring)
  - Meerdere keren per dag
  - Personeel in het vakantieverblijf langskwam
  - 1 x per week
  - Thuisverpleging die in het vakantieverblijf langskwam
  - Meerdere keren per week
- Ik heb geen zorgnoden

**VRAAG 15: Wie nam de beslissingen over de vakantie?**

**Wie koos de vakantiebestemming?**

- Ikzelf
- Mantelzorger uit eigen familie-/vriendenkring
- Een persoonlijke begeleider die mee op vakantie ging (niet uit eigen familie-/vriendenkring)
- Andere familieleden/vrienden uit mijn reisgezelschap
- Andere familieleden/vrienden die niet mee op vakantie gingen
- De zorginstelling of –organisatie waarmee ik op vakantie ging

**Wie koos de verblijfsaccommodatie?**

- Ikzelf
- Mantelzorger uit eigen familie-/vriendenkring
- Een persoonlijke begeleider die mee op vakantie ging (niet uit eigen familie-/vriendenkring)
- Andere familieleden/vrienden uit mijn reisgezelschap
- Andere familieleden/vrienden die niet mee op vakantie gingen
- De zorginstelling of –organisatie waarmee ik op vakantie ging



Indien u gebruik maakte van hulpverlening (verpleegkundige zorgen, enz.) die *niet* standaard in uw verblijfsaccommodatie aanwezig was:

Wie regelde deze hulpverlening?

- Ikzelf
- Mantelzorger uit eigen familie-/vriendenkring
- Een persoonlijke begeleider die mee op vakantie ging (niet uit eigen familie-/vriendenkring)
- Andere familieleden/vrienden uit mijn reisgezelschap
- Andere familieleden/vrienden die niet mee op vakantie gingen
- Begeleiders van de zorginstelling of –organisatie waarmee ik op vakantie ging
- Niet van toepassing

**VRAAG 16: Welke eventuele barrières ervaarde u tijdens uw vakantie? (Kruis per stelling aan bij welk antwoord u zich aansluit)**

Barrières	Beoordeling	Ten opzichte van de verwachtingen die u had
Rekening houdend met mijn beperking en/of zorgnoden was het transport naar de vakantiebestemming	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Beter dan ik had verwacht <input type="checkbox"/> Zoals verwacht <input type="checkbox"/> Slechter dan ik had verwacht
De toegankelijkheid van de nabije omgeving van het vakantieverblijf (parking, tuin...) was	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Beter dan ik had verwacht <input type="checkbox"/> Zoals verwacht <input type="checkbox"/> Slechter dan ik had verwacht
De toegankelijkheid van de publieke ruimtes in het vakantieverblijf (onthaal, restaurant, lift...) was	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Beter dan ik had verwacht <input type="checkbox"/> Zoals verwacht <input type="checkbox"/> Slechter dan ik had verwacht
De toegankelijkheid van mijn private ruimte in het vakantieverblijf (hotelkamer, vakantiehuisje...) was	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Beter dan ik had verwacht <input type="checkbox"/> Zoals verwacht <input type="checkbox"/> Slechter dan ik had verwacht
De algemene service (bv. infobalie, catering...) die verleend werd in het vakantieverblijf was	<input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Voldoende <input type="checkbox"/> Slecht	<input type="checkbox"/> Beter dan ik had verwacht <input type="checkbox"/> Zoals verwacht <input type="checkbox"/> Slechter dan ik had verwacht

De kwaliteit van de zorgverlening was  Goed  Beter dan ik had verwacht  
 Voldoende  Zoals verwacht  
 Slecht  Slechter dan ik had verwacht

De organisatie / stiptheid van de zorgverlening was  Goed  Beter dan ik had verwacht  
 Voldoende  Zoals verwacht  
 Slecht  Slechter dan ik had verwacht

De professionaliteit van de zorgverlening was  Goed  Beter dan ik had verwacht  
 Voldoende  Zoals verwacht  
 Slecht  Slechter dan ik had verwacht

**Indien u bij de beoordeling van één of meerdere van bovenstaande elementen “slecht” aanduidde, gelieve dit nader te verklaren:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Indien u bij één of meerdere van bovenstaande elementen “slechter dan ik had verwacht” aanduidde, gelieve dit nader te verklaren:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Einde bevraging. Hartelijk dank voor uw medewerking!*





**ONDERZOEKSCENTRUM REGIOANALYSE (ORA)**

Universiteit Hasselt  
Agoralaan gebouw D  
3590 Diepenbeek  
Tel.: 011/26.87.40  
ora@uhasselt.be  
[www.uhasselt.be/Onderzoekscentrum-Regioanalyse](http://www.uhasselt.be/Onderzoekscentrum-Regioanalyse)



**INSTITUUT VOOR MOBILITEIT (IMOB)**

Universiteit Hasselt  
Wetenschapspark 5 bus 6  
3590 Diepenbeek  
Tel.: 011 26 91 11  
imob@uhasselt.be  
[www.uhasselt.be/IMOB](http://www.uhasselt.be/IMOB)