Een evaluatiekader voor het Vlaamse integratiebeleid

DEEL 1: CONCEPTUALISERING 'TOEGANKELIJKHEID VAN VOORZIENINGEN'

Hanne Vandermeerschen, Nele Havermans & Peter De Cuyper

Projectleiding: Peter De Cuyper

KU LEUVEN HIVA

ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING

KU LEUVEN
HIVA
ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING

EEN EVALUATIEKADER VOOR HET VLAAMSE INTEGRATIEBELEID

Deel 1: conceptualisering 'toegankelijkheid van voorzieningen'

Hanne Vandermeerschen, Nele Havermans & Peter De Cuyper

Projectleiding: Peter De Cuyper

Onderzoek in opdracht van het Agentschap Binnenlands Bestuur

Gepubliceerd door
KU Leuven
HIVA - ONDERZOEKSINSTITUUT VOOR ARBEID EN SAMENLEVING
Parkstraat 47 bus 5300, 3000 LEUVEN, België
hiva@kuleuven.be
http://hiva.kuleuven.be

D/2019/4717/024 – ISBN 9789088360923

© 2019 HIVA-KU Leuven
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.
No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

Inhoud

Lijst tabellen **5**

Lijst figuren **7**

- DEEL 1 SITUERING - **9**

1 | Inleiding **11**
1.1 Conceptualisering van 'toegankelijkheid van voorzieningen': onderdeel van de ontwikkeling van een evaluatiekader van het integratiebeleid 11
1.2 Conceptualisering en operationalisering van de (concepten uit) de kerndoelstellingen 12
1.2.1 Van 'state of the art' ... 12
1.2.2 ... tot onderbouwde indicatoren 13
1.3 Deze conceptnota: focus op toegankelijkheid 13
1.4 Leeswijzer 14

- DEEL 2 STATE OF THE ART - **15**

2 | Overzicht van beschikbare kennis **17**
2.1 Visie in het Vlaamse beleid 17
2.1.1 Situering binnen het integratiebeleid 17
2.1.2 Toelichting bij de doelstelling in het decreet en memorie van toelichting 17
2.1.2.1 Omschrijving van de begrippen 'toegankelijkheid' en 'voorzieningen' 17
2.1.2.2 Instrumenten om 'toegankelijkheid' te realiseren 17
2.1.2.3 Betrokken actoren in de realisatie van toegankelijkheid 19
2.1.3 Toegankelijkheid in andere beleidsdocumenten in een notendop 19
2.1.3.1 Beleidsnota Integratie en Inburgering (2014-2019) 19
2.1.3.2 Het Vlaams Horizontaal Integratiebeleidsplan (2016-2019) en geactualiseerd Horizontaal Integratiebeleidsplan (2018-2019) 19
2.1.4 Concluderend 20
2.2 Definities en richtlijnen op Europees beleidsniveau 20
2.2.1 Algemeen beleidskader met betrekking tot integratie van migranten 20
2.2.2 Verdere aanknopingspunten binnen Europees beleid 21
2.2.2.1 "Access to health services in the European Union" (EXPH, 2016) 22
2.2.3 Concluderend 25
2.3 Operationalisering in het buitenland 25
2.4 State of the art en consensus in de wetenschappelijke literatuur 26
2.4.1 Definities in de literatuur 27
2.4.2 Toegankelijkheid als het resultaat van een interactie 29
2.4.2.1 'Degree of fit' – interactie tussen cliënt en systeem 29
2.4.2.2 Samenspel tussen meerdere actoren, op verschillende niveaus 30
2.4.3 Toegankelijkheid als een continuüm 32
2.4.4 Multidimensionaliteit van toegang/toegankelijkheid 32
2.4.5 Enkele inspirerende modellen met aandacht voor de cliëntzijde 36
2.4.5.1 'Candidacy' (of kandidaatschap) 37
2.4.5.2 Conceptualisering van toegang door Levesque, Harris en Russell (2013) 38
2.4.6 Van 'potential access' over 'realised access' naar een bredere invulling van toegankelijkheid 40
2.4.6.1 Kwaliteit als onderdeel van toegankelijkheid 40
2.4.6.2 Capability approach 41
2.4.6.3 Treatment gap en 'unmet need' 41
2.4.6.4 Kritiek op toegankelijkheid als begrip 41

3 | Analyse **43**

4 | Bouwstenen voor de Vlaamse conceptualisering van toegankelijkheid van voorzieningen **45**
4.1 Wat is toegankelijkheid? 45
4.2 Om welke voorzieningen gaat het? 47

- DEEL 3 KEUZES VAN STAKEHOLDERS MET BETREKKING TOT DE CONCEPTAFBAKENING - **49**

5 | Wat is toegankelijkheid van voorzieningen? Van bouwstenen naar finale definitie **51**
5.1 Aanpak 51
5.2 Bespreking van de bouwstenen: input van stakeholders 52
5.2.1 Bouwstenen voorgesteld door het onderzoeksteam 52
5.2.2 Bouwstenen aangebracht door deelnemers 54
5.2.3 Bouwstenen aangebracht door de stuurgroep 54
5.2.4 Zijn er bouwstenen die extra aandacht vragen gezien de doelgroep? 55
5.2.5 Definitie van voorzieningen 55
5.3 Conclusie: wat is toegankelijkheid van voorzieningen? 55

- DEEL 4 INDICATOREN - **57**

6 | Brede indicatoren van toegankelijkheid van voorzieningen **63**
6.1 Tevredenheidsmeting van de Vlaamse overheid 63
6.2 Samenleven in Diversiteit 64
6.3 Sociaal-Culturele Verschuivingen en Stads- en gemeentemonitor 66

7 | Indicatoren voor specifieke vormen van dienstverlening **69**
7.1 Gezondheidszorg 69
7.2 Kinderopvang en diensten van Kind en Gezin 72
7.3 VDAB 74
7.4 Sociale huisvesting 75

Referenties **77**

Lijst tabellen

Tabel 2.1	Overzicht van definities van toegang op basis van Russell e.a. (2013)	27
Tabel 2.2	Definities van 'access' (toegang) en 'accessibility' (toegankelijkheid) op basis van Levesque e.a. (2013)	28
Tabel 2.3	Enkele overige definities (en ruimere benadering)	29
Tabel 2.4	De componenten van administratieve last (Moynihan e.a., 2014)	31
Tabel 2.5	'Areas of fit' of dimensies van toegang bij Penchansky & Thomas (1981)	33
Tabel 2.6	Vertaling van de dimensies in beleidsvragen om een redelijke toegang te verzekeren (Russell e.a., 2013)	35
Tabel 2.7	Dimensies van toegankelijkheid volgens Levesque en collega's (2013)	35
Tabel 2.8	De 5b's (Roose, 2003)	36
Tabel 5.1	Overzicht van datasets met indicatoren van toegankelijkheid van voorzieningen	61
Tabel 6.1	Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen door tevredenheidsmeting	64
Tabel 6.2	Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen door Samenleven in Diversiteit	66
Tabel 6.3	Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen door Sociaal-Culturele Verschuivingen (SCV) en Stads- en gemeentemonitor (SGM)	67
Tabel 7.1	Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen voor gezondheidszorg	72
Tabel 7.2	Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen voor kinderopvang en diensten van Kind en Gezin	74
Tabel 7.3	Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen voor VDAB	75
Tabel 7.4	Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen voor sociale huisvesting	76

Lijst figuren

Figuur 2.1	De determinanten van het gebruik van diensten in de gezondheidszorg	23
Figuur 2.2	Factoren om billijke toegang tot gezondheidsdiensten te verzekeren	24
Figuur 2.3	Drempels tot toegang en hun impact op het gebruik van gezondheidsdiensten	25
Figuur 2.4	Dimensies van Toegang volgens Russel e.a. (2013)	34

- DEEL 1 SITUERING -

1 | Inleiding

1.1 Conceptualisering van 'toegankelijkheid van voorzieningen': onderdeel van de ontwikkeling van een evaluatiekader van het integratiebeleid

Vlaanderen wordt gekenmerkt door een grote en nog steeds groeiende diversiteit. Niet alleen stijgt het aantal personen van buitenlandse herkomst, ook de interne verscheidenheid neemt toe. Deze superdiverse samenleving brengt heel wat uitdagingen met zich mee en vergt een aangepast beleid om het samenleven vlot te laten verlopen. Hiervoor ontwikkelde Vlaanderen doorheen de jaren een integratiebeleid met tal van instrumenten (Maatschappelijke oriëntatie, NT2, taalbeleid, ...). Via dat instrumentarium worden vier doelstellingen nagestreefd:

- toegankelijkheid van alle voorzieningen voor iedereen;
- zelfstandige en evenredige participatie;
- actief en gedeeld burgerschap van eenieder;
- versterken van de sociale samenhang.

In het integratie- en inburgeringsdecreet wordt door de Vlaamse regering gestipuleerd dat uiterlijk drie jaar na de inwerkingtreding van dit decreet het Vlaams integratiebeleid dient geëvalueerd te worden en dit om de drie jaar. Het (schijnbare) contrast tussen enerzijds de beleidsinspanningen om integratie te bevorderen en de soms beperkte resultaten die behaald worden, maakt duidelijk dat er nood is aan een objectieve manier om beleidsbeslissingen te onderbouwen en te evalueren, zodat bijgestuurd kan worden en middelen zo efficiënt mogelijk kunnen worden ingezet.

Voorliggende conceptnota kadert in een breder project dat tot doel heeft om het integratiebeleid 'evalueerbaar' en 'opvolgbaar' te maken. Voortbouwend op een kader ontwikkeld door Gonzalez Garibay en De Cuyper (2013) werd een aanpak uitgetekend om dit te realiseren en dit via de volgende drie stappen:

1. Bestaande instrumenten in kaart brengen (= beleidsmonitoring). Dit is noodzakelijk omdat het beleid een grote complexiteit kent: het gaat zowel om eerste- als tweedelijnsdienstverlening, er zijn verschillende doelgroepen, er zijn maatregelen op lokaal en bovenlokaal niveau etc. Dit was dan ook de eerste stap in de onderzoeksopdracht. Via een aantal beschrijvende fiches werd het instrumentarium in kaart gebracht.
2. Kerndoelstellingen van het beleid operationaliseren en meten om zo evoluties te kunnen monitoren (= monitoring beleidsdoelen). Deze stap was op zijn beurt noodzakelijk omdat de doelstellingen zoals omschreven in het decreet onvoldoende zijn uitgewerkt. Ze zijn conceptueel te weinig helder, waardoor ook een goede operationalisering ervan ontbreekt. De tweede stap in het onderzoek was dan ook het definiëren van wat nu precies onder de centrale beleidsdoelstellingen moet worden verstaan. Een voorwaarde hiervoor was het vinden van consensus onder de verschillende stakeholders Daaraan werd dan een voorstel gekoppeld van mogelijke indicatoren om zo evoluties in beleidsdoelstellingen te kunnen monitoren.
3. In een derde stap tot slot werd nagegaan hoe de beleidsinstrumenten gerelateerd zijn aan de doelstellingen van het beleid (= beleidsevaluatie). Ook hier werd een voorstel gedaan van mogelijke effectindicatoren om te meten of de instrumenten daadwerkelijk bijdragen aan de realisatie van de beleidsdoelstellingen.

Het voorliggende rapport sluit aan bij de tweede stap in dit onderzoek, met name het operationaliseren van kerndoelstellingen van het integratiebeleid en focust meer bepaald op toegankelijkheid van voorzieningen. (De conceptualisering en operationalisering van de andere kerndoelstellingen zijn terug te vinden in deelrapporten 2, 3 en 4.) De resultaten van stap 1 en stap 3 zijn terug te vinden in het vijfde deelrapport, waar ook een geïntegreerd overzicht terug te vinden is van bevindingen en aanbevelingen op basis van de 5 deelrapporten.

1.2 Conceptualisering en operationalisering van de (concepten uit) de kerndoelstellingen

Zoals hierboven vermeld wensen we aan elk van de integratiedoelstellingen indicatoren te koppelen. Dit is noodzakelijk om het beleid te kunnen monitoren en evalueren. Vooraleer we tot indicatoren kunnen komen, moeten echter enkele belangrijke hordes worden genomen. Een eerste cruciale vraag is wat onder elke doelstelling (en bijhorende concepten) wordt begrepen. In de beleidsteksten zijn de doelstellingen vaak niet of niet eenduidig gedefinieerd. Hiervoor dient consensus gevonden te worden onder de diverse stakeholders. De opdracht bestond er in om de beleidsdoelstellingen die vooropgesteld worden in het huidige Vlaamse integratiebeleid als uitgangspunt te nemen. Het in vraag stellen van de doelstellingen zelf behoorde niet tot het opzet van het onderzoek. Zodra er voldoende consensus bereikt werd, werd in een volgende stap nagegaan hoe deze definitie in indicatoren kon worden vertaald.

1.2.1 Van 'state of the art' ...

Voor elk van deze doelstellingen werd op dezelfde manier gewerkt. In een eerste fase brengen we een overzicht van de 'state of the art', of van de beschikbare kennis, met betrekking tot deze doelstellingen, en meer specifiek met betrekking tot de betekenis van de concepten. Deze 'state of the art' is op vier pijlers gebaseerd, met name:

- *De visie in het Vlaamse integratiebeleid*: welke elementen vinden we terug in de Vlaamse beleidsdocumenten waarin de doelstellingen geëxpliciteerd (in het bijzonder in documenten over, het integratiebeleid) die gebruikt kunnen worden voor een meer precieze omschrijving van de doelstellingen en de bijhorende concepten? Is het duidelijk wat met de verschillende doelstellingen en concepten wordt bedoeld, en wat de visie erop is binnen de Vlaamse overheid?
- *Definities en richtlijnen op Europees beleidsniveau:* zijn gelijkaardige doelstellingen en bijhorende concepten terug te vinden op het Europees beleidsniveau? Zo ja, hoe worden deze omschreven/ingevuld? Zijn er elementen die richtinggevend kunnen zijn om tot een omschrijving te komen die werkbaar is voor Vlaanderen?
- *Conceptualisering en operationalisering in het buitenland:* vervolgens deden we hetzelfde voor het integratiebeleid in een aantal andere landen.
- *Wetenschappelijke literatuur:* we zochten ook naar handvaten in de bestaande wetenschappelijke literatuur om tot een passende omschrijving van de doelstellingen en concepten te komen.

Gegeven de veelheid aan beleidsdocumenten, buitenlandse voorbeelden en de omvang van de wetenschappelijke literatuur, was het niet altijd mogelijk om exhaustief te werk gegaan. De prioriteit lag in het identificeren van de belangrijkste richtinggevende inzichten, om op Vlaams niveau tot een passende en onderbouwde operationalisering te komen, eerder dan op volledigheid 'an sich'. We beschouwen onze analyse als een 'quick scan'.

De informatie over het Europees beleid is in eerste instantie gebaseerd op een eigen zoektocht naar, en analyse van beleidsdocumenten, maar kwam verder ook tot stand in communicatie met een 'policy officer' binnen de Europese commissie, binnen de unit 'legal migration and integration' van de 'Directorate-General Migration and Home Affairs'.

Het verzamelen van buitenlandse voorbeelden stelde ons voor heel wat uitdagingen. Om dit te realiseren legden we contact met (buitenlandse) experten, waar mogelijk en haalbaar (mede afhankelijk van landstaal) ook aangevuld met een zoektocht op internet. We streefden naar inzicht in de beleidsdoelstellingen in de volgende landen: Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Finland, Frankrijk, Luxemburg, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Verenigd Koninkrijk, Zuid-Afrika, Zweden. Deze keuze was gebaseerd op geografische nabijheid (buurlanden), vergelijkbaarheid, of de verwachting van goede praktijken terug te vinden. Het bleek echter geen sinecure om een antwoord op onze vragen te vinden/verkrijgen, zeker ook gezien de complexiteit van de vraagstelling; de mate waarin we over informatie beschikken verschilt bijgevolg sterk tussen de opgelijste landen.

Ook de analyse van de wetenschappelijke literatuur bleek niet evident, enerzijds omdat de literatuur voor sommige concepten zeer omvangrijk is, en anderzijds omdat de link tussen het centrale concept enerzijds, en de doelgroep van personen van buitenlandse herkomst niet altijd voor de hand liggend bleek (met name in verband met de omschrijving van toegankelijkheid). We gingen dan ook pragmatisch te werk, in functie van onze specifieke doelstelling, met name het identificeren van elementen bruikbaar voor een conceptualisering en operationalisering in Vlaanderen.

1.2.2 ... tot onderbouwde indicatoren

Aan de hand van alle verzamelde kennis en informatie worden bouwstenen of mogelijke definities opgelijst. Een definitie van concepten als participatie, toegankelijkheid, sociale cohesie of actief burgerschap is echter nooit volledig neutraal. Daarom komt het aan de in de Vlaamse beleidsrealiteit relevante stakeholders toe, eerder dan aan de onderzoekers, om finale keuzes te maken. Op basis van het onderzoek brengen we elementen aan, maar met behulp van een interactieve workshop met de betrokken beleidsactoren wordt dan beslist welke elementen behouden worden in de afbakening. Vervolgens zullen dan indicatoren worden gezocht voor de weerhouden elementen (bouwstenen, dimensies, ...), om in de toekomst de vooruitgang met betrekking tot elke doelstelling te kunnen monitoren en evalueren.

1.3 Deze conceptnota: focus op toegankelijkheid

Aan elke doelstelling zal een aparte conceptnota worden gewijd. Hierbij wordt telkens een weerslag gegeven van 'the state of the art' of de tot op heden beschikbare kennis.

In deze conceptnota staat de tweede doelstelling, met name **toegankelijkheid van alle voorzieningen** centraal. Hierbij gaat het om toegankelijkheid 'voor iedereen', en meer specifiek personen van vreemde herkomst en woonwagenbewoners.

Exacter geformuleerd gaat het, op basis van het integratie- en inburgeringsdecreet, zoals geformuleerd in 2013, in het bijzonder om volgende groepen:

- *1° personen die legaal en langdurig in België verblijven en die bij hun geboorte niet de Belgische nationaliteit bezaten of van wie minstens een van de ouders bij geboorte niet de Belgische nationaliteit bezat, in het bijzonder diegenen die zich in een vaststelbare achterstandspositie bevinden. Daarbij is een langdurig verblijf elk legaal verblijf dat niet beperkt is tot maximaal drie maanden als vermeld in titel I, hoofdstuk II, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen;*
- *2° personen die legaal in België verblijven en die wonen of woonden in een woonwagen als vermeld in artikel 2, 33°, van het decreet van 15 juli 1997 houdende de Vlaamse Wooncode, of waarvan de ouders dat deden, met uitzondering van bewoners van campings of gebieden met weekendverblijven.*

In de decreetswijziging die op stapel staat wordt dit evenwel:

- *1° personen van buitenlandse herkomst;*

- *2° personen die legaal in België verblijven en die wonen in een woonwagen als vermeld in artikel 2, 33°, van het decreet van 15 juli 1997 houdende de Vlaamse Wooncode, met uitzondering van personen die verblijven op een residentieel woonwagenterrein en bewoners van campings of gebieden met weekendverblijven.*

1.4 **Leeswijzer**

De opbouw van dit rapport volgt de 'flow' van de gekozen aanpak zoals hierboven beschreven. In deel 2 wordt de state of the art weergegeven, of volgt met andere woorden een overzicht van de beschikbare kennis, in dit geval met betrekking tot het concept van toegankelijkheid van voorzieningen. Hierbij gaan we achtereenvolgens in op de visie in het Vlaamse beleid (2.1), definities en richtlijnen op Europees beleidsniveau (2.2), de conceptualisering in het buitenland (2.3), en de state of the art en consensus in de wetenschappelijke literatuur (2.4). Vervolgens presenteren we de bevindingen uit de analyse hiervan gevolgd door een conclusie waarin we de bouwstenen en componenten presenteren die, deel kunnen (of eventueel moeten) uitmaken van een visie op en de afbakening van 'actief en gedeeld burgerschap' als concept. Deze bouwstenen en componenten werden vervolgens in een workshop voorgelegd aan de stakeholders. Het resultaat hiervan en de finale definitie is in deel 3 van het rapport terug te vinden. In deel 4 tot slot gebruiken we dit als basis voor de operationalisering en de keuze van specifieke indicatoren.

- DEEL 2 STATE OF THE ART -

2 | Overzicht van beschikbare kennis

2.1 Visie in het Vlaamse beleid

2.1.1 Situering binnen het integratiebeleid

Definitie integratiebeleid:

Het beleid dat met onderling afgestemde initiatieven inspeelt op de situaties en dynamieken die verbonden zijn met de gevolgen van migratie, met als doel zelfstandige en evenredige participatie, toegankelijkheid van alle voorzieningen, actief en gedeeld burgerschap van eenieder en het verkrijgen van sociale samenhang.

Het integratiebeleid heeft dus vier doelstellingen. Toegankelijkheid van alle voorzieningen is hierbij doelstelling 2.

2.1.2 Toelichting bij de doelstelling in het decreet en memorie van toelichting

2.1.2.1 Omschrijving van de begrippen 'toegankelijkheid' en 'voorzieningen'

In het decreet en memorie van toelichting wordt weinig extra uitleg gegeven over de doelstelling van 'toegankelijkheid van voorzieningen'. Er wordt enkel gesteld dat alle voorzieningen de verantwoordelijkheid hebben om hun aanbod toegankelijk te maken voor iedereen en hierbij bijzondere aandacht te hebben voor de bijzondere doelgroepen van het integratiebeleid (doelstelling 2).

Toegankelijkheid wordt niet gedefinieerd. Een terugkerend element is dat er ook een verantwoordelijkheid bij de samenleving en zijn instituties ligt; dit idee lijkt aan de basis te liggen van het opnemen van deze doelstelling in het decreet, maar verder ontbreken aanknopingspunten om tot een omschrijving van toegankelijkheid te komen, of de visie op toegankelijkheid te achterhalen.

Belangrijk is evenwel ook het uitgangspunt van een inclusief beleid: categoriale maatregelen worden ingezet waar nodig, maar het integratiebeleid is een *"inclusief beleid dat maximaal gerealiseerd wordt binnen het algemeen beleid"*, zo wordt gesteld in de memorie van toelichting. En verder: *"als er categoriale maatregelen nodig blijken om een bepaalde achterstand of achterstelling weg te werken worden deze genomen binnen het betrokken beleidsdomein zelf"*. De inclusieve aanpak wordt benadrukt.

Er wordt overigens ook geen definitie van voorzieningen gegeven in het decreet of de memorie van toelichting, enkel van 'reguliere voorzieningen'. Deze luidt: *Een voorziening, inzonderheid in de sectoren onderwijs, tewerkstelling, welzijn en cultuur, die wordt erkend, gefinancierd of gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap, het Vlaamse Gewest, de Vlaamse Gemeenschapscommissie, het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie of een lokaal bestuur.*

2.1.2.2 Instrumenten om 'toegankelijkheid' te realiseren

Verschillende instrumenten worden genoemd. In het decreet wordt gesteld dat het Agentschap de taak heeft van ondersteuning op maat *"in functie van structureel werken aan integratie met het oog op zelfstandige en evenredige participatie, toegankelijkheid van alle voorzieningen, actief burgerschap en sociale samenhang"*, en dit *via "a) dienstverlening sociaal tolken en sociaal vertalen; b) taalbeleid; c) taalpromotie, d) integratiewerk, e) juridische*

dienstverlening aangaande de rechtspositie van vreemdelingen". In de context van de kerntaken van het agentschap worden in de memorie van toelichting deze instrumenten specifiek gekoppeld aan toegankelijkheid als doelstelling: *"met voorliggend decreet worden 5 instrumenten naar voor geschoven om de toegankelijkheid van reguliere voorzieningen voor alle burgers, dus ook voor de bijzondere doelgroepen te verhogen: a) dienstverlening sociaal tolken en sociaal vertalen; b) taalbeleid; c) taalpromotie, d) integratiewerk, e) juridische dienstverlening."*

De exacte link tussen de beleidsinstrumenten en toegankelijkheid - of de manier waarop deze instrumenten bijdragen tot toegankelijkheid - wordt echter weinig geëxpliciteerd, met uitzondering van integratiewerk.

Bij de bespreking van integratiewerk komt het belang van toegankelijkheid aan bod. Ook hier wordt niet in detail gespecificeerd hoe integratiewerk verwacht wordt in te werken op de toegankelijkheid, maar er wordt wel gesteld dat integratiewerk vaak bruggen bouwt tussen de doelgroep en het reguliere aanbod en omgekeerd, en dat inzichten van medewerkers in het omgaan met een diverse doelgroep voor medewerkers van voorzieningen een praktische hulp kan zijn in hun dagelijkse werking en op die manier zal leiden tot een verhoogde toegankelijkheid van die voorziening.

Bij sociaal tolken en vertalen wordt vermeld dat de manier waarop met een taalkloof of taalbarrières wordt omgegaan, een effect zal hebben op kwaliteit en resultaat van hulp- en dienstverlening, en dat sociaal tolken en vertalen hiertoe een oplossing kan bieden, ingebed in een breder taalbeleid.

Wat taalbeleid betreft, wordt gesteld dat dit *"een consistent en structureel geheel van maatregelen op organisatieniveau" omvat, "gericht op het wegwerken van taaldrempels voor anderstaligen enerzijds, en het creëren van maximale taalleerkansen Nederlands voor de anderstalige anderzijds"*. Dit laat een link met toegankelijkheid vermoeden, met name door het wegwerken van taaldrempels, maar dit wordt niet verder uitgelegd. Wel wordt gesteld dat het EVA een voorbeeldfunctie vervult op vlak van toegankelijkheid, waarbij het taalbeleid van het EVA één van de elementen is die hierbij worden genoemd.

Op basis van het decreet en de memorie van toelichting vinden we weinig aanknopingspunten over het verband tussen taalpromotie en juridische dienstverlening enerzijds, en toegankelijkheid van voorzieningen anderzijds. Wat taalpromotie betreft, is het enige aanknopingspunt dat aan de Nederlandstalige informatie wordt aangereikt *"om de communicatie met anderstaligen optimaal te laten verlopen in laagdrempelig Nederlands"*.

Alhoewel inburgering niet in het bovenvermelde 'lijstje van 5' voorkomt, lijkt ook inburgering gelinkt te worden aan toegankelijkheid. Over inburgering wordt gesteld dat het inburgeringstraject wordt afgesloten bij de volledige overdracht van de betrokken inburgeraar van het EVA aan de reguliere voorzieningen of het OCMW, en dat de inburgeraar na voltooiing van zijn inburgeringstraject recht heeft op deelname aan een vervolgaanbod dat aansluit op zijn inburgeringstraject en op zijn levensloopbaan; de reguliere voorzieningen of het OCMW dienen daartoe een "behoeftedekkend vervolgaanbod" te voorzien, en de inburgeraar binnen een redelijke termijn na de overdracht een vervolgaanbod aan te bieden. In de memorie van toelichting wordt de verantwoordelijkheid van voorzieningen hieromtrent, met het oog op integratie, verder benadrukt, alsook het verband tussen inburgering en integratie, en wordt op die manier de link gelegd met toegankelijkheid: *"wanneer inburgeraars na hun inburgeringstraject op ontoegankelijke diensten of andere knelpunten botsen, dreigen de inspanningen van inburgering en de opstap naar integratie afgeremd te worden. Het aanbieden van inburgeringstrajecten dient geplaatst te worden binnen een ruimer toegankelijkheidsbeleid en een kwaliteitsvolle dienstverlening. Het is onder meer hier dat inburgering en integratie in elkaar haken, dat duidelijk wordt dat inburgering een structureel onderdeel is van het integratiebeleid, dat inburgering maar zal slagen als er sprake is van tweerichtingsverkeer, van wederkerigheid. Die wederkerigheid*

betekent heel concreet dat organisaties, diensten in instellingen ook op hun verantwoordelijkheid moeten gewezen worden om hun werking toegankelijk te maken en dat ze die verantwoordelijkheid moeten opnemen".

2.1.2.3 Betrokken actoren in de realisatie van toegankelijkheid

I.v.m. de rol van het Agentschap en de doelstelling van toegankelijkheid van voorzieningen wordt gesteld dat:

- Via deze dienstverlening (de instrumenten zoals opgesomd) het Agentschap organisaties, voorzieningen en besturen zal ondersteunen, stimuleren en begeleiden bij het toegankelijker maken van hun aanbod voor de bijzondere doelgroepen;
- Het Agentschap ook informatie, advies, vorming en begeleiding zal geven aan organisaties, voorzieningen en besturen over toegankelijkheid en participatie;
- Het EVA moet de doelgroep zoveel mogelijk doorverwijzen naar reguliere voorzieningen (m.a.w. niet categoriaal werken als dat niet noodzakelijk is – telkens voorkeur voor inclusief beleid).

Voorzieningen worden als uitvoerder gezien van het integratiebeleid, ook op lokaal niveau. Er wordt verder benadrukt dat 'reguliere sectoren en voorzieningen' vaak prioritaire partners zijn voor het Agentschap om inclusieve projecten en acties te kunnen realiseren; het Agentschap kan deze actoren adviseren en ondersteunen; *"deze ondersteuning is er steeds op gericht de nodige expertiseoverdracht en verankering binnen reguliere sectoren en voorzieningen te realiseren".*

Er wordt verder ook duidelijk gesteld dat "reguliere voorzieningen of het OCMW" de verantwoordelijkheid hebben om hun aanbod toegankelijk te maken voor iedereen, "dus ook voor inburgeraars".

2.1.3 Toegankelijkheid in andere beleidsdocumenten in een notendop

2.1.3.1 Beleidsnota Integratie en Inburgering (2014-2019)

In de beleidsnota van minister Homans komt toegankelijkheid ook aan bod. Ten eerste wordt de onvoldoende toegankelijkheid van diensten voor personen van vreemde herkomst als probleem vernoemd. Er wordt gesteld dat er drempels zijn die de toegankelijkheid van diensten beperken, "zoals financiële of sociale hindernissen of het gevoerde taalbeleid". Verder worden ook zorginstellingen als voorbeeld genomen, waarbij gesteld wordt dat naast "drempels waar kwetsbare groepen in het algemeen mee te maken hebben (onoverzichtelijkheid van het aanbod, de afstand tot de voorzieningen, de onbekendheid van de diensten, wantrouwen in hulp- en dienstverleners en de kostprijs, enz.)", instellingen "veelal onvoldoende voorbereid zijn op de specifieke drempels voor personen van vreemde herkomst, zoals onvoldoende kennis van het Nederlands of het niet vertrouwd zijn van de cliënt met de 'Westerse' manier van hulpverlening."

Daarnaast wordt het verhogen van de toegankelijkheid van diensten ook als doelstelling gesteld, o.m. ook het op zoek gaan naar adequatere manieren om de doelgroep van personen van vreemde herkomst effectief toe te leiden naar het aanbod.

De rol van taal wordt benadrukt in de beleidsnota in de context van toegankelijkheid: er wordt gesteld dat taal de toegankelijkheid van voorzieningen onder druk kan zetten voor personen met geen of beperkte kennis van het Nederlands, en dat van daaruit ingezet wordt op een taalbeleid en taalpromotiebeleid.

In de beleidsnota wordt het begrip toegankelijkheid niet nader omschreven of gedefinieerd.

2.1.3.2 Het Vlaams Horizontaal Integratiebeleidsplan (2016-2019) en geactualiseerd Horizontaal Integratiebeleidsplan (2018-2019)

Het Horizontaal Integratieplan (2016-2019) neemt het verhogen van toegankelijkheid expliciet op. Operationele doestelling 1.2 luidt: "organisaties en voorzieningen verhogen de toegankelijkheid van

hun aanbod voor personen van buitenlandse herkomst". Het gebrek aan toegankelijkheid van organisaties en voorzieningen wordt als een belangrijke factor beschouwd in het dichten van de herkomstkloof in het plan. Daartoe wordt gesteld: *'iedere organisatie moet deze drempels opsporen en de nodige maatregelen nemen. Niet enkel organisaties met een maatschappelijke opdracht, zoals welzijnsvoorzieningen, werkwinkels, scholen en sociale huisvestingsmaatschappijen moeten ervoor zorgen dat zij toegankelijk zijn, ook het socio-culturele middenveld heeft hierin een belangrijke opdracht'*. Dit bevestigt overigens ook dat 'voorzieningen' ruim dient te worden geïnterpreteerd. Er wordt verder nog aan toegevoegd: "Vanuit de Vlaamse overheid willen we organisaties stimuleren om hun werking toegankelijk te maken voor personen van buitenlandse herkomst", waarna concrete acties vermeld worden. In het geactualiseerd Horizontaal Integratiebeleidsplan wordt een stand van zaken opgemaakt, onder meer op vlak van het stimuleren van organisaties, diensten en voorzieningen om te werken aan toegankelijkheid, oriëntering en competenties zichtbaar maken en financiële drempels zichtbaar maken.

Het horizontaal integratiebeleidsplan toont opnieuw dat toegankelijkheid als doelstelling voorop staat, maar bevat geen verdere omschrijving.

2.1.4 Concluderend

Er is geen duidelijke omschrijving van toegankelijkheid in Vlaamse beleidsdocumenten. Ook wat onder de noemer 'voorzieningen' valt (en wat niet) blijft enigszins onduidelijk. Het belangrijkste aanknopingspunt in de visie op toegankelijkheid is dat hier een belangrijke verantwoordelijkheid ligt bij de voorzieningen zelf, en bij uitbreiding ook van de samenleving. De doelstelling van toegankelijkheid geeft uiting aan een visie van integratie als tweerichtingsverkeer.

Vijf instrumenten worden naar voor geschoven als instrumenten om toegankelijkheid te realiseren, met name a) dienstverlening sociaal tolken en vertalen, b) taalbeleid, c) taalpromotie, d) integratiewerk, e) juridische dienstverlening. Desalniettemin ontbreekt voor de meeste instrumenten een heldere uiteenzetting van hoe deze verwacht worden bij te dragen tot de doelstelling van toegankelijkheid.

2.2 Definities en richtlijnen op Europees beleidsniveau

2.2.1 Algemeen beleidskader met betrekking tot integratie van migranten

In 2004 lanceerde de Justice and Home Affairs Council van de EU 11 "common basic principles" met betrekking tot integratie van immigranten in de EU (Justice and Home Affairs Council, 2004). Deze zijn niet-bindend, maar bieden wel een leidraad aan het beleid van de deelstaten. De principes werden ook opnieuw bevestigd in 2014 door de Justice and Home Affairs Council. Ze zijn nog steeds richtinggevend op Europees niveau. Eén van deze basisprincipes luidt als volgt *"access for immigrants to institutions, as well as to public and private goods and services, on a basis equal to national citizens and in a non-discriminatory way is a critical foundation for better integration"*. Hier kiest men dus voor het begrip 'access' of toegang, eerder dan accessibility of toegankelijkheid. Er wordt geen expliciete beschrijving gegeven van wat 'access' dan betekent. In de verduidelijkende tekst (in de press release van de common basic principles) wordt gelijke behandeling benadrukt tussen immigranten en de autochtone bevolking, alsook bescherming tegen discriminatie. Naast deze eerder passieve benadering, wordt ook een actieve benadering naar voor geschoven: *"Access also implies taking active steps to ensure that public institutions, policies, housing and services, wherever possible, are open to immigrants."* Hier wordt aan toegevoegd dat het belangrijk is *"to monitor and evaluate the success of public institutions in serving immigrants, and that adjustments are being made on an ongoing basis"*. Er wordt echter niet gepreciseerd wat "open to migrants" betekent, of welke 'active steps' men dan moet nemen.

In 2011 werd een European Agenda for the Integration of Third-country nationals uitgebracht door de Europese commissie (COM(2011)455final). Eén van de pijlers van dit document is 'integration through participation". In die context wordt ook toegang vermeld, maar men kadert dit binnen 'social inclusion' eerder dan toegankelijkheid op zich: *"social inclusion measures targeted at migrants should aim to remove possible barriers blocking effective access to social and health services, and fight against poverty and exclusion of the most vulnerable"*. Hier voegt men aan toe dat de integratie van wie internationale bescherming krijgt, bijzondere aandacht verdient. Hierop verder bouwend wordt gesteld: *"Policies should, therefore, be designed to minimise isolation of beneficiaries of international protection and restrictions to their rights, and provide for effective language learning, access to accommodation, access to health care in health systems that promote integration and culturally adapted health promotion programmes. Access to vocational training and assistance in seeking employment should also be targeted."* Toegang wordt dus in de verf gezet, in het bijzonder in een aantal domeinen, met name huisvesting, gezondheidszorg, beroepsopleiding en tewerkstelling, met het oog op het garanderen van betere leefomstandigheden (en de EU vervult hierbij een ondersteunende rol), maar wat toegang precies inhoudt of hoe het dient te worden bewerkstelligd wordt niet vermeld.

In 2015 volgde een andere communicatie vanuit de Europese Commissie, met name "a European agenda on migration (COM(2015) 240 final). Deze communicatie kwam er in een context van grote instroom van vluchtelingen in Europa, en was gericht op het reduceren van 'incentives' voor irreguliere migratie, management van grenzen, een gemeenschappelijke koers met betrekking tot asielbeleid, en een nieuw beleid op vlak van legale migratie. Toegang of toegankelijkheid kregen geen expliciete plaats in dit document.[1] Bij het laatste item, met name een nieuw beleid op vlak van legale migratie, werd het belang van een effectief integratiebeleid benadrukt, maar hoe dit te verwezenlijken kwam niet aan bod. Dit volgde in 2016 in het "Action Plan on the integration of third country nationals". Dit vormt op dit moment het belangrijkste document. Hierin komt toegang tot voorzieningen verschillende keren aan bod. Een eerste element is 'access to education'. Onderwijs en opleiding worden gezien als één van de sterkte tools voor integratie en daarom moet toegang tot onderwijs en opleiding zo vroeg mogelijk gegarandeerd en gepromoot worden. Ook taalonderwijs (het leren van de taal van het gastland) hoort hieronder thuis. Een tweede element is tewerkstelling. Ook tewerkstelling wordt als een kernelement van integratie gezien. Om die reden wordt het belang van toegang tot beroepsopleiding in de verf gezet, alsook toegang tot de arbeidsmarkt meer in het algemeen. Ten derde komt ook 'access to basic services' aan bod, waarbij huisvesting en gezondheidszorg in het bijzonder worden vermeld als cruciaal voor integratie. Samengevat vinden we in dit document net als in de European Agenda van 2011 een focus op toegang van voorzieningen terug, met bijzondere aandacht voor toegang tot tewerkstelling, beroepsopleiding, huisvesting, gezondheidszorg, en in dit geval ook onderwijs, maar wordt ook hier niet gepreciseerd wat toegang inhoudt.

In de verschillende beleidsdocumenten van de EU vinden we ook de visie terug dat integratie een wederzijds proces is. Dit is ook de eerste van de common basic principles: *"integration is a dynamic, two-way process of mutual accommodation by all immigrants and residents of Member States"*. Dit heeft niet rechtstreeks te maken met toegankelijkheid, maar is wel relevant, in die zin dat het aangeeft dat integratie een gedeelde verantwoordelijkheid vormt, wat ook weerspiegeld wordt in de visie op toegankelijkheid in Vlaanderen.

2.2.2 Verdere aanknopingspunten binnen Europees beleid

Aangezien documenten binnen een context van integratie weinig houvast bieden om tot een afbakening van het begrip 'toegankelijkheid' te komen, deden we nog even een 'quick scan' van andere documenten op Europees niveau. We hebben geen algemene operationalisering van het concept toegankelijkheid (noch van toegang) teruggevonden, maar wel enkele aanknopingspunten. Hierbij gaat

1 Uitzondering hierop vormt een toelichting bij AMIF, ERDF en ESF-fondsen, waarbij gezegd wordt dat de fondsen initiatieven kunnen ondersteunen *"to improve language and professional skills, improve access to services, promote access tot he labour market, inclusive education, foster intercultural exchanges and promote awareness campaigns"*.

het voor alle duidelijkheid niet specifiek om toegankelijkheid voor personen van buitenlandse herkomst, maar eerder toegankelijkheid in het algemeen. Twee documenten in het bijzonder zijn relevant, met name "A Voluntary European Quality Framework for Social Services" (Social Protection Committee, 2010), en "Access to health services in the European Union" (EXPH, 2016). Het eerste document heeft betrekking op sociale dienstverlening (in brede zin, dus bijvoorbeeld ook met betrekking tot tewerkstelling of huisvesting), het tweede werd geschreven in de context van gezondheidszorg, maar kan mogelijk ook breder dan de eigen specifieke context een meerwaarde bieden. In wat volgt gaan we enkel in op dit tweede document, omdat dit meest aanknopingspunten biedt voor de vraag die hier voorligt, zoals ook verderop zal blijken.

We hebben geen documenten teruggevonden die specifiek gericht zijn op de conceptualisering van *toegankelijkheid* van diensten *voor personen van buitenlandse herkomst*. Er zijn wel indicatoren om de *integratie* van personen van buitenlandse herkomst te meten (zie: using EU indicators of immigrant integration, 2013), maar hier staat toegankelijkheid niet centraal. De Zaragoza indicatoren vormen daarbij de basis, en zijn vier domeinen, met name tewerkstelling, onderwijs, sociale inclusie, en actief burgerschap. Een aantal actoren zijn mogelijk nuttig om toegankelijkheid te meten, maar dit kader helpt niet om te definiëren wat onder toegankelijkheid wordt begrepen, aangezien het begrip toegankelijkheid geen centrale plaats hierin heeft. We gaan er hier dan ook niet verder op in.

In wat volgt lichten we het document 'access to health services in the European Union', en de inzichten die erin vervat zitten, verder toe.

2.2.2.1 "Access to health services in the European Union" (EXPH, 2016)

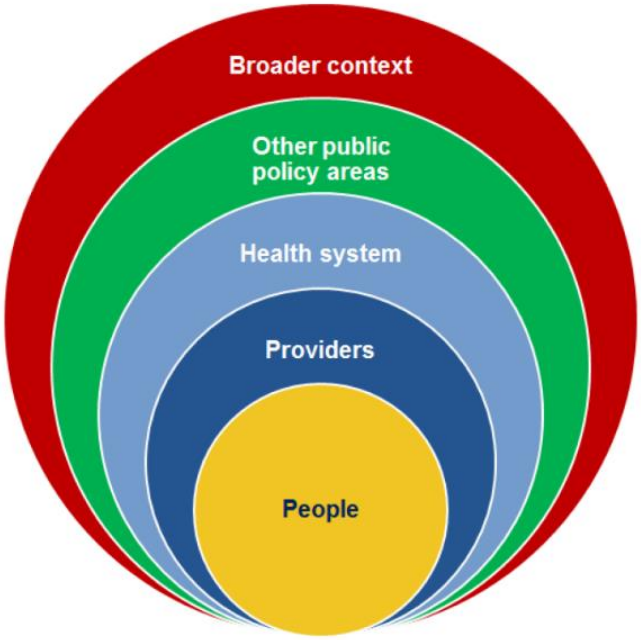
Dit document werd geschreven door het Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). Dit is een panel van onafhankelijke wetenschappelijke experts die advies verlenen aan de Europese Commissie inzake gezondheidszorg. Het document situeert zich dus in feite tussen de sectie over de Europese visie en de volgende sectie over wetenschappelijke literatuur in.

In het document wordt toegang tot gezondheidszorg omschreven:

"The 28 Member States of the European Union have a clear mandate to ensure equitable access to high-quality health services for everyone living in their countries. This does not mean making everything available to everyone at all times. Rather, it means addressing unmet need for health care by ensuring that the resources required to deliver relevant, appropriate and cost-effective health services are as closely matched to need as possible."

De auteurs leggen uit dat toegang een multidimensioneel probleem/fenomeen is: *"barriers that prevent individuals from using necessary health services may be found at different levels: individual people (potential users), health service providers, the health system and – more broadly – public policy in areas beyond the health system"* (EXPH, 2018: 25). Dit wordt als volgt grafisch voorgesteld:

Figuur 2.1 De determinanten van het gebruik van diensten in de gezondheidszorg



Bron EXPH (2016) gebaseerd op Dahlgren & Whitehead (1991)

Of mensen al dan niet een nood ervaren en uitdrukken voor gezondheidszorg wordt volgens EXPH beïnvloed door een waaier aan individuele kenmerken, waaronder geloof/ideeën over gezondheid, niveau van 'health literacy', copings- en communicatievaardigheden, toegang tot andere hulpbronnen, … Mensen met eenzelfde objectieve nood of probleem kunnen dus verschillen in de manier waarop ze hun nood aan gezondheidszorg ervaren of gebruik maken van gezondheidszorg.

Op het niveau van de dienstverleners spelen onder meer de samenstelling van het personeel (socio-economische en demografische kenmerken, aantal) en hun kennis, competenties, vooroordelen, percepties, houdingen, … een rol. Culturele competenties maken hier mee deel van uit.

Op het niveau van het gezondheidssysteem identificeren de auteurs 8 factoren om billijke toegang tot gezondheidszorg te verzekeren. Deze werden ontwikkeld door verder te bouwen op eerder werk van Tanahashi (1978). De auteurs zien de 8 factoren als een soort checklist voor beleidsmakers van zaken/domeinen die men in acht moet nemen als het om billijke toegang gaat. De auteurs spreken van billijke toegang, eerder dan gelijke toegang (equity i.p.v. equality), o.a. omdat noden individueel kunnen verschillen. De verschillende factoren hebben betrekking op betaalbaarheid ('affordability'), gebruikerservaring ('user experience'), en beschikbaarheid ('availability'). De auteurs stelle dit als volgt voor:

Figuur 2.2 Factoren om billijke toegang tot gezondheidsdiensten te verzekeren



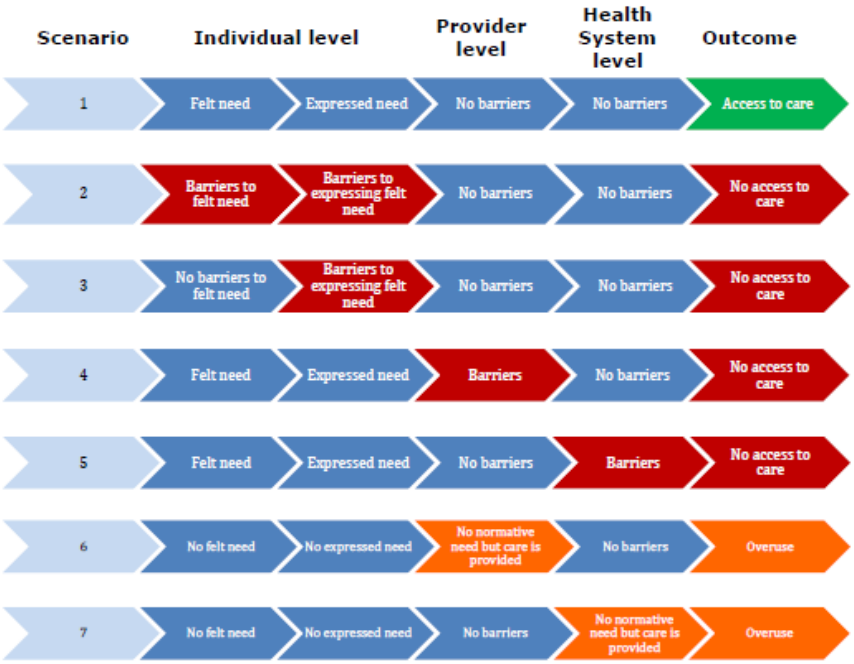
Bron EXPH (2016)

Tot slot is er ook nog een vierde niveau, met name dat van andere beleidsdomeinen dan gezondheidszorg. Ook andere beleidsdomeinen zoals bijvoorbeeld onderwijs, tewerkstelling, sociale bescherming of fiscaal beleid kunnen een impact hebben op toegang tot de gezondheidszorg. Het kan gaan om een direct effect, maar veelal een indirect effect, zo stellen de auteurs. Bij een indirect effect komt het er vaak op neer dat veranderingen in andere beleidsdomeinen een impact hebben op je socio-economische status, wat zich dan vertaalt in een impact op mogelijkheden om een beroep te doen op gezondheidszorg.

Daarnaast kunnen deze verschillende niveaus ook interageren, bijvoorbeeld wanneer dienstverleners zich niet bewust zijn van drempels op individueel niveau en hier op een 'verkeerde' (contraproductieve) manier op reageren.

De auteurs stellen dat de multidimensionaliteit van het probleem van toegang impliceert dat ook een multidimensionaal antwoord nodig is op beleidsvlak, bovendien ook rekening houdend met de specificiteit van de lokale of nationale context. De nood aan een multidimensionele aanpak wordt duidelijk geïllustreerd aan de hand van de volgende figuur:

Figuur 2.3 **Drempels tot toegang en hun impact op het gebruik van gezondheidsdiensten**



Bron EXPH, 2016

In het rapport worden de acht factoren voor billijke toegang (zoals voorgesteld in figuur 2.3) overlopen, waarbij uitgelegd wordt wat het precies inhoudt, en waarbij op basis van (beschikbare) indicatoren naar een stand van zaken gezocht wordt. Er wordt ook ruim aandacht besteed aan noden op vlak van dataverzameling, monitoring en evaluatie.

2.2.3 Concluderend

Ook in de Europese documenten vinden we geen duidelijke omschrijving van toegankelijkheid terug. Wel stellen we vast dat 'toegang' (eerder dan het begrip toegankelijkheid) ook terugkomt in beleidsdocumenten. Toegang staat dus op de Europese agenda inzake integratie, maar tegelijkertijd moeten we net als op Vlaams beleidsniveau een zekere vaagheid vaststellen als het gaat om de operationalisering van dit begrip. Het document "access to health services in the European Union", geschreven door een panel van onafhankelijke wetenschappelijke experts (EXPH, 2016), reikt echter een aantal belangrijke handvaten aan voor de conceptualisering en operationalisering van het begrip van toegang en toegankelijkheid, onder meer doordat verduidelijkt wordt dat toegang het resultaat is van acties op verschillende niveaus, van het individuele niveau tot het systeemniveau, en de interacties tussen deze niveaus. Verderop gaan we hier dieper op in, op basis van de wetenschappelijke literatuur, waarin we deze elementen opnieuw zullen tegenkomen. Eerst geven we echter de resultaten weer van onze zoektocht naar good practices in het buitenland, op nationaal niveau.

2.3 Operationalisering in het buitenland

Wat toegankelijkheid betreft, vonden we weinig indicaties dat dit ook in de onderzochte landen als centrale doelstelling voorop wordt gesteld binnen het integratiebeleid met betrekking tot personen van buitenlandse herkomst. In het Verenigd Koninkrijk vonden we bijvoorbeeld wel een indicator met betrekking tot toegang terug in de context van een integratiebeleid (zij spreken van een beleid gericht op 'integrated communities'), met name 'access to education and training opportunities among the most isolated groups (e.g. among economically inactive women)', alsook 'access to

employment support for the most isolated groups (for example women who are economically inactive), en dit in de "Integrated Communities Strategy Green Paper" (HM Government, 2018). Toegang komt dus aan bod, maar dan gelinkt aan specifieke beleidsthema's, eerder dan als overkoepelende doelstelling. Dit is ook het geval in MIPEX, de Migration Integration Policy Index, die toelaat landen wereldwijd te vergelijken. Toegang krijgt hier een duidelijke plek, maar dan binnen vooropgestelde beleidsdomeinen (meer specifiek in de thema's arbeidsmarktmobiliteit, onderwijs en gezondheid).

Algemeen kunnen we besluiten dat de zoektocht naar buitenlandse 'good practices' weinig resultaten opleverde in termen van conceptualisering van het begrip toegankelijkheid. Wel vonden we enkele aanknopingspunten terug voor de ontwikkeling van indicatoren in de volgende fase.

2.4 State of the art en consensus in de wetenschappelijke literatuur

We startten onze literatuurstudie met een zoektocht naar literatuur over de operationalisering van toegankelijkheid binnen de context van integratie van personen van buitenlandse herkomst. Al snel werd duidelijk dat hierover weinig te vinden is. Wel werden studies gepubliceerd over drempels gelinkt aan specifieke voorzieningen voor de vooropgestelde doelgroep, maar we vonden weinig houvast in de literatuur om tot een conceptualisering van toegankelijkheid te komen. We zagen ons daarom genoodzaakt om breder te gaan kijken, en literatuur over toegankelijkheid in het algemeen (i.e. niet specifiek gelinkt aan personen van buitenlandse herkomst) door te nemen. Gezien het gebrek aan meer 'conceptuele' literatuur over toegankelijkheid in het kader van integratie, lijkt ons de beste manier om meer algemene kaders te gebruiken, en deze toe te passen op de doelgroep van vreemde herkomst. Men dient er uiteraard wel rekening mee te houden dat deze doelgroep ook specifieke noden of drempels kunnen hebben wat toegankelijkheid betreft, denk bijvoorbeeld maar aan de taal die wordt gehanteerd.

De meeste literatuur over toegankelijkheid van voorzieningen is toegepast op een specifiek domein, eerder dan op het concept van toegankelijkheid in het algemeen, of een specifieke doelgroep (mogelijk met enige uitzonderingen). Er werd duidelijk meest onderzoek verricht naar toegang en toegankelijkheid binnen het domein van de gezondheidszorg, ook al zijn er ook studies voorhanden in andere domeinen. De meeste onderzoeken zijn empirisch van aard, waarbij twee werkwijzen dominant terugkomen. Een eerste is het nagaan van toegang/toegankelijkheid nagegaan door 'service utilisation' (het gebruik van diensten) te meten. Een tweede manier is door mogelijke drempels in kaart te brengen (Chase e.a., 2017). Die aanpak lijkt echter nogal kort door de bocht en neemt niet het volledige verhaal in rekening, of zoals Chase e.a. (2017) het formuleren houdt de focus op gebruik van dienstverlening (utilisation) geen rekening met wie geen diensten opzoekt of geweigerd wordt, terwijl de focus op drempels ook reductionistisch is, doordat het geen rekening houdt met het complexe samenspel van drempels doorheen de tijd. Desalniettemin is er naast deze vaak terugkerende aanpak ook reeds diepgaander en meer conceptueel werk verricht over toegankelijkheid, en dit is de literatuur waarop we ons hier gebaseerd hebben. Hierbij is er geen consensus over een definitie van toegankelijkheid, maar er wordt wel erkend dat toegankelijkheid een complex en multidimensioneel concept is (Russell e.a., 2013). Daarnaast zijn er nog een aantal terugkerende elementen in de literatuur. In wat volgt, overlopen we deze stap voor stap.

De literatuur waarnaar wordt gerefereerd in wat volgt, komt voornamelijk, maar niet uitsluitend, uit de gezondheidszorg; we zijn van mening dat de inzichten ook breder gebruikt kunnen worden. We geven telkens weer uit welk domein de geciteerde bronnen afkomstig zijn.

In wat volgt geven we eerst een aantal definities weer van 'access' en 'accessibility' die in de literatuur worden gehanteerd (1.3.1). Daarna gaan we stap voor stap in op terugkerende 'bouwstenen' hierin, met name toegankelijkheid als het resultaat van een interactie (1.3.2), toegankelijkheid als een continuüm (1.3.3), en de multidimensionaliteit van toegang/toegankelijkheid. We gaan vervolgens ook in

op enkele inspirerende modellen met aandacht voor de cliëntzijde (1.3.5). We eindigen met een aantal onderzoeksbenaderingen en –bevindingen die in de verf zetten waarom 'realised access' (i.e. de mate waarin gebruik gemaakt wordt van een dienstverlening) als indicator onvoldoende is om toegang volledig te begrijpen en in kaart te brengen (1.3.6).

2.4.1 Definities in de literatuur

Zoals hierboven werd beschreven, is er geen consensus over de definitie van 'access' of 'accessibility'. Hieronder presenteren we drie overzichtstabellen met definities, gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur. De eerste tabel is afkomstig uit een studie van Russell en collega's (2013), de tweede uit Levesque e.a. (2013). De derde tabel omvat ter aanvulling enkele andere definities die we in de literatuur terugvonden. We geven de tabellen als illustratie van de diversiteit in definities, en als inleiding op de wetenschappelijke benadering van toegang/toegankelijkheid, om een idee te geven van de verschillende manieren waarop toegang wordt omschreven, eerder dan om een specifieke definitie naar voor te schuiven. In volgende paragrafen gaan we vervolgens op meer systematische wijze dieper in op een aantal elementen of benaderingen die centraal staan in de literatuur (en ook weerspiegeld worden in de opgelijste definities).

Tabel 2.1 Overzicht van definities van toegang op basis van Russell e.a. (2013)

Auteur	Definitie
World Health organization, 1978	'Accessibility implies the continuing and organized supply of care that is geographically, financially, culturally and functionally within easy reach of the whole community. The care has to be appropriate and adequate in content and amount to satisfy the needs of people and it has to be provided by methods acceptable to them' (pp. 58-59).
Bureau of Health Planning, 1979	'…the ability of a population or a segment of the population to obtain available health services. This ability is determined by economic, temporal, locational, architectural, cultural, organizational and informational factors which may be barriers or facilitators to obtaining services' (p. 54).
Aday and Andersen, 1981	'…those dimensions which describe the potential and actual entry of a given population group to the health care delivery system' (pp. 5-6). Elements of potential access include availability, organization, predisposing, enabling and need factors. Elements of realized access include convenience, availability, financing, provider characteristics, quality, health service type, site, purpose and time interval of care'.
Penchansky and Thomas, 1981	'…a general concept that summarizes a set of more specific dimensions describing the fit between the patient and the health care system. The specific dimensions are availability, accessibility, accommodation, affordability and acceptability' (p. 127).
Khan and Bhardwaj, 1994	'Access (is)…defined either as the ability to obtain needed services, or in terms of potential/actual entry into the health care system. Access is conceptualized as the outcome of a process, determined by an interplay between the characteristics of the health care service system and the characteristics of potential users' (pp. 65-66).'
Rogers et al., 1999	'Optimal access means providing the right service at the right time in the right place' (p. 866).
Haggerty et al., 2011	'The operational definition of first-contact accessibility is 'the ease with which a person can obtain needed care (including advice and support) from the practitioner of choice within a time frame appropriate to the urgency of the problem' (p.2)

Tabel 2.2 Definities van 'access' (toegang) en 'accessibility' (toegankelijkheid) op basis van Levesque e.a. (2013)

Auteur	Definitie	Dimensies
Bashur et al., 1971	Accessibility as the functional relationship between the population and medical facilities and resources, and which reflects the differential existence either of obstacles, impediments and difficulties, or of factors that are facilitators for the beneficiaries of health care	
Donabedian, 1973	Accessibility comprising the concept of degree of adjustment between resources and populations	
Salkever, 1976	Accessibility combining attributes of the resources and attributes of the population	Financial accessibility; Physical accessibility
Aday & Andersen, 1974	Access as entry into the health care system	Predisposing factors; Enabling factors; Need for health care
Penchansky & Thomas, 1981		Affordability; Accessibility; Accommodation; Availability; acceptability
Dutton, 1986	Utilisation viewed as the product of patients characteristics plus provider and system attributes	Financial; Time; Organizational factors
Frenk, 1992	Access as the ability of the population to seek and obtain care. Accessibility is the degree of adjustment between the characteristics of health care resources and those of the population within the process of seeking and obtaining care	
Margolis et al., 1995	The timely use of personal health services to achieve the best possible outcomes	Financial; Personal; Structural
Haddad & Mohindra, 2002	The opportunity to consume health goods and services	Availability; affordability; acceptability; adequacy
Shengelia et al., 2003	Coverage: probability of receiving a necessary health intervention, conditional on health care need Utilization: quantity of health care services and procedures used	Physical access; Resource availability; Cultural acceptability; Financial affordability; Quality of care
Peters et al., 2008	Access viewed as including actual use of services. A clear emphasis is given to consider both users and services characteristics in evaluation of access. The notion of fit between users and services is identified	Quality; Geographic accessibility; Availability; Financial accessibility Acceptability of services

Tabel 2.3 Enkele overige definities (en ruimere benadering)

Auteur	Definitie en benadering
Iwarsson & Stahl, 2003	Accessibility is a relative concept, implying that accessibility problems should be expressed as a person-environment relationship. In other words, accessibility is the encounter between the person's or group's functional capacity and the design and demands of the physical environment. Accessibility refers to compliance with official norms and standards, thus being mainly objective in nature. Whenever using the concept of accessibility, statements must be based upon valid and reliable information gathered in three steps: (1) The personal component (description of functional capacity in the individual or group at target, based on knowledge on human functioning). (2) The environmental component (description of barriers in the environment at target, in relation to the norms and standards available) (3) An analysis juxtaposing the personal component and the environmental component (description of accessibility problems).
Rubin et al., 2006	'Access has been defined as the fit between the patient and the healthcare system, and as a multidimensional concept embracing not just availability but also utilisation, relevance, effectiveness and equity. The concept of access is also considered to apply to the 'in-system' experience as much as to entry to health care'
NCCSDO, 2001	…'facilitating access is concerned with helping people to command appropriate health care resources in order to preserve or improve their health. There are at least four aspects. If services are available, in terms of an adequate supply of services, then a population may 'have access' to services. The extent to which a population 'gains access' also depends on financial, organisational and social/cultural barriers that limit the utilisation of services. Thus utilisation is dependent on the affordability, accessibility and acceptability of services and not merely adequacy of supply. The services available must be relevant and effective if the population is to 'gain access to satisfactory health outcomes'. The availability of services, and barriers to access, have to be considered in the context of the differing perspectives, health needs and cultural settings of diverse groups in society. Facilitating access is then concerned with helping people to command appropriate health care resources in order to preserve or improve their health.'

2.4.2 Toegankelijkheid als het resultaat van een interactie

2.4.2.1 'Degree of fit' – interactie tussen cliënt en systeem

Een standaardwerk in de conceptualisering van toegang/toegankelijkheid is een paper van Penchansky & Thomas (1981). Deze kwam ook aan bod in tabel 2.2 en tabel 2.3. De auteurs definiëren 'access' als *"a concept representing the degree of 'fit' between the clients and the system. (…). Access is viewed as the general concept which summarizes a set of more specific areas of fit between the patient and the health care system"* (p.128). Penchansky & Thomas beschouwen toegang dus als 'the degree of fit' of de onderlinge afstemming (of match) tussen cliënten, patiënten,… enerzijds, en 'het systeem' anderzijds. Eenzelfde visie vinden we ook bij andere auteurs terug (zoals ook blijkt uit de definities vermeld in de tabellen hierboven). In 1973 omschreef Donabedian toegang al als 'the degree of adjustment between resources & populations" (tabel 2.2); Khan en Bhardwaj (1994) beschrijven toegang als *'the outcome of a process, determined by an interplay between the characteristics of the health care service system and the characteristics of potential users'* (tabel 2.1). Ook bij Iwarsson & Stahl (2003) (tabel 2.3) vinden we het idee van toegankelijkheid als het resultaat van de afstemming tussen de persoonlijke component en de systeemcomponent terug, al spreken zij over een 'environmental component'. In hun vergelijking van definities komen ook Russell en collega's (2013) tot de vaststelling dat toegang (en meer specifiek in de context van gezondheidszorg) gebaseerd is op dynamische interacties tussen kenmerken van gezondheidszorg enerzijds, en kenmerken van de cliënten anderzijds.

2.4.2.2 Samenspel tussen meerdere actoren, op verschillende niveaus

Maar wat betekent 'het systeem' dan? Zijn dit de voorzieningen zoals ze zijn uitgetekend (en de bijhorende regelgeving), of gaat het om de dienstverleners zelf, de personen die de voorzieningen 'bemannen'? Wellicht allebei. Om die reden lijkt ons de voorstelling van het EXPH (2016), wat eerder aan bod kwam, nog vollediger. In deze voorstelling vinden we ook duidelijk het idee van toegankelijkheid als het resultaat van een interactie terug, maar wordt erkend dat toegankelijkheid het resultaat is van een samenspel tussen *meerdere* niveaus en actoren. Een vergelijkbare benadering vinden we ook bij andere auteurs terug. Een eerste voorbeeld is het GOETE-project (zie Parreire do Amaral en collega's, 2013). Hier worden ook drie niveaus onderstreept en onderzocht, met name het micro-niveau van individuen, het meso-niveau van instituties en professionele interacties, en het macro-niveau van de samenleving.

Een tweede voorbeeld vinden we terug bij Lammertyn (1998), binnen de context van hulpverlening. Deze bron is al wat ouder, maar blijft relevant. Lammertyn onderscheidt verschillende actoren (of ook wel benaderingen van toegankelijkheid):

- De hulpvrager, bij wie vanuit psychologisch oogpunt processen spelen schaamte, stigmatisering,…Vanuit sociologisch oogpunt speelt ook de sociale positie een rol;
- De professionele hulpverlener, of beter gezegd het spanningsveld tussen de professionele hulpverlener en de (potentiële) cliënt. Hier verwijst Lammertyn onder meer naar het fenomeen waarbij hulpverleners cliënten als een 'goede' dan wel 'lastige' cliënt labelen, en dat de hulpverlening die de cliënten ontvangen hierdoor mee wordt bepaald. Hij wijst er ook op dat het ontwikkelen van een 'professionele' benadering de kijk van hulpverleners verandert en een invloed heeft op hun benadering van cliënten, wat ook drempels kan opwerpen;
- De wijze waarop zorgverstrekkende organisaties zijn uitgebouwd. Lammertyn verwijst hier onder meer naar de omstandigheden waarin hulpverleners moeten werken. Hij refereert naar de 'street level bureaucracy' van Lipsky (1980) als voorbeeld. 'Omstandigheden' waarin met moet werken verwijst hierbij onder meer naar een tekort aan 'financiële en personele middelen', of het gebrek aan eenduidigheid in de doelstellingen van de organisatie. De werkomstandigheden leiden er volgens Lipsky toe dat men in de praktijk strategieën ontwikkelt om hiermee om te gaan die een invloed hebben op de dienstverlening, zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen van strategieën en handelingswijzen om de vraag (en dus de 'workload') te beperken;
- Daarnaast is er ook de globale structuur van de zorg. Hierbij gaat het over hoe het 'systeem van zorg' doorheen de jaren gestalte heeft gekregen. Denk hierbij aan het type instellingen (overheidsgebonden of commercieel,…), aan de prioriteiten die worden gesteld, aan welke aspecten men combineert binnen eenzelfde organisatie,…
- Tot slot is er ook nog de bredere maatschappij: de hierboven vermelde factoren hangen mee af van het door de overheid gevoerde sociaal beleid, gezondheidsbeleid,… De voorzieningen zijn ook afhankelijk van de financiële en personele middelen die de gemeenschap bereid is te geven; het draagvlak om bepaalde problemen aan te pakken, …

Ook Vandenbroeck en Lazzari (2014) tenslotte benadrukken het belang van de verschillende 'levels' of actoren in hun onderzoek naar de toegankelijkheid van kinderopvang/onderwijs voor jonge kinderen. Ze onderscheiden hierbij:

- Het beleidsniveau (wat in grote lijnen overeenkomt met het 'systeem'), wat ze omschrijven als 'policy measures regarding the availability of services as well as general quality regulations and monitoring'. Een voorbeeld dat gegeven wordt is dat systemen van kinderopvang die volgens marktprincipes werken minder effectief zijn in het bereiken van armere families, zelfs indien met 'vouchers' of cheques wordt gewerkt;

- Kenmerken van de dienstverlening ('provision') – de auteurs halen hier als voorbeeld aan dat families van buitenlandse herkomst vaker jobs hebben met onregelmatige uren, wat flexibelere openingstijden van kinderopvang vereist;
- Kenmerken van families. Hierbij wordt onder meer gesteld dat families van buitenlandse herkomst vaak kleinere informele netwerken hebben en minder toegang tot informatie over kinderopvang en inschrijvingsprocedures. Een ander voorbeeld is het gebrek aan vertrouwen tegenover de overheid en publieke dienstverlening bij Roma, wat een belemmerende factor is voor deelname van hun kinderen.

In dit kader spreekt men soms van 'multidimensionaliteit', zoals we ook zagen in het werk van EXPH. De term 'multilevel' lijkt ons echter accurater als het gaat over de verschillende (niveaus) van actoren en hun relatie. 'Multidimensionaliteit' krijgt in de context van toegankelijkheid nog een andere invulling, hier komen we verderop op terug.

Samengevat kunnen we dus stellen dat toegankelijkheid een relatief concept is: de toegankelijkheid van een dienstverlening wordt bepaald door het samenspel ('de match') tussen kenmerken van de cliënt en kenmerken van de dienstverlening. Dit 'systeem' kan meerdere niveaus en actoren omvatten, daarom refereren we naar toegankelijkheid als een multilevel construct.

De wetenschappelijke literatuur biedt nog een aantal bijkomende elementen, die toelaten om de impact van 'het systeem' beter te vatten.

- Op basis van Koning en Banting (2013) wordt duidelijk dat het juridisch kader en de regelgeving een duidelijke impact hebben op toegankelijkheid. Deze auteurs analyseerden vormen van sociale exclusie op vlak van welzijn/sociale bescherming bij immigranten in Canada. Ze vermelden onder andere dat er al exclusie is door wat ze 'direct disentitlement' noemen, met name het (nog) geen recht hebben op bepaalde vormen van bescherming of ondersteuner als immigrant. In Belgische context kunnen we bijvoorbeeld denken aan het feit dat vreemdelingen met een verblijfsrecht voor onbepaalde duur niet dezelfde rechten hebben als Belgen inzake sociale zekerheid, regelgeving rond wanneer men mag werken,…
- Tot slot willen we ook nog het concept van 'administrative burden' vermelden (Burden e.a., 2012; Moynihan e.a., 2014). 'Administrative burden' of administratieve last wordt gedefinieerd als *"an individual's experience of policy implementation as onerous"*. Het gaat om lasten die de burger ervaart in interactie met overheidsdiensten, en deze lasten hebben een impact op het al dan niet toegang vinden tot, en gebruik maken van deze diensten. De 'lasten' verschillen van regels; hier gaat het om kosten die individuen ervaren in hun contacten met de overheid. Administratieve last bestaat uit 'learning costs', 'psychological costs' en 'compliance costs'. In tabel 2.4 wordt weergegeven hoe de verschillende componenten van 'administrative burden' worden gedefinieerd.

Tabel 2.4 De componenten van administratieve last (Moynihan e.a., 2014)

Type of cost	Application to social policy
Learning costs	Citizens must learn about the program, whether they are eligible, the nature of benefits, and how to access services
Psychological costs	Citizens face stigma of participating in an unpopular program, as well as the loss of autonomy and increase in stress arising from programm processes
Compliance costs	Citizens must complete applications and re-enrollments, provide documentation of their standing and avoid or respond to discretionary demands

Op basis van referenties uit de gedragseconomie beargumenteren de auteurs dat individuen geen rationele benadering kiezen als het op deze lasten aankomt; het is niet zo dat men op rationele wijze kosten en voordelen afweegt: *"the impact of burdens depends on how individuals construe the world, not on*

objective measures of costs and benefits". Zo kunnen 'redelijke' lasten vanuit het standpunt van een beleidsmaker voor grote effecten zorgen bij de burgers. Daarnaast is men ook geneigd om het 'nu' boven de toekomst te kiezen, en kan men het vermijden van lasten in het 'nu' verkiezen boven aanzienlijke voordelen op langere termijn (bijvoorbeeld niet investeren in een lange applicatieprocedure in het heden, terwijl dit voordelen in de toekomst zou opleveren). Samengevat: 'small burdens can be a big deal'. Moynihan en collega's (2014) benadrukken verder ook dat het creëren of verminderen van dergelijke lasten vaak ook een politieke keuze is; de auteurs spreken van 'hidden politics', waarbij betekenisvolle beleidsveranderingen relatief 'ongemerkt' kunnen plaatsvinden; veranderingen in regelgeving en dergelijke kunnen doorgaan voor 'technische zaken' terwijl het in feite om inhoudelijke, politieke keuzes gaat.

2.4.3 Toegankelijkheid als een continuüm

De terminologie van 'degree of fit', of ook 'degree of adjustment' (cf. supra) geeft impliciet ook aan dat toegankelijkheid een continuüm is. Dit is bijvoorbeeld ook zichtbaar in de definitie van Haggerty et al. (2011), die verwijzen naar 'the *ease* with which a person can obtain needed care'. Toegankelijkheid is dus geen zwart-wit verhaal, maar er zijn heel wat grijze tinten tussenin.

Ricketts en Goldsmith (2005) onderstrepen daarnaast ook dat 'access' ook een dynamisch proces is *'where there is the potential for individuals and families to learn and modify their behavior'* (p. 274). De auteurs spreken over 'dynamic axes of learning and adaptation': *"there is an ecology of access where the desirable competencies that promote effective use of services compete with competencies to avoid interactions that negatively affect people's self-worth, sense of trust and community"*. Cliënten, patiënten, zijn dus in zekere zin consumenten die uit ervaringen leren en op basis daarvan handelen en ervoor kiezen wel of niet gebruik te maken van een voorziening. Ricketts en Goldsmith voegen er ook aan toe dat het dynamische karakter van toegang vaak niet wordt meegenomen in onderzoek.

2.4.4 Multidimensionaliteit van toegang/toegankelijkheid

Volgens Penchansky en Thomas (1981) vertaalt zich de 'degree of fit' in een aantal 'areas of fit', of kortweg dimensies. Die verschillende 'areas of fit', of dimensies, zijn beschikbaarheid ('availability'), toegankelijkheid ('accessibility'), 'accommodation', betaalbaarheid (affordability), en aanvaardbaarheid ('acceptability'). In tabel 2.5 geven we de uitleg per dimensie weer, zoals verwoord door Penchansky & Thomas; voorbeelden komen uit de gezondheidszorg aangezien de dimensies in deze context werden ontwikkeld.

Tabel 2.5 'Areas of fit' of dimensies van toegang bij Penchansky & Thomas (1981)

Dimensie	Uitleg
Beschikbaarheid/availability	The relationship of the volume and type of existing services (and resources) to the clients' volume and types of needs.
Toegankelijkheid/accessibility	The relationship between the location of supply and the location of clients, taking account of client transportation resources and travel time, distance and cost
'Accommodation'	The relationship between the manner in which the supply resources are organized to accept clients (including appointment systems, hours of operation, walk-in facilities, telephone services) and the clients' ability to accommodate to these factors and the clients' perception of their appropriateness
Betaalbaarheid/affordability	The relationship of prices of services and providers' insurance or deposit requirements to the clients' income, ability to pay, and existing health insurance.
Aanvaardbaarheid/acceptability	The relationship of clients' attitudes about personal and practice characteristics of providers to the actual characteristics of existing providers, as well as to provider attitudes about acceptable personal characteristics of clients

Deze dimensies vinden we in heel wat later werk terug, vaak in een aangepaste vorm. Heel wat auteurs bouwden verder op deze dimensies. In wat volgt geven we enkele voorbeelden.

Russell en collega's (2013) komen tot 7 dimensies, voortbouwend op de dimensies van Penchansky & Thomas. 'Availability', 'affordability', 'accommodation' en 'acceptability' blijven behouden. 'Accessibility' wordt hier opgevangen door 'timeliness' en 'geography'. Ook 'awareness' werd toegevoegd als dimensie (de toevoeging van awareness vinden we overigens ook terug bij Saurman (2016). Interessant in deze voorstelling is ook dat het idee van 'degree of fit', van samenspel tussen vraag en aanbod, sterk tot uiting komt in de voorstelling van de dimensies.

Figuur 2.4 Dimensies van Toegang volgens Russel e.a. (2013)

Dimension	Definition: The fit between: Health system characteristic	↔	Population characteristic
1. **Availability**[†9,10,17,18]	The volume and type of services	↔	The volume and type of population needs
2. **Geography**[†7,20]	The proximity of providers to consumers	↔	The ease with which the population can transcend this space
3. **Affordability**[‡10]	The direct and indirect costs of securing health care	↔	The consumer's ability to meet direct and indirect costs of health care
4. **Accommodation**[‡10,13]	The manner in which the supply resources are organised	↔	The consumers' ability to contact, gain entry to and navigate the health system
5. **Timeliness**[‡]	The time until health care can be provided	↔	The urgency of the need for health care
6. **Acceptability**[‡10,24]	The provider's attitudes and beliefs about health and personal characteristics of consumers (eg. age, gender, religion, ethnicity)	↔	The consumer's attitudes and beliefs about health and personal and practice characteristics of providers
7. **Awareness**[‡]	The communication of health and health systems information to consumers	↔	The consumer's understanding of their health needs and knowledge of how to have these needs met.

Russell en collega's concretiseerden de verschillende dimensies verder door dit te vertalen in sleutelvragen die beleidsmakers moeten aanpakken om een redelijke toegang te verzekeren. De concrete context hier is toegang tot eerstelijnsgezondheidszorg in afgelegen en rurale gebieden in Australië (PHC staat voor primary health care). We vermelden dit hier, omdat dit toelaat om een concretere voorstelling te maken van hoe men met deze dimensies aan de slag kan gaan.

Tabel 2.6 Vertaling van de dimensies in beleidsvragen om een redelijke toegang te verzekeren (Russell e.a., 2013)

Access dimension	Key policy question
Availability Geography	• Are sufficient core PHC services available to consumers in rural and remote communities? • How easily can consumers in rural and remote communities get to PHC services, or services be delivered to consumers?
Affordability	• How easily can consumers in rural and remote communities afford PHC services?
Accommodation	• Is the PHC service organised in such a way that suits the context from which the consumer comes?
Timeliness	• Is the PHC service easily obtained in a timely way?
Acceptability	• How well does the PHC service meet the sociocultural needs of consumers?
Awareness	• How well do consumers understand their health issues and the PHC services available to them?

Levesque en collega's (2013) verwijzen naar 5 dimensies, die eveneens deels overlappen met de dimensies van Penchansky & Thomas, maar ook verschillen vertonen. De dimensies van Levesque e.a. zijn:

Tabel 2.7 Dimensies van toegankelijkheid volgens Levesque en collega's (2013)

Dimensie	Uitleg
Approachability	People facing health needs can actually identify that some form of services exists, can be reached and could have an impact on health. Elements that can contribute to making services more or less approachable are for example transparence, information regarding available treatments and services, outreach activities.
Acceptability	Cultural and social factors determining the possibility for peope to accept the aspects of the service (e.g. the sex or social group of providers, the beliefs associated to systems of medicine) and the judged appropriateness for the persons to seek care.
Availability and accommodation	Health services can be reached both physically and in a timely manner.
Affordability	The economic capacity for people to spend resources and time to use appropriate services (direct costs, indirect costs and opportunity costs)
Appropriateness	The fit between services and clients need, the amount of care spent in assessing health problems and determing the correct treatment and the technical and interpersonal quality of the services provided

Roose & Bouverne-De Bie (2003) introduceerden binnen Vlaanderen een vergelijkbaar kader, genaamd de 5 b's, die overigens ook al in beleidsdocumenten werden overgenomen (o.a. Vlaams Beleidsplan voor de jeugdhulp, 2008-2012). Hierbij gaat het over bereikbaarheid, betaalbaarheid, beschikbaarheid, begrijpbaarheid en bruikbaarheid. De auteurs beschouwen dit als minimale voorwaarden voor het vervullen van het recht op maatschappelijke dienstverlening. Dit werd gebruikt in de context van jeugdhulp, maar later ook breder ingezet. Ook binnen sport wordt bijvoorbeeld geregeld naar de 5b's verwezen als richtinggevend kader om voor toegankelijkheid te zorgen. De 5'bs werden in feite eerst ontwikkeld in het kader van rechtshulp (Parmentier, 1998; Hubeau en Parmentier, 2008), en dan vertaald naar jeugdhulp, en daarna breder.

Tabel 2.8 De 5b's (Roose, 2003)

Dimensie	Verwijst naar …
Beschikbaarheid	Het bestaan van een aanbod, en naar het feit dat de hulpverlening aanspreekbaar is voor zaken die niet direct te maken hebben met het aanmeldingsprobleem
Bereikbaarheid	Het al dan niet ervaren van drempels naar de hulpverlening, bijvoorbeeld een gebrekkige kennis van het aanbod, de afstand naar een voorziening
Betaalbaarheid	De financiële kost, maar ook naar andere kosten die mensen kunnen ervaren in de hulpverlening, bijvoorbeeld het opgeven an de privacy en negatieve sociale en psychologische gevolgen van een interventie
Bruikbaarheid	De mate waarin de cliënt de hulpverlening als ondersteunend ervaart: is de hulp afgestemd op de vraag, de vaardigheden en de taal van de cliënten?
Begrijpbaarheid	Verwijst naar de mate waarin cliënten zicht hebben op de reden van de interventie en de wijze waarop men het probleem wil aanpakken

De 5b's werden later aangevuld tot 7b's, met betrouwbaarheid en bekendheid als extra dimensies.

In een context van onderwijs en vanuit een rechtenbenadering (rights to, in & through educcation) spreekt Thomasevski (2001) van een '4A scheme', met de begrippen 'availability', 'accessibility', 'acceptability' & 'adaptibility'. Adaptability verwijst onder meer naar aanpasbaarheid naar specifieke doelgroepen toe; in de onderwijscontext gaat het om kinderen met speciale noden, en de mogelijkheid van onderwijs buiten schoolmuren (bijvoorbeeld voor werkende kinderen).

Vandenbroeck en Lazzari (2014) komen tot '5 cruciale criteria' die bijdragen tot de toegankelijkheid van kinderopvang voor gezinnen met een achtergestelde positie, met name 'availability', 'afordability', 'accessibility', 'usefulness' en 'comprehensibility'. Comprehensibility is een nieuwe dimensie in vergelijking met de dimensies die we tot hiertoe bespraken, al wordt deze dimensie wel opgenomen als onderdeel van de 7 principes voor kwaliteitsvolle sociale dienstverlening in 'A Voluntary European Quality Framework for Social Services', die we eerder vermeldden. Vandenbroeck en Lazzari omschrijven 'comprehensibility' (in een context van 'early childhood education and care' of afgekort ECEC) als *'the extent to which the meaning of ECEC provision is matched with the meanings that parents attribute to this provision. This implies that values, beliefs and educational practices of the services are negotiated with families and local communities'*.

Kortom, naargelang de auteur vinden we andere dimensies terug van toegang/toegankelijkheid. Soms worden dezelfde begrippen gebruikt met een deels andere invulling, of een ander begrip voor een vergelijkbare invulling. Er zijn zeker gelijkenissen, en begrippen komen terug, maar er zijn ook telkens een aantal verschillen tussen de verschillende kaders.

2.4.5 Enkele inspirerende modellen met aandacht voor de cliëntzijde

In de vorige paragraaf stonden we voornamelijk stil bij de 'aanbodzijde', en in welke mate deze tegemoet komt aan de noden van de doelgroep. In deze paragraaf presenteren we inzichten uit de literatuur die toelaten om belemmeringen vanuit de vraagzijde (i.e. potentiële cliënten van voorzieningen) beter te begrijpen. Concreet lichten we twee modellen toe, met name het concept van 'candidacy' (o.a. Dixon-Woods e.a., 2006) en de conceptualisering van toegang door Levesque, Harris en Russel (2013). Het model van 'candidacy' is specifiek gericht op de cliëntenzijde. Het toont duidelijk de complexiteit van de 'vraagzijde' van voorzieningen (of wat je de 'nood' zou kunnen noemen), en hoe dit het resultaat is van een interactieproces.

Levesque en collega's bieden daarentegen een totaalmodel van 'access' of 'toegang'. Ze geven een definitie, en daarnaast ook een schematische voorstelling (binnen de context van de gezondheidszorg). De meerwaarde van dit model zit volgens ons op twee vlakken, met name 1) dat het toelaat om beter te begrijpen wat vereist is opdat een individu daadwerkelijk van een dienst gebruik maakt, 2) dat het tegelijk ook eerder genoemde elementen overzichtelijk en helder samenbrengt (met name toegankelijkheid als multilevel/multiactor construct, resultaat van interactie, de verschillende dimensies). We vermelden hierbij aansluitend ook enkele onderzoeksbevindingen van andere auteurs.

2.4.5.1 'Candidacy' (of kandidaatschap)

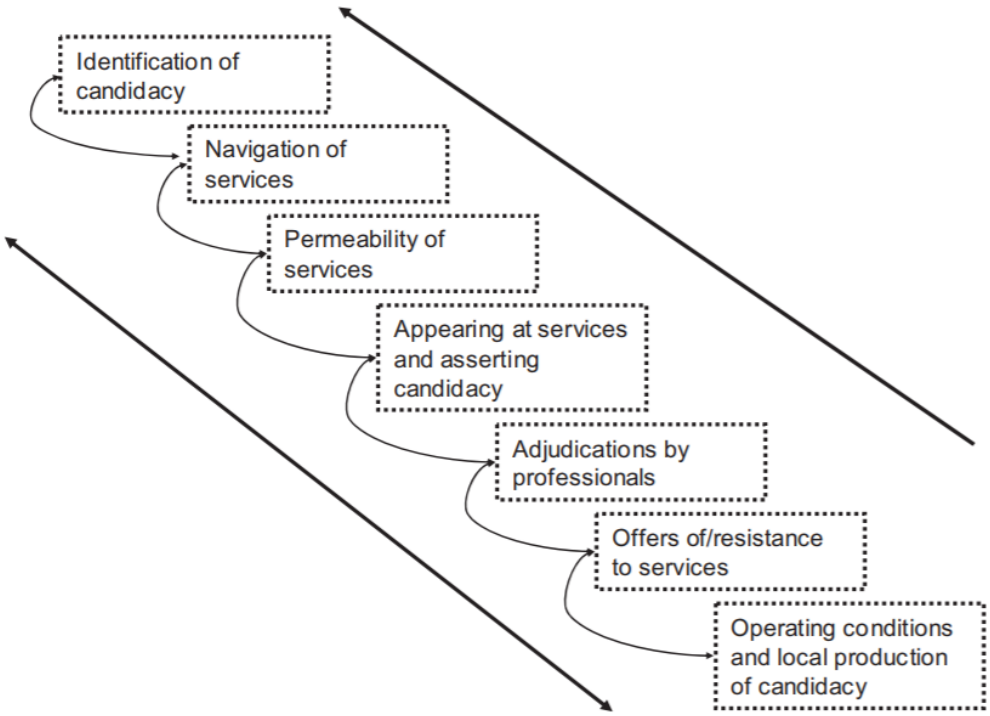
Candidacy (of kandidaatsstelling) is een concept dat geïntroduceerd werd door Dixon-Woods (2006), en gebruikt wordt om toegang en het gebruik van diensten te begrijpen. Het ontstond binnen een context van gezondheidszorg. MacKenzie en collega's (2013) analyseerden de meerwaarde van het concept in andere contexten van publieke dienstverlening en stellen een aantal verfijningen voor aan het model, maar beschouwen het model wel als veelbelovend om toegang ook in andere contexten beter te begrijpen.

Het uitgangspunt bij het concept van candidacy is – vergelijkbaar met het model van Levesque en collega's - dat er dan wel factoren zijn op vlak van vraag en aanbod die het gebruik van diensten ('servic uptake') bepalen, maar dat de interactie tussen beiden ook erg belangrijk is.

MacKenzie en collega's leggen het concept als volgt uit: "*candidacy is a dynamic concept that captures the idea that individuals' views of whether they are a candidate for particular illnesses or conditions and the associated interventions and services are socially constructed. It is dynamic because it argues that one's acceptance of candidacy may be challenged/augmented over time through one's social and cultural circumstances and personal experience of service use (including one's multiple encounters with professionals). It suggests that barriers to optimal service use are to be found at material, structural organizational, professional, social, cultural and individual levels (…).*

Er zijn zeven (overlappende) stappen die samen het proces van "negotiating candidacy" vormen.

Negotiating the candidacy journey for health services – an extrapolation from Dixon-Woods *et al.* 2006



Woordelijk worden de zeven stappen – die dus niet chronologisch volgen maar kunnen samengaan of elkaar kunnen overlappen – als volgt uitgelegd:

Stages of candidacy	Description of stages
Identification of candidacy	Process by which individuals come to view themselves as legitimate candidates for particular services
Navigation of services	Knowing how to make contact with appropriate services in relation to identified candidacy
Permeability of services	Includes the level of explicit and implicit gate-keeping within a service and the complexity of its referral systems; in addition it refers the 'cultural alignment' between users and services
Appearing at services and asserting candidacy	The work that individuals must do to assert their candidacy in an interaction with a health care professional
Adjudication by professionals	Candidacy as expressed by service-users is validated or otherwise by healthcare professionals and this influences subsequent offers of services
Offers of, resistance to, services	Emphasizes that follow-up services may be appropriately or inappropriately offered and that these may or may not be acted uponby service-users
Operating conditions and local production of candidacy	This incorporates factors that influence decisions about subsequent service provision (e.g. the resources available for addressing candidacy) and the kinds of contingent relationships that develop between professionals and service-users over a number of encounters)

De bottomline hier is dat het heel wat 'vergt' om daadwerkelijk cliënt te zijn van een bepaalde voorziening, en dat 'nood' op die manier ook een sociale constructie is.

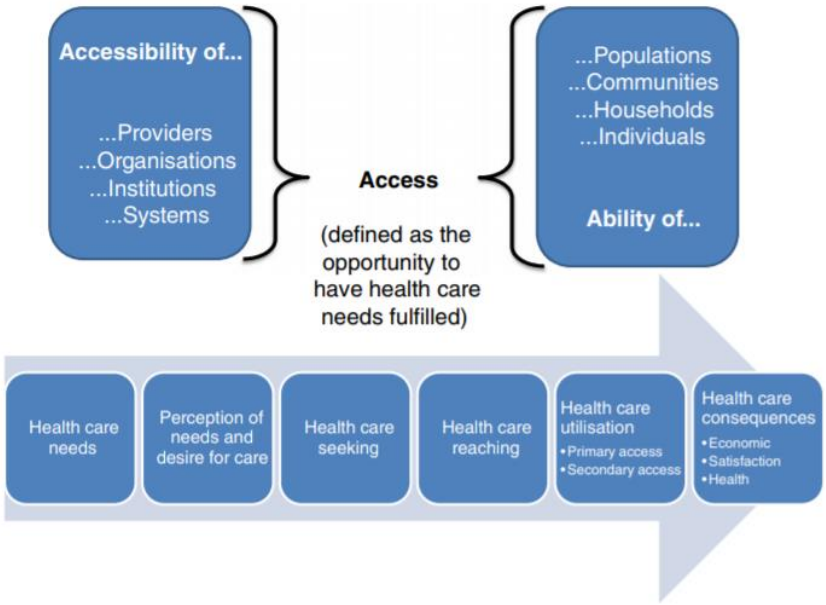
Het concept van candidacy werd eerder ook reeds toegepast in een onderzoek van Koehn (2009), in een paper over de toegang tot zorg van senioren uit etnische minderheden. Candidacy werd gebruikt als kader om 'barriers to access' te analyseren, en werd als een meerwaarde ervaren; het kader verhoogde o.a. 'sensitivity to ethnic minority seniors'. Ook Chase en collega's (2017) gebruikten dit kader in hun analyse van drempels, meer bepaald in de toegang van gezondheidszorg voor asielzoekers.

2.4.5.2 Conceptualisering van toegang door Levesque, Harris en Russell (2013)

In woorden stellen Levesque en collega's: *"Access is defined as the opportunity to reach and obtain appropriate health care services in situations of perceived need for care. Access is seen as resulting from the interface between the characteristics of persons, households, social and physical environments and the characteristics of health systems, organisations and providers."* Daarbij aansluitend: *"factors to consider could thus pertain to supply-side features of health systems and organisations, to demand-side features of populations, and to process factors describing the ways in which access is realized. Therefore we view access as the possibility to identify health care needs, to seek healthcare services, to reach the healthcare resources, to obtain or use health care services, and to actually be offered services appropriate to the needs for care.*"

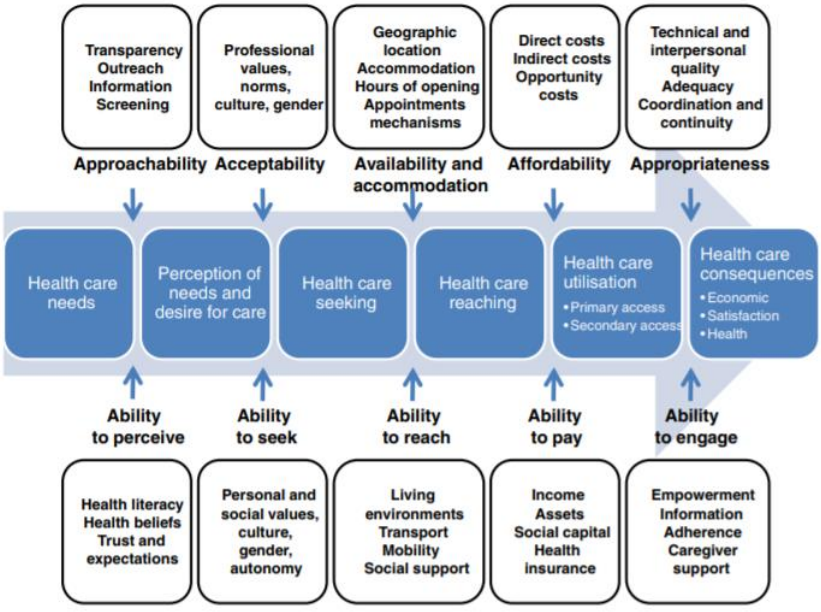
De auteurs voegen er ook aan toe dat toegang niet hetzelfde is als toegankelijkheid: *"this opportunity [zie hierboven] is considered as different from the notion of accessibility, which describes the nature of the services that provide this opportunity."*

De definitie van acces (tot de gezondheidszorg) wordt als volgt grafisch/schematisch voorgesteld:



Zoals hierboven reeds aan bod kwam, onderscheiden Levesque en collega's vijf dimensies van toegankelijkheid, met name 1) 'approachability', 2) 'acceptability', 3)'availability & accommodation', 4) 'affordability', en 5) 'appropriateness'. Parallel met die dimensies die zich op het niveau van het aanbod situeren, identificeren ze ook vijf 'abilities of persons', wat toelaat om te begrijpen waarom individuen niet van een dienst gebruik maken (of beter gezegd wat er allemaal voor nodig is). Concreet gaat het om de 1) 'ability to perceive', 2) 'ability to seek', 3) ability to reach, 4) ability to pay, 5) ability to engage.

Op die manier komen de auteurs tot een conceptueel kader van toegang tot gezondheidszorg:



Ook bij Goddard & Smith (2001) vinden we een aantal elementen terug die in het model vervat zitten, onder andere het feit dat toegang tussen individuen kan verschillen, zelfs in het geval van gratis dienstverlening (of anders gezegd dat die 'ability' verschilt tussen personen): *"there might be considerable variations in the personal costs of using services, and although seeking to equalize personal costs of access is infeasible,*

there must become a point when they become unacceptable. Similarly, although a service is available to all individuals, there may be substatial variations in awareness as to its availability and efficacy, perhaps because of languuage or cultural differences."

Verwijzend naar Parreira do Amaral e.a. (2013) stellen Biggart en collega's (2015) in een andere context, met name binnen het onderwijs dat *"the existence of formal rights and equal educational opportunities are necessary but not sufficient preconditions for successful participation in education. It also requires that individuals perceive and interpret education – and this means its institutional and organizational frameworks – as accessible for them"* (p. 27).

In een overzichtsstudie van verschillende conceptuele modellen over toegang tot gezondheidsdiensten (van 1970 tot 2013) lichten Arrivillaga en Borrero (2016) ook het model van Levesque en collega's toe. De auteurs stellen dat dit zeer dicht bij een rechtenbenadering aanleunt (wat ze als positief zien). Punt van kritiek blijft volgens Arrivillaga en Borrero dat het model het risico met zich meebrengt om te vervallen in een logica van 'decent minimum', waarbij diensten enkel van horizontale billijkheid uitgaan, eerder dan verticale billijkheid. Of anders geformuleerd: toegang moet dan wel gelijk zijn voor individuen met gelijke noden (horizontale billijkheid), maar vergeet dat toegang verschillend moet zijn voor sociale groepen met verschillende noden (verticale billijkheid). Dit komt overigens ook terug in de 'capability'-benadering (zie verder).

Zelf stellen we vast dat het model van Levesque en collega's vaak geciteerd wordt, maar (voor zover we konden nagaan) voorlopig wel telkens binnen een context van gezondheidszorg.

2.4.6 Van 'potential access' over 'realised access' naar een bredere invulling van toegankelijkheid

Naast de theoretische mogelijkheid om gebruik te maken van een dienst ('potential access') - een benadering die onvoldoende is, zoals reeds uitgebreid is gebleken - neemt men ook vaak 'realised access' of het effectieve gebruik dat gemaakt wordt van een dienstverlening als uitgangspunt. Er zijn echter nog een aantal elementen die men daarbij dreigt uit het oog te verliezen; 'realised access' is daarom te beperkt als insteek. Hieronder volgen enkele benaderingen en onderzoeksbevindingen die dit benadrukken.

2.4.6.1 Kwaliteit als onderdeel van toegankelijkheid

In de literatuur wordt ook opgemerkt dat ook kwaliteit in rekening moet gebracht worden bij toegang, terwijl dit in de praktijk minder gebeurt (Goddard & Smith, 2001). Goddard & Smith merken daarbij ook op dat de kwaliteit van diensten aan identieke cliënten kan verschillen tussen bevolkingsgroepen. Goddard & Smith wijzen erop dat toegang, en meer specifiek 'equity in access" erg moeilijk te meten is. Een eerste probleem hierbij is dat het erg moeilijk is om rekening te houden met variaties in 'nood'. Ten tweede wordt het gebruik van diensten vaak als een proxy voor toegang gebruikt. Dit zorgt er ook voor dat ongelijkheid in toegang vaak onder de radar blijkt: *"to some extent, the complexity of these issues has driven research down a path where the main focus has been on services and interventions for which there exist readily available data and where methodological problems are fewer. The result is that evidence is patchy. It is therefore important to recognize that absence of research evidence should not be interpreted as absence of inequities. Indeed the lack of evidence may be an indication of the existence of potentially severe inequities caused by an intrinsic difficulty in monitoring the distribution of services between population groups."*

2.4.6.2 Capability approach

Binnen de capability approach wordt met betrekking tot gelijke toegang eveneens het belang van de kwaliteit van de dienstverlening benadrukt. Daarnaast komt ook het aspect van 'agency' aan bod. Zo stelt Ruger (2007) onder meer: *"Society is obligated to create conditions under which individuals and groups have the capacity to deal with living circumstances and obtain optimal health functioning levels."* En verder: *"Rather than guarantee equal or good health, this approach focuses on societies' obligation for the enabling conditions under which individuals and groups can realize their threshold level or potential in health, reducing the gap between health achievement and health potential (Ruger 1998, 2004a, 2006a). This account of equal access also requires society to ensure social conditions, goods, and services in proportion to individuals' and groups' health needs, as determined by the requirements each individual or group has to achieve their potential in health. These requirements will differ by individual and group and thus will not necessarily constitute equal amounts."* Deze benadering legt dus de klemtoon op verschillen tussen individuen.

2.4.6.3 Treatment gap en 'unmet need'

De WHO hanteert het begrip 'treatment gap' in de geestelijke gezondheidzorg om de kloof aan te duiden tussen het aantal mensen met een bepaalde conditie, en het aantal mensen dat ervoor behandeld wordt (Kohn et al., 2004), of anders gezegd "the difference between the true prevalence rate and the proportion who receive any kind of treatment" (Thornicroft & Tansella, 2013). Een vergelijkbare redenering vinden we terug in het concept van 'unmet need'; dit is een vaak gebruikte indicator voor toegang binnen de gezondheidszorg. We vermelden dit hier, omdat het mogelijk ook relevant is om in andere domeinen na te gaan in welke mate er sprake is van een 'treatment gap' ('behandeling' in brede zin dan, ook andere vormen van hulpverlening of begeleiding), of een 'unmet need'. Ricketts & Goldsmith (2005) stellen ook dat *"evaluating the performance of any health care delivery system intended to increase or guarantee access should include a measure of non-use as much as actual utilization* (p.278).

2.4.6.4 Kritiek op toegankelijkheid als begrip

Het is belangrijk te vermelden dat toegankelijkheid als begrip ook op heel wat kritiek stuit (zie o.m. Coussée en Roets, 2011, De Bisschop 2010, Van de Walle 2011, binnen een context van het jeugdwerk). De essentie hierbij is dat bij toegankelijkheid het aanbod zelf niet in vraag wordt gesteld. Het aanbod wordt als gegeven beschouwd, en er wordt enkel gekeken 'hoe je de doelgroep naar dat aanbod' kan leiden, maar mogelijk is het bestaande aanbod niet de best mogelijke optie voor de doelgroep. Het bestaande aanbod is niet waardenvrij. Deze kritiek hangt nauw samen met het belang van participatie. Volgens ons kan deze kritiek deels worden opgevangen door – maar wijst het tegelijkertijd ook op het belang van - ook criteria zoals bruikbaarheid op te nemen als dimensie van toegankelijkheid, en de 'fit' tussen de noden van de doelgroep enerzijds, en het aanbod anderzijds, mee te nemen in de analyse.

3 | Analyse

Uit het overzicht van de visie in Vlaanderen blijkt dat toegankelijkheid voorop staat als doelstelling, maar er wordt niet gedefinieerd wat dit begrip betekent. Wel is duidelijk dat men hier een verantwoordelijkheid ziet voor voorzieningen om dit aan te pakken, en men hierbij zoveel mogelijk een inclusieve manier van werken verwacht (m.a.w. enkel een categoriale benadering wanneer dit noodzakelijk is), en dat de overheid (voornamelijk via het Agentschap) hierin een begeleidende en ondersteunende rol wil vervullen.

Ook de EU biedt geen uitkomst wat 'toegankelijkheid' betekent. Wat de EU betreft, zien we enerzijds dat het belang van toegang voor migranten wordt benadrukt in een aantal specifieke domeinen, met name onderwijs, beroepsopleiding, tewerkstelling, beroepsopleiding, huisvesting en gezondheidszorg, maar anderzijds lijkt een duidelijke definitie te ontbreken. Wel valt op dat 'access' of 'toegang' naar voor wordt geschoven als begrip, eerder dan 'toegankelijkheid'.

De zoektocht naar buitenlandse 'best practices' inzake een definitie van toegankelijkheid leverde weinig informatie op. Wellicht is dit te wijten aan een combinatie van factoren, met name het feit dat heel wat landen toegankelijkheid niet als doelstelling centraal stellen, maar ook de moeilijkheid om hier volledig zicht op te krijgen; we kregen (nog) niet van alle nationale experts een (afdoende) reactie op onze vragen, en de veelheid aan talen bemoeilijkt ook het eigen zoekproces.

De academische literatuur biedt geen eenduidige definitie, noch van toegankelijkheid, noch van toegang. We zagen wel een aantal richtinggevende elementen terugkomen. Alles samen vonden we heel wat handvaten om tot een conceptualisering van 'toegankelijkheid' te komen. Dit zal dan ook de basis vormen om tot een definitie te komen. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat het hier gaat om 'toegankelijkheid' in het algemeen. Hoewel er internationaal studies werden gevoerd over drempels die migranten ervaren in specifieke contexten, vonden we binnen de 'integratieliteratuur' weinig aanknopingspunten om tot een definitie van toegankelijkheid te komen, waardoor werd geopteerd om te vertrekken van meer algemene theoretische kaders omtrent toegankelijkheid. Omgekeerd heeft de bredere aanpak als voordeel dat dit ook de toegankelijkheid van dienstverlening voor andere doelgroepen ten goede zal komen.

Door de combinatie van het gebrek aan duidelijkheid op Vlaams niveau enerzijds, het feit dat voorbeelden in het buitenland geen oplossing bieden, en de veelheid aan elementen op basis van de wetenschappelijke literatuur, stellen we dan ook voor om te vertrekken van een "maximale definitie", en deze voor te leggen aan de stakeholders. In de conclusie lijsten we alle bouwstenen op die op basis van het literatuuronderzoek werden geïdentificeerd. Aan de hand van de workshop zullen dan die bouwstenen die als minder noodzakelijk of relevant worden beschouwd in overleg geschrapt worden, om uiteindelijk tot een afgelijnde definitie te komen.

Ook wat de definitie van een 'voorziening' betreft, is overigens nood aan meer duidelijkheid. Er wordt wel een definitie van een reguliere voorziening gegeven, maar niet van een voorziening in het algemeen, bijgevolg is niet volledig duidelijk welke voorzieningen beoogd worden met de doelstelling van toegankelijkheid – of anders gezegd, welke voorzieningen volgens de wetgever de verantwoordelijkheid hebben om toegankelijkheid te bewerkstelligen/verwezenlijken.

4 | Bouwstenen voor de Vlaamse conceptualisering van toegankelijkheid van voorzieningen

4.1 Wat is toegankelijkheid?

In wat volgt lijsten we de geïdentificeerde potentiële bouwstenen op om tot een definitie van toegankelijkheid te komen. We spreken van een definitie, maar in feite geeft deze uiting aan een achterliggende visie. Zoals hierboven vermeld reiken we de *mogelijke* bouwstenen aan; de bedoeling is om op basis van consultatie van, en overleg met stakeholders te bepalen welke worden weerhouden en welke eventueel worden geschrapt. Er zijn 5 grote bouwstenen, maar de meeste bouwstenen bestaan verder uit een aantal subdimensies of componenten, die apart ter bespreking zullen worden voorgelegd.

Hierbij stellen zich 4 vragen:

1. Welke van de 5 'grote' bouwstenen nemen we op in de definitie van toegankelijkheid?
2. Welke van de subdimensies (of deelcomponenten) van de bouwstenen worden weerhouden?
3. Bij welke van de weerhouden bouwstenen en subdimensies verwachten we specifieke noden bij migranten?
4. Welke van de bouwstenen en subdimensies vallen expliciet onder de verantwoordelijkheid van het integratiebeleid (en zijn instrumentarium), en welke vallen eerder onder de bevoegdheid van de aparte beleidsdomeinen (gezondheid, onderwijs, werk, wonen, etc.)?

Bij de vierde vraag, met name de vraag naar de bouwstenen en deelcomponenten die onder de verantwoordelijkheid van het integratiebeleid vallen, zal in het vervolg van het onderzoek ook in kaart worden gebracht of/hoe deze gelinkt zijn aan het huidige beleidsinstrumentarium binnen het integratiebeleid.

De vijf grote bouwstenen (en bijhorende deelcomponenten) die op basis van de literatuurstudie werden geïdentificeerd zijn de volgende:

1. Toegankelijkheid is de 'degree of fit' of de mate van afstemming tussen 1) kenmerken van de cliënt/hulpvrager/participant (en diens bredere context), 2) kenmerken van de dienstverlening, en 3) kenmerken op beleidsniveau, en 4) kenmerken van de bredere maatschappij. Kenmerken van de dienstverlening omvatten 2a) de professionele dienstverleners en 2b) de wijze waarop de dienstverlenende organisaties zijn uitgebouwd. Het beleidsniveau refereert naar 3a) de globale structuur van de dienstverlening of zorg, inclusief 3b) het regelgevend kader dat hieraan verbonden is.

2. Toegankelijkheid is het resultaat van een dynamische interactie tussen bovengenoemde actoren; het gaat om een dynamisch proces van leren en aanpassing.

3. Toegankelijkheid is een multidimensioneel concept. Een toegankelijke dienstverlening of voorziening is beschikbaar, betaalbaar, bruikbaar, aanvaardbaar, bereikbaar, bekend, begrijpbaar, betrouwbaar en aanpasbaar.

Dit is wat we onder de dimensies begrijpen: (onderstaand overzicht is gebaseerd op de literatuur zoals eerder gepresenteerd – de terminologie omvat de 7b's zoals deze in Vlaanderen worden gebruikt, omdat dit vrij volledig bleek na aftoetsing met de internationale literatuur (evt. met uitzondering van aanvaardbaarheid en aanpasbaarheid); de concrete invulling van elke dimensie werd wel aangevuld op basis van de internationale literatuur):

Dimensie	Omschrijving
Beschikbaarheid	Het volume en type van de aangeboden diensten komt overeen met het volume en type van de noden van de gebruikers. Beschikbaarheid verwijst daarnaast ook naar de aan- of afwezigheid van drempels zoals wachtlijsten of administratieve procedures. Is er een dienstverlening voorzien die een antwoord vormt op de nood, en kan de gebruiker hier effectief beroep op doen binnen een aanvaardbare termijn?
Betaalbaarheid	De kosten van de dienstverlening zijn haalbaar voor de gebruikers. Kosten kan hierbij gaan om directe, indirecte en opportuniteitskosten; het kan gaan om financiële kosten, maar ook andere (zoals opgeven van privacy; negatieve sociale en psychologische gevolgen van de dienstverlening, zoals bijvoorbeeld stigmatisering)
Bruikbaarheid	Dit verwijst naar de aard van de aangeboden dienst, en de afstemming op de noden en wensen van de gebruiker, alsook op diens vaardigheden en taal. Is deelname wenselijk en betekenisvol, vormt het een passend antwoord op de ervaren nood? Bruikbaarheid heeft ook betrekking op de manier waarop een dienstverlening is georganiseerd. Is de werking van de voorziening (inclusief systemen om afspraken te maken, openingsuren, 'inloop'momenten,…) in overeenstemming met de mogelijkheden en verwachtingen van gebruikers?[2] Ook sociale en culturele factoren dienen te worden vermeld: is de aangeboden dienst aanvaardbaar voor de gebruiker? Het gaat in feite dus zowel om bruikbaarheid als om aanvaardbaarheid; aanvaardbaarheid kan eventueel als aparte dimensie worden opgenomen.
Bereikbaarheid	Deze dimensie betreft de fysieke en ruimtelijke/geografische toegankelijkheid van een dienst of voorziening. Wat dit laatste betreft, is de vraag waar een dienst wordt aangeboden, en hoe 'overbrugbaar' de afstand is voor de gebruiker.
Bekendheid	Deze dimensie verwijst in de eerste plaats naar de mate waarin een gebruiker een voorziening kent, en weet dat een aanbod beschikbaar is om aan een specifieke nood tegemoet te komen. Dit kan echter aangevuld worden met een bredere invulling, rekening houdend met 'approachability' of benaderbaarheid: de gebruiker/cliënt/burger/hulpvrager weet hoe hij/zij in contact kan komen met een dienst of zich hiervoor aan te melden te gebruiken.
Begrijpbaarheid	Deze dimensie verwijst naar de mate waarin duidelijk is waar een aanbod voor staat, waar het op gericht is en hoe men een probleem wil aanpakken. Ook transparantie, informatie over de dienstverlening en outreachende activiteiten horen hieronder thuis. Bekendheid en begrijpbaarheid liggen volgens ons erg dicht bij elkaar.
Betrouwbaarheid	Het aanbod wordt als betrouwbaar gepercipieerd door de gebruiker. De gebruiker durft deel te nemen en heeft vertrouwen in de dienstverlening.
Aanpasbaarheid	Het aanbod is aanpasbaar naar specifieke doelgroepen toe.

4. 'Realised access' of 'gerealiseerde toegang' is een zichtbaar eindresultaat van toegankelijkheid, maar toegankelijkheid kan hiertoe niet worden herleid. Naast 'gerealiseerde toegang' is het ook belangrijk om rekening te houden met 'non-use', of het 'niet gebruik maken' van voorzieningen of diensten.

5. Toegang en toegankelijkheid beperken zich niet tot de fase van 'het eerste contact maken met een voorziening', maar omvatten een aaneenschakeling van fases, gaande van de perceptie van een nood (en de erkenning van deze nood als een probleem waarvoor een voorziening een oplossing kan helpen bieden), tot het zoeken van hulp, het contact met de voorziening, het

2 Penchansky en Thomas plaatsen dit aspect onder de noemer 'accommodation'.

gebruik van een dienst en de resultaten of gevolgen achteraf (en deze ervaringen zullen wederom bepalen of men in de toekomst opnieuw van deze of dergelijke voorzieningen gebruik maakt).

4.2 Om welke voorzieningen gaat het?

Wat de voorzieningen betreft, dient te worden beslist wat hier al dan niet onder valt. In het decreet staat als doelstelling "toegankelijkheid van alle voorzieningen", terwijl enkel een definitie gegeven wordt van reguliere voorzieningen, maar niet van voorzieningen in het algemeen. Daarom lijkt het ons noodzakelijk om verder duidelijkheid hierover te krijgen:

- Gaat het al dan niet uitsluitend om voorzieningen binnen de domeinen onderwijs, tewerkstelling, welzijn en cultuur (i.e. de domeinen die naar voor geschoven worden in de omschrijving van reguliere voorzieningen)?
- Betekent de definitie bijvoorbeeld dat een sportclub, een toneelvereniging, muziekvereniging,… die subsidies ontvangen van een lokaal bestuur als een voorziening worden beschouwd? Horen vzw's die op dienstverlening zijn gericht hier dus ook systematisch onder thuis, en hebben zijn ook de verantwoordelijkheid toegankelijk te zijn?
- Zijn er meer algemeen, voorzieningen die in aanmerking komen maar niet onder de noemer 'reguliere' voorzieningen (zoals gedefinieerd) in het decreet, thuishoren en wat bijvoorbeeld met werkgevers in de private sector, vallen zij ook onder 'voorzieningen'?

Een antwoord op deze vragen is noodzakelijk om bij de keuze en uitwerking van indicatoren gericht te werk te kunnen gaan.

- DEEL 3 KEUZES VAN STAKEHOLDERS MET BETREKKING TOT DE CONCEPTAFBAKENING -

5 | Wat is toegankelijkheid van voorzieningen? Van bouwstenen naar finale definitie

5.1 Aanpak

We eindigden het eerste deel van deze nota met een aantal bouwstenen voor een definitie van de toegankelijkheid van voorzieningen. Deze bouwstenen werden aan de hand van een workshop voorgelegd aan stakeholders, met als doel tot een gedragen finale definitie te komen. De rol van de onderzoekers is om op onderbouwde wijze de mogelijkheden voor een definitie te identificeren, maar het is in de eerste plaats aan de stakeholders om hierin finale keuzes te maken.

Het Agentschap Binnenlands Bestuur, team Gelijke Kansen, Integratie en Inburgering besliste als opdrachtgever wie bij de workshops werd betrokken. Naast medewerkers van het Kabinet Homans, werden beleidsmedewerkers uitgenodigd die voor de Vlaamse overheid werken in departementen en die rond het thema integratie werken. Dit zijn voornamelijk de personen die ook deel uitmaken van de Commissie Integratiebeleid; zij kregen ook de mogelijkheid om een collega mee te brengen. Ook beleidsmedewerkers van het team Gelijke Kansen, Integratie en Inburgering konden deelnemen. Daarnaast werden ook personen van de Agentschappen Integratie en Inburgering bij de workshops betrokken.

Wie uitgenodigd werd, kreeg op voorhand ook het eerste deel van deze nota toegestuurd, om zich te kunnen voorbereiden. De workshop ging van start met een inleiding op de context van het onderzoek en een korte presentatie van de kerninzichten zoals weergegeven in deel 1. Vervolgens werden bouwstenen uitgelegd en voorgelegd. Daarna werd gepeild naar de mening van de aanwezigen (d.w.z. in welke mate ze zich in de bouwstenen konden vinden), en werden vervolgens de vastgestelde meningsverschillen besproken en uitgeklaard. Hierbij werd telkens op zoek gegaan naar een consensus. Bij verschillen in mening werd dus gekeken naar wat veranderd kon worden totdat alle aanwezigen zich in de bouwsteen konden vinden. Dit zorgde voor een verdere verfijning van de initieel voorgestelde bouwstenen.

Volgende personen namen deel aan de workshop over de toegankelijkheid van voorzieningen:
- Tom De Bruyn (Agentschap Binnenlands Bestuur)
- Dirk Janssen (VDAB)
- Marijan Billic (VDAB)
- Els Hauser (Atlas)
- Stefaan Tubex (Agentschap Binnenlands Bestuur)
- Hendrik Van den Bussche (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin)
- Marlies Stubbe (Kanselarij en Bestuur)
- Rudy De Cock (Kind en Gezin)-
- Sabine Van de Gaer (Agentschap Binnenlands Bestuur)
- Lize Haagdorens (Departement Wonen)
- Frederik Geudens (Kabinet Homans)
- Els Deslé (Huis van het Nederlands Brussel)
- Janne Vermeersch (Departement Cultuur, Jeugd, Media)

- Kaat De Langhe (Agentschap Onroerend Erfgoed)
- Sara Leunis (Agentschap Integratie en Inburgering)

5.2 **Bespreking van de bouwstenen: input van stakeholders**

5.2.1 Bouwstenen voorgesteld door het onderzoeksteam

In wat volgt overlopen we de bouwstenen zoals voorgelegd aan de stakeholders. Hierbij wordt telkens de visie en input van stakeholders weergegeven, en de eventuele wijzigingen aan de bouwstenen die hieruit voortvloeiden.

Bouwsteen 1: Toegankelijkheid is de 'degree of fit' of de mate van afstemming tussen 1) kenmerken van de cliënt/hulpvrager/participant (en diens bredere context), 2) kenmerken van de dienstverlening, en 3) kenmerken op beleidsniveau, en 4) kenmerken van de bredere maatschappij. *Kenmerken van de dienstverlening omvatten 2a) de professionele dienstverleners en 2b) de wijze waarop de dienstverlenende organisaties zijn uitgebouwd. Het beleidsniveau refereert naar 3a) de globale structuur van de dienstverlening of zorg, inclusief 3b) het regelgevend kader dat hieraan verbonden is.*

Er was consensus over het algemene idee van deze bouwsteen. Er werden wel een aantal bijkomende opmerkingen gemaakt, zoals:

- 'Afstemming' is een wat vage term. Er werd echter geen alternatief geformuleerd.
- Regelgevend kader (als onderdeel van kenmerken op het beleidsniveau): dit was een punt van discussie, maar uiteindelijk werd beslist om het mee op te nemen. Een tegenargument was dat dit dan wel een 'oorzaak' kan zijn van een gebrek aan toegankelijkheid, maar dat je daar als voorziening niets kan aan veranderen. Toch was er consensus om dit op te nemen, net omdat dit een belangrijk punt is en dat dit niveau sterk mee bepaalt wat je als voorziening kan doen. Daarom is het ook noodzakelijk om dit mee te nemen en te weerspiegelen in de definitie van toegankelijkheid.
- Over de subdimensie van 'kenmerken van de maatschappij' was ook discussie: wat houdt dit precies in? Hierbij werden perceptie en draagvlak als kernwoorden naar voor geschoven door een deelnemer, en de groep stemde ermee in om dit op te nemen. De perceptie ten aanzien van Roma en het beleid inzake doortrekkersterreinen werd aangehaald als voorbeeld (de keuze voor afgelegen terreinen, en in feite het tekort eraan, zijn beleidskeuzes maar beïnvloeden ook de perceptie ten aanzien van de doelgroep, en omgekeerd). Over andere aspecten van 'kenmerken van de bredere maatschappij', zoals bijvoorbeeld de socio-economische situatie, de conjunctuur, of de demografische realiteit, was daarentegen geen consensus. Dergelijke zaken zijn wel belangrijk, maar dit is niet iets waar je op wil en kan inwerken met het integratiebeleid.

  - ✗ ***Conclusie: bouwsteen 1 wordt aangepast***
  - ✓ ***Nieuwe formulering: 'Kenmerken van de maatschappij' wordt vervangen door 'perceptie en draagvlak in de bredere maatschappij'. De rest van de bouwsteen blijft onveranderd.***

Bouwsteen 2: Toegankelijkheid is het resultaat van een dynamische interactie tussen bovengenoemde actoren; het gaat om een dynamisch proces van leren en aanpassing.

Er was eensgezindheid over het idee achter deze bouwsteen, maar er was wel discussie over de formulering:

- In plaats van aanpassing werd gekozen voor de term veranderen
- Er werd ook gedebatteerd over de vraag of het al dan niet een *wederzijds* proces van leren en veranderen moest zijn. Finaal werd beslist om de term wederzijds hier niet in op te nemen, omdat de doelstelling van toegankelijkheid net in het decreet is opgenomen om op de verantwoordelijkheid van voorzieningen te wijzen. De verantwoordelijkheid van personen met een migratieachtergrond komt elders reeds sterk naar voor.

  - ✗ ***Conclusie: bouwsteen 2 wordt aangepast***
  - ✓ ***Nieuwe formulering: 'dynamisch proces van leren en aanpassing' wordt vervangen door 'dynamisch proces van leren en veranderen'.***

Bouwsteen 3: Toegankelijkheid is een multidimensioneel concept. Een toegankelijke dienstverlening of voorziening is beschikbaar, betaalbaar, bruikbaar, aanvaardbaar, bereikbaar, bekend, begrijpbaar, betrouwbaar en aanpasbaar.

Opnieuw is er consensus over de grote lijnen, maar werd er over enkele kleinere aspecten gedebatteerd:

- Grootste punt van discussie was over het al dan niet apart opnemen van aanvaardbaarheid. Uiteindelijk werd beslist om aanvaardbaarheid mee onder bruikbaarheid te rekenen.
- Er werden ook wat alternatieve termen gesuggereerd, zoals herkenbaarheid (als aanvulling), of oplossend/behoeftegericht/behoeftedekkend als alternatief voor bruikbaarheid (voor het beleidsdomein erfgoed had bruikbaarheid een wat vreemde connotatie), maar uiteindelijk werd beslist om niet van de 'ingeburgerde b's' af te wijken, tenzij er echt een grondige inhoudelijke reden zou zijn en dit echt noodzakelijk bleek, maar dat was uiteindelijk niet het geval. Men is het erover eens dat de term bruikbaar niet overeenkomt met het idee van 'nuttig' maar eerder 'tegemoetkomend aan een behoefte'. Wat herkenbaarheid betreft: dit wordt deels meegenomen onder bekendheid. Toch is dit niet helemaal sluitend: Iets kan bekend zijn maar niet herkenbaar, zoals: een school is een bekend iets, maar daarom nog niet herkenbaar doordat er bijvoorbeeld bijna geen leerkrachten van buitenlandse herkomst zijn.
- Aanpasbaar kwam minder aan bod in de discussie. Een aantal deelnemers waren duidelijk voorstander om de term te schrappen, maar er werd niet meer verder ingegaan op de achterliggende redenen. De redenering doortrekkend dat we voorrang geven aan de meer ingeburgerde termen ("b's"), nemen we aanpasbaar niet verder mee op. Dit was ook geen dominant element in de literatuur.

  - ✗ ***Conclusie: bouwsteen 3 wordt aangepast***
  - ✓ ***Aanvaardbaar en aanpasbaar worden geschrapt. De rest blijft onveranderd.***

Bouwsteen 4: 'Realised access' of 'gerealiseerde toegang' is een zichtbaar eindresultaat van toegankelijkheid, maar toegankelijkheid kan hiertoe niet worden herleid. Naast 'gerealiseerde toegang' is het ook belangrijk om rekening te houden met 'non-use', of het 'niet gebruik maken' van voorzieningen of diensten.

Over deze bouwsteen was weinig discussie. De deelnemers waren het eens over deze bouwsteen.

- ✓ ***Conclusie: de bouwsteen wordt behouden.***

Bouwsteen 5: Toegang en toegankelijkheid beperken zich niet tot de fase van 'het eerste contact maken met een voorziening', maar omvatten een aaneenschakeling van fases, gaande van de perceptie van een nood (en de erkenning van deze nood als een probleem waarvoor een voorziening een oplossing kan helpen bieden), tot het zoeken van hulp, het contact met de voorziening, het gebruik van een dienst en de resultaten of gevolgen achteraf (en deze ervaringen zullen wederom bepalen of men in de toekomst opnieuw van deze of dergelijke voorzieningen gebruik maakt).

Wat deze bouwsteen betreft, was er eveneens eensgezindheid. Aanvankelijk was er wel wat onduidelijkheid over de perceptie van nood. Het gaat hierbij om de perceptie vanuit het individu (en dus niet vanuit de hulpverlener of voorziening). De deelnemers gaan er mee akkoord dat dit een belangrijk aspect is, en je als voorziening hier ook moet op inzetten (bijvoorbeeld door voor bekendheid te zorgen, goed te communiceren over de dienst,…).
Er werd ook benadrukt dat het niet alleen om de *weg naar* een dienstverlening gaat, maar ook om de *dienst zelf* (wat je krijgt; de kwaliteit van de dienstverlening).

- ✓ ***Conclusie: de bouwsteen wordt behouden.***

5.2.2 Bouwstenen aangebracht door deelnemers

Aan de deelnemers aan de workshop werd ook de vraag voorgelegd of ze nog aanvullingen hadden en er eventueel bouwstenen ontbraken. Hierbij werden twee suggesties voor extra bouwstenen gedaan door de deelnemers, met name 'automatische toekenning' en 'versnippering versus geïntegreerd'. Het punt dat bij het voorstel voor 'automatische toekenning' werd gemaakt, is het feit dat toegankelijkheid ook kan inhouden dat je ervoor zorgt dat mensen automatisch krijgen waar ze recht op hebben, of dat informatie automatisch bij hen komt, met andere worden zonder dat de doelgebruiker zelf ingewikkelde demarches met doen. Het gaat dus om een vereenvoudiging van procedures, en automatisch (in de betekenis van: zonder dat de gebruiker er iets voor moet doen, zoals een aanvraag) waar mogelijk. De component 'versnippering versus geïntegreerd" geeft uiting aan de bezorgdheid over versnipperde dienstverlening waarbij je van de ene dienst naar de andere moet, waarbij de cliënt zich in een doolhof bevindt, het niet duidelijk is wie wat doet, … Een tegenvoorbeeld is de one-stop-shop, of met andere woorden geïntegreerde dienstverlening. Toegankelijkheid betekent met andere woorden ook dat je gemakkelijker je weg vindt in de dienstverlening.

De voorstellen werden positief onthaald door de groep en vinden bij velen weerklank, in die zin dat men het inhoudelijk eens is met de opmerkingen. Desalniettemin werd besloten om ze niet apart als bouwsteen op te nemen, omdat ze mee vervat zitten in subdimensies van bouwsteen 3.

- ✓ ***Conclusie: er dienen geen bijkomende bouwstenen te worden toegevoegd.***

5.2.3 Bouwstenen aangebracht door de stuurgroep

In de workshop over het concept sociale cohesie, werd door deelnemers opgemerkt dat discriminatie ook een plek zou moeten krijgen in toegankelijkheid. Dit werd verder besproken met de stuurgroep (bestaande uit medewerkers van ABB en van het kabinet Homans). Uiteindelijk werd beslist om structurele discriminatie inderdaad mee op te nemen in de definitie van toegankelijkheid.

✓ ***Conclusie: structurele discriminatie wordt mee opgenomen.***

Op basis van de wetenschappelijke literatuur begrijpen we structurele discriminatie als "the automatic operation of rules and procedures – including informal ways of doing things – in ways that disadvantage migrant groups". Of uitgebreider: "structural discrimination consists of both institutional discrimination based upon norms, rules, regulations, procedures and defined positions that determine access to resources, and also a broader cultural discrimination based upon widely shared social paradigms and related systems of categorization that both constructs and devalues 'the other'"(Burns, 2008: 152).

5.2.4 Zijn er bouwstenen die extra aandacht vragen gezien de doelgroep?

De vraag werd voorgelegd of er bouwstenen of dimensies zijn die specifieke aandacht vragen gezien de doelgroep van personen van buitenlandse herkomst; in het decreet gaat het weliswaar om "toegankelijkheid voor iedereen", maar "in het bijzonder" de doelgroep van personen van buitenlandse herkomst en woonwagenbewoners. De kaders waarop de bouwstenen zijn gebaseerd zijn meer generieke kaders en niet specifiek gericht op deze doelgroep. Na enig overleg werd vastgesteld dat men niet kan zeggen dat de één of de andere bouwsteen belangrijker is, omdat de diversiteit binnen de doelgroep erg groot is. Om die reden is het net goed om van algemene concepten te vertrekken, zo werd gesteld. Er is dus consensus binnen de groep dat een generiek kader ok is. Wel moet een vertaaloefening gemaakt worden van die algemene concepten (begrijpbaarheid, bruikbaarheid, …) naar concretere zaken die (mogelijk) specifieke aandachtspunten vormen voor de doelgroep van personen van buitenlandse herkomst.

5.2.5 Definitie van voorzieningen

Met de deelnemers werd ook de definitie van voorzieningen (of juister: het gebrek eraan) besproken. Kernpunten van de discussie waren:

- De definitie van 'reguliere voorzieningen' lijkt hier ook van toepassing. Alleen is het wel problematisch dat 'voorziening' op die manier opgenomen wordt in de omschrijving van 'voorziening'.
- Eigenlijk gaat het om 'dienstverlenende organisaties', maar dan in de brede betekenis van het woord. Domeinen zoals wonen, sport,… worden meegerekend. Actoren zoals sportclubs of andere vzw's kunnen/moeten ook als voorziening worden gezien.

De discussie geeft dus zeker richting aan de interpretatie van 'voorzieningen', maar vormt anderzijds geen volledig sluitend antwoord.

5.3 Conclusie: wat is toegankelijkheid van voorzieningen?

Hieronder geven we de finale definitie van toegankelijkheid van voorzieningen weer. Dit geeft weer hoe de beleidsdoelstelling dient te worden begrepen. Het is ook op basis van deze omschrijving dat indicatoren zullen worden opgesteld om het integratiebeleid te monitoren en te evalueren.

Toegankelijkheid is de 'degree of fit' of de mate van afstemming tussen kenmerken van de cliënt/hulpvrager/participant (en diens bredere context), kenmerken van de dienstverlening, kenmerken op beleidsniveau, en de perceptie en het draagvlak van de bredere maatschappij. Toegankelijkheid is het resultaat van een dynamische interactie tussen bovengenoemde actoren; het gaat om een dynamisch proces van leren en veranderen.
Toegankelijkheid is daarnaast ook een multidimensioneel concept. Een toegankelijke dienstverlening of voorziening is beschikbaar, betaalbaar, bruikbaar, bereikbaar, bekend, begrijpbaar, en betrouwbaar.
Toegang en toegankelijkheid beperken zich niet tot de fase van 'het eerste contact maken met een voorziening', maar omvatten een aaneenschakeling van fases, gaande van de perceptie van een nood (en de erkenning van deze nood als een probleem waarvoor een voorziening een oplossing kan helpen bieden), tot het zoeken van hulp, het contact met de voorziening, het gebruik van een dienst en de resultaten of gevolgen achteraf.
'Realised access' of 'gerealiseerde toegang' is een zichtbaar eindresultaat van toegankelijkheid, maar toegankelijkheid kan hiertoe niet worden herleid. Naast 'gerealiseerde toegang' is het ook belangrijk om rekening te houden met 'non-use', of het 'niet gebruik maken' van voorzieningen of diensten.
In de conceptualisering van toegankelijkheid houden we tot slot ook rekening met structurele discriminatie, wat als een tegenpool van toegankelijkheid kan worden beschouwd.

- DEEL 4 INDICATOREN -

Bij het uitwerken van toegankelijkheid van voorzieningen in concrete, kwantitatieve indicatoren stootten we op twee uitdagingen.

Een eerste uitdaging heeft betrekking op de kwantificeerbaarheid van de verschillende bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen. Op basis van een eerste literatuurstudie, vinden we dat er voor slechts een beperkt aantal bouwstenen (en vaak ook voor een beperkt aantal voorzieningen) kwantitatieve indicatoren bestaan. De meerderheid van de geciteerde bronnen bij de ontwikkeling van de conceptualisering maakt gebruik van literatuurstudies, beleidsteksten of kwalitatieve onderzoeksmethodes (interviews en focusgroepen) (o.a. Chase et al., 2017; Koehn, 2009). Indien er toch gebruik gemaakt wordt van kwantitatieve indicatoren, wordt er in de meeste gevallen gefocust op deelname aan voorzieningen, zoals onderwijs of vrijetijdsorganisaties (Biggart et al., 2015, Coussée & Roets, 2011). Hierbij merken we een overlapping op met de conceptnota van participatie voor de hierin opgenomen domeinen.

De tweede uitdaging heeft te maken met het concept van "voorzieningen". Tijdens de workshop werd aan de deelnemers besproken hoe "voorzieningen" exact geïnterpreteerd zouden moeten worden, maar hier werd niet tot een sluitende beslissing gekomen. In de volgende stuurgroep werd gespecifieerd dat het over "voorzieningen erkend en/of gesubsidieerd door de Vlaamse overheid" gaat. Het gaat dus om een breed gamma aan voorzieningen waarvoor de toegankelijkheid onderzocht zou moeten worden. De uitdaging voor de operationalisering is dat er een keuze gemaakt moeten worden tussen het voorstellen van indicatoren die in *diepte* gaan waarbij voor iedere voorziening de aparte bouwstenen geoperationaliseerd worden; of eerder in de *breedte* gaan waarbij we trachten een breed beeld te krijgen van de toegankelijkheid van verschillende voorzieningen tegelijk zonder in detail te gaan.

Omwille van deze twee uitdagingen pakken we de operationalisering op een andere manier aan dan in de andere conceptnota's. We vertrekken hier bij de operationalisering in de eerste plaats vanuit de beschikbare indicatoren, en vervolgens koppelen we deze aan de bouwstenen van de conceptualisering. In de andere conceptnota's hebben we steeds vanuit de conceptualisering indicatoren voor iedere bouwsteen gezocht.

In de bespreking van mogelijke operationaliseringen vertrekken we vanuit een zeer brede meting van de toegankelijkheid van de voorzieningen van de Vlaamse overheid (als een geheel) op basis van de tevredenheidsmeting van de Vlaamse overheid. In deze survey wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende voorzieningen van de Vlaamse overheid. Vervolgens gaan we dieper in op de indicatoren uit de surveys Samenleven in Diversiteit, Sociaal-Culturele Verschuivingen en de stads- en gemeentemonitor waarin de tevredenheid over verschillende diensten is bevraagd. Tot slot presenteren we beschikbare indicatoren toegespitst op specifieke diensten. We focussen op gezondheidszorg, kinderopvang en Huizen van het kind, VDAB, en sociale woningen. We hebben gekozen om prioriteit aan deze diensten te geven.[3]

Bij de bespreking van de beschikbare indicatoren geven we steeds in een tabel weer voor welke bouwstenen ze gebruikt kunnen worden. Na de literatuurstudie en input van de stakeholders werd er tot

3 Deze vier types van diensten worden door de Europese Unie beschouwd als "social services of general interest", dit zijn "social services [that] play a crucial role in improving quality of life and providing social protection". We focussen op deze vier vormen van diensten, omdat ze door de Europese Unie zelf uitgelicht worden in publicaties over sociale diensten (Europese Unie, 2011) en ook door het European Social Policy Network. beschouwd worden als cruciale domeinen in de bestrijding van (kinder)armoede (o.a. Nicaise & Schepers, 2017).

vijf bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen gekomen. Bij de operationalisering focussen we voornamelijk op de laatste drie bouwstenen.

Voor de eerste twee bouwstenen ("degree of fit" en "dynamisch proces") geven we geen concrete voorstellen voor operationalisering, omdat we van mening zijn dat deze moeilijk vertaald kunnen worden naar concrete kwantitatieve indicatoren.

Tot slot willen we erop wijzen dat we eveneens voor de bijkomende bouwsteen van "structurele discriminatie" geen indicatoren voorstellen. De reden hiervoor is dat structurele discriminatie moeilijk te operationaliseren is aan de hand van concrete kwantitatieve indicatoren die op regelmatige basis aangeleverd worden. Structurele discriminatie kan onderzocht worden aan de hand van kwalitatieve onderzoeksmethodes (Dag & Kullberg, 2016), beleidsanalyse of aan de hand van innovatieve onderzoekstechnieken, zoals praktijktesten of vignettemethodes (zie bijvoorbeeld de Diversiteitsbarometers van Unia).

De uiteindelijke keuze voor één of meerdere indicatoren ligt bij de beleidsmakers. Om deze beslissing mee vorm te kunnen geven, presenteren we in tabel 5.1 enkele kenmerken van de datasets waaruit we indicatoren voorstellen:

1. Beschikbare schalen in de dataset
2. Kenmerken van de dataset: populatie versus surveygegevens, representativiteit m.b.t migratieachtergrond en selectiviteit van respons
3. Aanwezigheid van een meting van migratieachtergrond in de dataset
4. Frequentie van aanlevering gegevens (bv. ieder kwartaal, jaarlijks, …)

Tabel 5.1 Overzicht van datasets met indicatoren van toegankelijkheid van voorzieningen

Dataset	Beschikbare indicatoren	Meting migratieachtergrond	Periode	Populatie/steekproef	Representativiteit m.b.t. migratieachtergrond1
Tevredenheidsmeting bij burgers	Imago, vertrouwen, informatieverstrekking en tevredenheid over Vlaamse dienstverlening	Nationaliteit	2011, 2013, 2016	Steekproef van 18 jaar en ouder	C
Samenleven in Diversiteit	Contactname en tevredenheid (Ervaringen met discriminatie)	Nationaliteit, nationaliteit bij geboorte, geboorteland, nationaliteit bij geboorte ouders, geboorteland ouders	2018	Steekproef van 15 jaar en ouder uit 6 herkomstgroepen	B+
Sociaal-Culturele Verschuivingen	Tevredenheid over voorzieningen	Nationaliteit, geboorteland, nationaliteit ouders	2010-… (jaarlijkse update)	Steekproef van 18 jaar en ouder	C
Stads- en gemeentemonitor	Contacteren van bestuur, tevredenheid over voorzieningen, informatievoorziening, toegankelijkheid, betrekken van burgers bij bestuur	Nationaliteit bij geboorte, nationaliteit bij geboorte van ouders	2004, 2006, 2008, 2011, 2014, 2017	Steekproef vanaf 17 jaar	C
EU Survey on Income and Living Conditions	Gebruik en niet-gebruik van gezondheidszorg en kinderopvang Toegankelijkheid van voorzieningen, niet-gebruik en betaalbaarheid kinderopvang	Nationaliteit en geboorteland	2004-… 2016	Steekproef van huishoudens (15 jaar en ouder)	C
European Health Interview Survey	Gebruik van gezondheidszorg, onvervulde behoeften	Geboorteland, nationaliteit	2006-2009, 2013-2015	Steekproef van 15 jaar en ouder	C
European Quality of Life Survey	Gebruik, tevredenheid en drempels voor toegankelijkheid van gezondheidszorg Gebruik, tevredenheid, betaalbaarheid en eerlijke behandeling in kinderopvang	Geboorteland, geboorteland ouders	2003, 2007, 2011, 2016	Steekproef ouder dan 18 jaar	C

Dataset	Beschikbare indicatoren	Meting migratieachtergrond	Periode	Populatie/steekproef	Representativiteit m.b.t. migratieachtergrond1
EU Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe	Gebruik en niet-gebruik van gezondheidszorg	Geboorteland, nationaliteit, geboorteland ouders		Steekproef van 50 jaar en ouder	C
Gezondheidsenquête	Gebruik van gezondheidszorg, ervaringen, uitstellen van gezondheidszorg	Nationaliteit, geboorteland, geboorteland ouders	1997, 2013, 2018	Steekproef van huishoudens	C
Survey Kind en Gezin	Gebruik, tevredenheid, keuze, beoordeling van kinderopvang (niet-gebruik en redenen hiervoor)	Geboorteland moeder, nationaliteit grootouders, thuistaal	2009, 2013, 2018 (2018)	Steekproef van ouders van kinderen tussen 3 maanden en 3 jaar	B-
EU-LFS	Werklozen niet-geregistreerd bij VDAB NEET-jongeren	Nationaliteit, geboorteland, verblijfsduur	1983 - … (kwartaalupdate)	Steekproef van huishoudens (15 jaar en ouder)	B-
DWH AM&SB	Werklozen geregistreerd bij VDAB	Nationaliteit, nationaliteit van ouders, nationaliteit van grootouders, duur van verblijf (vanaf 2005)	1997-…(jaarlijkse update)	Populatiedata	A
Tevredenheidsmeting VDAB	Tevredenheid over dienstverlening	/	/	/	/
Data Vlaamse Maatschappij Sociaal Wonen	Sociale huurders Wachtlijst sociale huurders	Nationaliteit	2012-… (jaarlijkse update)	Populatiedata	A
Woonsurvey Vlaanderen	Huren sociale woning, wachtlijst, betaalbaarheid, tevredenheid sociale woning, ervaringen discriminatie bij zoeken woning	Nationaliteit, land van herkomst (2013: geboorteland ouders en grootouders)	2005, 2013, 2018	Steekproef huishoudens	B-

Nota: [1] A=populatiedata; B+=surveydata met bijzondere aandacht voor het bereiken van personen met een migratieachtergrond (o.a. oversampling, aanpassen vraagverwoording, vragenlijst in meerdere talen beschikbaar); B-: surveydata met enige aandacht voor het bereiken van personen met een migratieachtergrond (o.a. aanpassen vraagverwoording en/of vragenlijst in extra taal beschikbaar); C=surveydata.

6 | Brede indicatoren van toegankelijkheid van voorzieningen

6.1 Tevredenheidsmeting van de Vlaamse overheid

In 2011 werd er door de Vlaamse overheid gestart met een tevredenheidsmeting bij burgers, organisaties/bedrijven en lokale besturen. De tevredenheidsmeting bij burgers heeft intussen drie keer plaatsgevonden (2011, 2013 en 2016) waardoor enkele variabelen doorheen de tijd gemonitord kunnen worden. In de survey wordt niet enkel de tevredenheid bevraagd, maar werd er ook dieper ingegaan op andere kenmerken van de Vlaamse dienstverlening, zoals transparantie en toegankelijkheid (Verlet & Demeyere, 2018). Vier schalen uit de meting bij burgers kunnen gebruikt worden om verschillende bouwstenen van de toegankelijkheid van voorzieningen te meten:

- Imago van de Vlaamse administratie: Hoe hoog scoort de Vlaamse administratie op de kenmerken transparantie, efficiëntie, samenwerken, vernieuwend, voortdurend verbeteren, klantgerichtheid, toegankelijkheid en betrouwbaarheid?
- Vertrouwen: Hoeveel vertrouwen heeft u in het federale, Vlaamse, provinciale en gemeentelijke bestuursniveau, en het OCMW?
- Informatieverstrekking door Vlaamse administratie: Hoe hoog scoort de informatieverstrekking van de Vlaamse administratie op de kenmerken op maat, tijdig, duidelijk, vlot te vinden, voldoende, nuttig en correct?
- Algemene tevredenheid over dienstverleningsprocessen (1 vraag)

We geven hieronder in tabel 6.1 weer welke bouwstenen van de toegankelijkheid van voorzieningen geoperationaliseerd kunnen worden aan de hand van deze vier schalen uit de tevredenheidsmeting.

Er zijn drie nadelen verbonden aan het gebruik van de tevredenheidsmeting om de toegankelijkheid van voorzieningen voor personen met een migratieachtergrond te onderzoeken. Een eerste nadeel heeft betrekking op de beperkte meting van migratieachtergrond in de survey. Er is enkel een vraag naar de nationaliteit van de respondent opgenomen in de bevraging. Ten tweede zijn er geen bijkomende inspanningen gedaan om een voldoende grote en representatieve groep van personen met een migratieachtergrond te bereiken met de bevraging, bijvoorbeeld door aanbieden van de survey in extra talen of aangepaste wijze van steekproeftrekking. Hierdoor is het niet zeker of er in de dataset voldoende personen met een migratieachtergrond aanwezig zijn om diepgaande analyses uit te voeren. Tot slot bevraagt de tevredenheidsmeting de Vlaamse administratie in zijn geheel, en is het niet mogelijk om de toegankelijkheid van aparte voorzieningen te analyseren.

Tabel 6.1 Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen door tevredenheidsmeting

	Imago	Vertrouwen	Informatie-verstrekking	Algemene tevredenheid
Dimensies: 7 B's				
Beschikbaar	x (klantgerichtheid)			
Betaalbaar				
Bruikbaar				
Bereikbaar	x (toegankelijkheid)			
Bekendheid en begrijpbaarheid	x (transparantie)		x	
Betrouwbaar	x (betrouwbaarheid)	x		
Eindresultaat				
Gerealiseerde toegang				
Non-use				
Fases van toegang				
Perceptie nood				
Zoeken van hulp	x		x	
Contactname	x			
Gebruik dienst	x			
Resultaat achteraf				x

6.2 Samenleven in Diversiteit

In de survey Samenleven in Diversiteit is er een schaal opgenomen die de contactname met verschillende dienstverleners bevraagt, en de tevredenheid over dit contact. In deze schaal worden de volgende twee vragen opgenomen:

- Had u de voorbije 12 maanden, los van uw werk, contact met volgende personen/instellingen? (ja, nee, ken ik niet)
- Was u tevreden over dit contact? (zeer tevreden, tevreden, neutraal, ontevreden, zeer ontevreden)

De items in de schaal zijn de volgende: VDAB/werkwinkel (niet Actiris of Forem), OCMW/CPAS, de dokter of het ziekenhuis, organisatie Kind en Gezin (niet ONE), CAW (Centrum voor Algemeen Welzijnswerk), gemeentehuis/stadhuis, sociale huisvestingsmaatschappij, politie, en gerecht/justitie.

Hiernaast bevat de survey ook vragen naar de ervaringen met discriminatie in het onderwijs, huisverhuur, op het werk en bij het zoeken naar werk. Deze vragen bestaan steeds uit twee delen. Eerst werd de respondent gevraagd hoe vaak hij/zij (of minstens één van de schoolgaande kinderen bij de vraag over onderwijs) de volgende situaties meemaakte de voorbije 12 maanden:

- Onderwijs van schoolgaande kinderen
  - Mijn kind is uitgescholden of gepest.
  - Er zijn met opzet spullen van mijn kind kapot gemaakt.
  - Mijn kind is bedreigd, geschopt of geslagen.
  - Een leerkracht behandelde mijn kind niet correct.
  - Mijn kind kreeg een te lage beoordeling.

    - Mijn kind kreeg het advies om een lagere studierichting te volgen, maar het kan een hogere richting aan.
- Onderwijs
    - Een docent of leraar behandelde mij niet correct.
    - Ik kreeg te lage punten.
    - Ik kreeg het advies een lagere studierichting te volgen, maar ik kan een hogere richting aan.
    - Er zijn kwetsende grappen over mij gemaakt.
    - Ik ben uitgescholden of gepest.
    - Er zijn spullen van mij met opzet kapot gemaakt.
    - Ik ben bedreigd, geschopt of geslagen.
- Huisverhuur
    - De verhuurder zei dat het huis al verhuurd was, maar ik denk dat dat niet waar was.
    - De huurprijs voor het huis was plots hoger, toen ik contact opnam met de verhuurder.
    - De verhuurder zei dat hij of zij niet aan mij wilde verhuren.
- Werk
    - Iemand behandelde mij niet correct.
    - Er zijn kwetsende grappen over mij gemaakt.
    - Ik ben uitgescholden of gepest.
    - Er zijn spullen van mij met opzet kapotgemaakt.
    - Ik ben bedreigd, geschopt of geslagen
- Zoeken naar werk
    - Ik voldeed aan de eisen van een vacature, maar ik werd niet uitgenodigd voor een gesprek.
    - Het interimkantoor behandelde mij niet correct.
    - Ik kreeg niet dezelfde kansen als de andere kandidaten om me te bewijzen tijdens een sollicitatiegesprek.
    - Ik kreeg een job aangeboden die anderen niet willen. Bijvoorbeeld: een korte opdracht, een job met slechte uren, een slecht betaalde job, fysiek zwaar werk.

Indien de respondent (of het kind van de respondent bij de schaal rond onderwijs) één van de situaties had meegemaakt, werd gevraagd waarom de situatie gebeurde volgens de respondent. Hier werden de volgende antwoordopties aangeboden: geslacht, leeftijd, financiële situatie, herkomst, huidskleur, geloof, gezondheidstoestand en/of lichamelijke beperkingen, seksuele geaardheid, een andere reden en "dat weet ik niet". Deze schalen hebben echter eerder betrekking op incidentele discriminatie dan structurele discriminatie. We stellen daarom voor om deze niet te gebruiken om de toegankelijkheid van voorzieningen te operationaliseren.

Een voordeel van de survey Samenleven in Diversiteit is dat er veel aandacht besteed is aan de respons en representativiteit bij personen met een migratieachtergrond. Hierdoor is deze data uitermate geschikt voor analyses die toegespitst zijn op deze specifieke groep.

Tabel 6.2 Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen door Samenleven in Diversiteit

	Contactname met voorzieningen	Tevredenheid	Ervaringen met discriminatie
Dimensies: 7 B's			
Beschikbaar			
Betaalbaar			
Bruikbaar			
Bereikbaar			
Bekendheid en begrijpbaarheid	x ('ken ik niet')		
Betrouwbaar			
Eindresultaat			
Gerealiseerde toegang	x		
Non-use			
Fases van toegang			
Perceptie nood			
Zoeken van hulp			
Contactname	x		
Gebruik dienst			
Resultaat achteraf		x	

6.3 Sociaal-Culturele Verschuivingen en Stads- en gemeentemonitor

De survey Sociaal-Culturele Verschuivingen heeft ook een schaal die peilt naar de tevredenheid van respondenten over de volgende voorzieningen: onderwijsvoorzieningen, begeleiding werklozen, openbaar vervoer tram en bus, bejaardenvoorzieningen, gezondheidsvoorzieningen, kinderopvang, sportvoorzieningen, opvang begeleiding vreemdelingen, opvang begeleiding armen sociaal zwakkeren, culturele voorzieningen, huisvuilvoorzieningen, openbaar groen, voorzieningen voor jongeren, staat fiets- en voetpaden, staat van de wegen. Deze schaal is opgenomen in de surveys van 2010 tot en met 2018.[4] Deze schaal kan enkel gebruikt worden voor de operationalisering van de resultaten na het gebruik van de dienst, bij de bouwsteen van de fases van gebruik van diensten.

De stads- en gemeentemonitor bevatten verschillende schalen die zich toespitsen op voorzieningen en dienstverlening in de stad of gemeente. De volgende schalen kunnen gebruikt worden om de toegankelijkheid van voorzieningen te operationaliseren:

- Contacteren van stadsbestuur
  - Stadsmonitor: contact opgenomen voorbije jaar (vraag 32), via welke kanalen contact opgenomen met stadsbestuur
- Tevredenheid over voorzieningen
  - Stadsmonitor: groot aantal voorzieningen in schaal, gaande van loketvoorzieningen tot uitgaansgelegenheden (vraag 12)
  - Gemeentemonitor:
    - groot aantal voorzieningen in schaal, gaande van loketvoorzieningen tot uitgaansgelegenheden (vraag 10)
    - algemene dienstverlening in gemeente, loketvoorzieningen in gemeente en digitale dienstverlening van gemeente (vraag 26)

4 De schaal is ook opgenomen in 2008, maar omdat er voor 2009 geen niet-Belgen bevraagd werden, kan deze ronde niet gebruikt worden voor monitoring.

- Informatievoorziening en toegankelijkheid
    - Stadsmonitor: 8 uitspraken over toegankelijkheid van, en informatievoorziening door stadsbestuur (vraag 34)
    - Gemeentemonitor: 5 uitspraken over toegankelijkheid van, en informatievoorziening door gemeentebestuur, bestuur betrekt burgers bij beleid (vraag 24)

Tabel 6.3 Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen door Sociaal-Culturele Verschuivingen (SCV) en Stads- en gemeentemonitor (SGM)

	SCV: Tevredenheid	SGM: Contact met stadsbestuur	SGM: Tevredenheid	SGM: Informatievoorziening, toegankelijkheid, burgerbetrokkenheid
Dimensies: 7 B's				
Beschikbaar				
Betaalbaar				
Bruikbaar				
Bereikbaar		x		x
Bekendheid en begrijpbaarheid				x
Betrouwbaar				
Eindresultaat				
Gerealiseerde toegang				
Non-use				
Fases van toegang				
Perceptie nood				
Zoeken van hulp				
Contactname		x		x
Gebruik dienst				
Resultaat achteraf	x		x	x

Bij eventueel gebruik van de SCV-survey en de stads- en gemeentemonitor, moet men in het achterhoofd houden dat er geen bijkomende inspanningen geleverd zijn om personen met een migratieachtergrond te bereiken. Het is bijgevolg mogelijk dat er onvoldoende personen met een migratieachtergrond in de dataset aanwezig zijn voor meer gedetailleerde analyses, of dat de respondenten met een migratieachtergrond niet representatief zijn voor de populatie.

7 | Indicatoren voor specifieke vormen van dienstverlening

Na de bespreking van deze dienst overschrijdende indicatoren, stellen we nu voor vijf domeinen van dienstverlening specifieke indicatoren voor. De vormen van dienstverlening die we hier bespreken, zijn gezondheidszorg, kinderopvang en Huizen van het Kind, VDAB en sociale huisvesting. De voorgestelde indicatoren voor deze specifieke diensten kunnen als inspiratie dienen om voor andere domeinen tot indicatoren te komen.

7.1 Gezondheidszorg

Er zijn vier internationale datasets beschikbaar waarin vragen opgenomen zijn die betrekking hebben op het gebruik en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. We bespreken hieronder eerst de indicatoren uit deze datasets, alvorens we een overzicht geven van indicatoren uit Vlaamse datasets.

De eerste dataset is die van de EU Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC). De EU-SILC wordt sinds 2003 jaarlijks afgenomen in verschillende lidstaten van de Europese Unie en de data wordt door de EU gebruikt om armoede en sociale inclusie op te volgen. De EU-SILC bevat enkele schalen die betrekking hebben op het gebruik en niet-gebruik van gezondheidszorg. In de jaarlijkse enquêtes zijn twee vormen van gezondheidszorg opgenomen, namelijk tandheelkundig, en medisch onderzoek/behandeling. Voor beide vormen van zorg worden twee vragen gesteld:

- Is het de afgelopen 12 maanden voorgevallen dat u echt een medisch/tandheelkundig onderzoek of behandeling nodig had, maar dit niet gebeurd is?
- Indien het antwoord op de vorige vraag ja is: "Wat was de belangrijkste reden dat u toen geen medisch/tandheelkundig onderzoek of behandeling hebt gehad?"
    - Kon het me niet veroorloven (te duur of niet gedekt door de mutualiteit of een verzekering)
    - Te ver/geen vervoer
    - Wachtlijst/had geen verwijsbrief
    - Geen tijd door het werk of door de zorg voor kinderen of voor anderen
    - Bang voor dokter, ziekenhuisonderzoek, behandeling
    - Wenste te wachten om te kijken of het probleem niet verbeterde uit zichzelf
    - Kende geen goede specialist
    - Andere reden

In de ronde van 2017 worden deze twee vragen ook gesteld voor het niet-gebruik van medisch en tandheelkundig onderzoek/behandeling van kinderen in het huishouden. Dit gebeurde nog niet in de voorgaande rondes.

In de ad-hoc module van EU-SILC 2016 werd er verder toegespitst op de toegankelijkheid van voorzieningen. Hierin werden er bijkomende vragen gesteld over gezondheidszorgdiensten en professionele thuiszorg. Deze vragen hadden betrekking op gebruik, het al dan niet hebben van eventuele

uitgaven (dummy), betaalbaarheid, niet-gebruik en de redenen hiervoor. We presenteren ter illustratie hieronder de opgenomen vragen voor professionele thuiszorg[5]:

- Hoeveel uren per week ontvangt uw huishouden aan professionele thuiszorg?
- Betaalt uw huishouden of draagt uw huishouden bij voor de kosten van deze professionele thuiszorg?
- Kan uw huishouden het zich financieel veroorloven de kosten voor professionele thuiszorg te betalen?
- Heeft uw huishouden behoefte aan professionele thuiszorg, niettegenstaande er momenteel geen gebruik gemaakt wordt van dergelijke diensten?
- Heeft uw huishouden behoefte aan meer professionele thuiszorg dan nu het geval is?
- Wat is de belangrijkste reden waarom uw huishouden geen gebruik maakt van professionele thuiszorg?[6]
- Wat is de belangrijkste reden waarom uw huishouden niet méér gebruik maakt van professionele thuiszorg? [7]

Omdat deze variabelen enkel in de ronde van 2016 zijn opgenomen, kunnen ze niet gebruikt worden om de evolutie doorheen de tijd te monitoren.

Een tweede survey die vragen bevat over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, is de European Health Interview Survey (EHIS). De EHIS kent tot nu toe twee waves, één tussen 2006 en 2009 en één tussen 2013 en 2015. In deze survey zijn voornamelijk variabelen beschikbaar die het gebruik van gezondheidszorg meten, namelijk:

- Aantal opnames in het ziekenhuis de voorbije twaalf maanden
- Bezoek aan tandarts of orthodontist
- Aantal consultaties bij huisarts de voorbije vier weken
- Aantal consultaties bij medische specialist de voorbije vier weken
- Aantal consultaties bij fysiotherapeut of kinesist de voorbije vier weken
- Laatste keer dat mammografie of cervixuitstrijkje is afgenomen

Ook worden onvervulde behoeften aan gezondheidszorg bevraagt. Hierin wordt gevraagd of er een onvervulde behoefte aan gezondheidszorg was de voorbije 12 maanden en of dit te wijten was aan 1) lange wachtlijsten; 2) afstand of transportproblemen; of 3) betaalbaarheid.[8] Verder wordt er gevraagd of de respondent de voorbije 12 maanden zich geen tandartsbezoek, voorgeschreven medicijnen of mentale gezondheidszorg kon veroorloven.

De European Quality of Life Survey wordt iedere 4 à 5 jaar afgenomen in de lidstaten van de Europese Unie. Deze survey bevat verschillende metingen van het gebruik, tevredenheid en drempels voor toegankelijkheid van gezondheidszorg in de eerste lijn, ziekenhuisdiensten en medische specialisten, en langdurige zorg.

- Gebruik van gezondheidszorg: "Heeft u of iemand anders in uw gezin de afgelopen 12 maanden een van de volgende diensten gebruikt?"
  - Diensten door huisartsen of medische centra
  - Spoedeisende zorg
  - Ziekenhuisdiensten of diensten door medisch specialisten
  - Online of via de telefoon voorschriften aanvragen

5 De vragen voor gezondheidszorgdiensten hebben dezelfde structuur als de vragen voor professionele thuishulp.

6 De antwoordopties zijn: 1) Kan het zich niet veroorloven; 2) Geweigerd door persoon die dergelijke zorg nodig heeft; 3) Dergelijke zorg is niet beschikbaar; 4) Kwaliteit van de beschikbare diensten niet bevredigend; 5) Andere redenen

7 De antwoordopties zijn: 1) Kan het zich niet veroorloven; 2) Geweigerd door persoon die dergelijke zorg nodig heeft; 3) Dergelijke zorg is niet beschikbaar; 4) Kwaliteit van de beschikbare diensten niet bevredigend; 5) Andere redenen

8 In de eerste wave van EHIS zijn er meer redenen voor niet-gebruik opgenomen. Deze redenen zijn dezelfde als die in de EU-SILC.

    - Medische consultatie, online of via de telefoon
- Eerstelijnsgezondheidszorg:
    - Drempels voor toegankelijkheid: "Denk aan de laatste keer dat u een bezoek moest brengen aan of moest worden behandeld door een huisarts of medisch centrum. In welke mate maakten een van de volgende zaken dit het al dan niet moeilijk voor u?
        - Afstand naar de dokterspraktijk of het medisch centrum
        - Vertraging in het krijgen van een afspraak
        - De wachttijd om de arts te zien op de dag van de afspraak
        - Kosten van het bezoek aan de dokter
        - De nodige tijd vinden rekening houdend met uw werk, de zorg voor uw kinderen of voor anderen (dit item is niet opgenomen in 2003 en 2007)
    - Tevredenheid van bezoek aan huisarts of medische centra
    - Eerlijke behandeling: In welke mate gaat u akkoord met twee stellingen over diensten door huisartsen en medische centra in uw buurt?
        - In mijn buurt worden alle mensen gelijk behandeld in deze diensten
        - In mijn buurt komt corruptie vaak voor in deze diensten
- Ziekenhuisdiensten of diensten door medische specialisten
    - Tevredenheid van ziekenhuisdiensten of diensten door medische specialisten
    - Eerlijke behandeling (zie eerstelijnsgezondheidszorg)
- Betaalbaarheid: Hoe gemakkelijk of moeilijk zou het zijn voor u om de kosten te dekken voor elk van het volgende, indien u het morgen zou moeten gebruiken?
    - Diensten door huisartsen of medische centra
    - Tandzorg
    - Psychologische, psychiatrische diensten of andere diensten voor geestelijke gezondheidszorg
    - Spoedeisende zorg
    - Andere ziekenhuisdiensten of diensten door medisch specialisten
- Langdurige zorg
    - Gebruik: "Heeft u of iemand van uw naasten de afgelopen 12 maanden de volgende diensten gebruikt?"
        - Verpleegkundige zorg in uw huis/het huis van deze persoon
        - Gezinshulp of persoonlijke zorg in uw huis/het huis van deze persoon
        - Verzorgingstehuis of verpleeghuis
    - Tevredenheid over langdurige zorg
    - In welke mate maakten kosten het moeilijk voor u om diensten voor langdurige zorg te gebruiken?
    - Eerlijke behandeling (zie eerstelijnsgezondheidszorg)

Tot slot kan de EU Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) gebruikt worden voor indicatoren bij de specifieke groep van personen van 50 jaar en ouder. In deze bevraging zijn de volgende indicatoren opgenomen:
- Gebruik van gezondheidszorg de voorbije 12 maanden (huisarts, specialist, tandheelkunde, opname in ziekenhuis, rust- of verzorgingstehuis, thuisverpleging of thuishulp)
- Afzien van hulp door kosten? Van welke soort zorgen afgezien omwille van kosten?
- Afzien van hulp door niet beschikbaar of niet gemakkelijk toegankelijk? Van welke soort zorgen afgezien omwille van kosten?

In nationale surveys vinden we beperkte indicatoren van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg terug in de hierboven besproken schalen van Samenleven in Diversiteit (contactname met dokter of ziekenhuis en tevredenheid hierover) en in de stads- en gemeentemonitor (tevredenheid over gezondheidsvoorzieningen).

In de gezondheidsenquête die wordt georganiseerd door Sciensano in België, zijn meerdere indicatoren beschikbaar van het gebruik van gezondheidszorg (huisarts, specialist, tandarts, ziekenhuis, andere gezondheidsvoorzieningen), de ervaringen bij het gebruik van de gezondheidszorg (begrijpbaar, duidelijke informatie), en het uitstellen van gebruik van gezondheidszorg en de reden hiervoor (lange wachtlijst, afstand).

Tabel 7.1 Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen voor gezondheidszorg

	EU-SILC	EHIS	EQLS	SHARE	SiD	S&GM	Gezondheidsenquête
Dimensies: 7 B's							
Beschikbaar	x	x	x	x			x
Betaalbaar	x	x	x	x			x
Bruikbaar	x		x				
Bereikbaar	x	x	x	x			x
Bekendheid en begrijpbaarheid	x				x		
Betrouwbaar			x				
Eindresultaat							
Gerealiseerde toegang		x	x	x			
Non-use	x	x	x	x			
Fases van toegang							
Perceptie nood							
Zoeken van hulp	x						
Contactname					x		
Gebruik dienst		x	x	x			x
Resultaat achteraf			x		x	x	x

7.2 Kinderopvang en diensten van Kind en Gezin

We verwijzen naar twee internationale datasets die indicatoren over de toegankelijkheid van kinderopvang bevatten. De eerste dataset is de European Quality of Life Survey (EQLS) die iedere 4 tot 5 jaar wordt afgenomen in de lidstaten van de Europese Unie. DE EQLS bevat vragen die het gebruik, tevredenheid, betaalbaarheid en de perceptie van kinderopvang meten. Dit is de enige internationale survey die de evolutie van deze kenmerken monitort (Ünver, Bircan & Nicaise, 2018). De beschikbare schalen zijn de volgende:

- Gebruik kinderopvang
  - Wat is de voornaamste soort kinderopvang gebruikt voor het jongste kind (buiten de normale schooluren)?
  - Hoeveel uur per week wordt het gebruikt?
- Tevredenheid over kinderopvang
- In welke mate maakten kosten het moeilijk voor u om kinderopvangdiensten te gebruiken?
- Eerlijke behandeling:
  - In mijn buurt worden alle mensen gelijk behandeld in deze diensten.
  - In mijn buurt komt corruptie vaak voor in deze diensten.

De jaarlijkse bevraging van EU-SILC bevraagt het aantal uren dat ieder kind in het huishouden gebruik maakt van verschillende vormen van kinderopvang. In de ad-hoc module van 2016 over de toegankelijkheid van diensten werden enkele extra vragen over kinderopvang opgenomen. Deze zijn:

- Niet-gebruik van kinderopvang:
  - Heeft uw huishouden behoefte aan formele kinderopvang, niettegenstaande er momenteel geen gebruik gemaakt wordt van dergelijke diensten?
  - Heeft uw huishouden behoefte aan meer formele kinderopvang dan nu het geval is?
  - Wat is de belangrijkste reden waarom uw huishouden geen gebruik maakt van formele kinderopvang?/Wat is de belangrijkste reden waarom uw huishouden niet méér gebruik maakt van formele kinderopvang?
    - Kan het zich niet veroorloven
    - Geen plaatsen beschikbaar
    - Beschikbare plaatsen, maar niet in de buurt
    - Beschikbare plaatsen, maar de openingstijden zijn niet geschikt
    - Beschikbare plaatsen, maar de kwaliteit van de beschikbare diensten is niet bevredigend
    - 6. Andere redenen
- Betaalbaarheid: Kan uw huishouden het zich financieel veroorloven de kosten van de kinderopvang voor alle kinderen van het huishouden te betalen?

Omdat deze variabelen enkel in de ronde van 2016 zijn opgenomen, kunnen ze niet gebruikt worden om de evolutie doorheen de tijd te monitoren.

In nationale datasets zijn ook enkele gegevens opgenomen die toegankelijkheid van kinderopvang en diensten van Kind en Gezin meten.

Iedere 5 jaar wordt er in opdracht van Kind en Gezin een survey uitgevoerd bij ouders van kinderen tussen 3 maanden en 3 jaar. Deze survey meet het gebruik van kinderopvang, de reden voor keuze van een bepaalde kinderopvang (o.a. betaalbaar, toegankelijk, betrouwbaar, …) en hun beoordeling van de kinderopvang (o.a. kwaliteit, openingsuren, omgang met begeleiders) (Vande Gaer, Gijselinckx & Hedebouw, 2013). De bevraging van 2018 zou ook het niet-gebruik van kinderopvang meten, en de reden hiervoor. De resultaten voor 2018 zijn op moment van schrijven nog niet vrijgegeven, we kunnen dus de indicatoren niet concreet bespreken.

In de stads-en gemeentemonitor wordt de tevredenheid over kinderopvang in de gemeente bevraagd. Ook wordt gevraagd of de respondent gebruik gemaakt heeft van kinderopvang in het afgelopen jaar. In de stadsmonitor is nog een extra vraag opgenomen die vraagt of het voorbije jaar de rekeningen voor kinderopvang niet op tijd betaald werden omwille van financiële redenen.
In de hierboven besproken schaal over contactname en tevredenheid in de survey Samenleven in Diversiteit is Kind en Gezin opgenomen. Dit is de enige indicator van gebruik en toegankelijkheid van Kind en Gezin als organisatie die we vonden in de beschikbare datasets.

De hierboven besproken indicatoren zijn toegespitst op de toegankelijkheid van formele kinderopvang. Een andere relevante voorziening voor gezinnen, zijn de Huizen van het Kind. Een Huis van het Kind is een samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties met een lokaal aanbod voor baby's, kinderen, jongeren en (aanstaande) gezinnen. We vonden bij onze inventarisatie geen kwantitatieve indicatoren terug die de toegankelijkheid van de Huizen van het Kind meten. Indien men indicatoren hierover zou willen ontwikkelen, stellen we voor om inspiratie te halen uit de survey in opdracht van Kind en Gezin over gebruik, niet-gebruik en perceptie van de kinderopvang.

Tabel 7.2 Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen voor kinderopvang en diensten van Kind en Gezin

	EQLS	EU-SILC	EU-SILC 2016	Kind & Gezin survey	SGM	SiD
Dimensies: 7 B's						
Beschikbaar			x	x		
Betaalbaar	x		x	x		
Bruikbaar			x	x		
Bereikbaar			x	x		
Bekendheid en begrijpbaarheid						x
Betrouwbaar			x	x		
Eindresultaat						
Gerealiseerde toegang	x	x	x	x	x	
Non-use			x	(x 2018)		
Fases van toegang						
Perceptie nood						
Zoeken van hulp						
Contactname				x		x
Gebruik dienst	x	x	x	x	x	
Resultaat achteraf	x			x	x	x

7.3 VDAB

Over de toegankelijkheid van de diensten van de VDAB zijn zeer weinig indicatoren beschikbaar. We verwijzen naar de European Union Labour Force Survey (EU-LFS), Samenleven in Diversiteit, en de tevredenheidsmeting van de VDAB.

Het gebruik van administratieve data om een overzicht te krijgen van niet-geregistreerde werkzoekende werklozen is niet eenvoudig. Personen zonder tewerkstelling die niet bij de VDAB als werkzoekende geregistreerd zijn, worden in de administratieve data als "inactief" beschouwd. Vooral bij jongeren (die nog geen recht hebben op een werkloosheidsuitkering) wordt verwacht dat een zeker percentage zich niet bij de VDAB als werkzoekende geregistreerd heeft en dus niet officieel op zoek naar werk zijn. Om deze groep te monitoren, kan men het percentage NEET-jongeren (Not in Employment, Education or Training) naar migratieachtergrond monitoren. Deze cijfers worden berekend op basis van de EU-LFS. In de EU-LFS zijn de volgende indicatoren beschikbaar die gebruik en niet-gebruik van deze diensten meet. Ten eerste is er een vraag of de respondent al dan niet geregistreerd is bij de publieke tewerkstellingsdienst (VDAB). Verder krijgen respondenten zonder tewerkstelling, vragen aangeboden over hun zoektocht naar werk. Eén hiervan is of ze contact opgenomen hebben met de VDAB.

De schaal naar contactname en tevredenheid hierover uit de survey Samenleven in Diversiteit bevat VDAB/werkwinkel. Dit item kan gebruikt worden als een mogelijke indicator voor enkele van de bouwstenen van de toegankelijkheid van de VDAB. In de tevredenheidsschalen in de Sociaal-Culturele Verschuivingen is ook de tevredenheid over de begeleiding van werklozen opgenomen.

Tot slot kan de data van de klantenbevraging van de VDAB opgevraagd worden. In deze bevraging wordt de tevredenheid over de dienstverlening van de VDAB bevraagd. Omdat de inhoud van de bevraging niet publiek beschikbaar is, kunnen we niet met zekerheid vaststellen of andere bouwstenen

van toegankelijkheid in deze bevraging opgenomen zijn. Ook hebben we geen informatie over de methodologie van deze bevraging, en kunnen we bijgevolg geen uitspraken doen over de representativiteit van de data ten aanzien van personen met een migratieachtergrond.

Tabel 7.3 Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen voor VDAB

	EU-LFS	SiD	SCV	Klantenbevraging VDAB
Dimensies: 7 B's				
Beschikbaar				
Betaalbaar				
Bruikbaar				
Bereikbaar				
Bekendheid en begrijpbaarheid		x	x	
Betrouwbaar				
Eindresultaat				
Gerealiseerde toegang	x			
Non-use	x			
Fases van toegang				
Perceptie nood				
Zoeken van hulp				
Contactname	x	x	x	
Gebruik dienst	x			
Resultaat achteraf		x	x	

7.4 Sociale huisvesting

Administratieve gegevens over sociale huurders en kandidaat-huurders en kandidaat-kopers voor een sociale woning, via Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen. Deze gegevens worden opgesplitst naar nationaliteit (Belg, EU, niet-EU) en gemeente.

Binnen het Steunpunt Wonen werden er in 2005, 2013 en 2018 surveys afgenomen over de woonsituatie van Vlaamse huishoudens. De bevraging van 2013 was meer uitgebreid dan die in 2005 en 2013, zowel in het aantal steekproefeenheden en de opgenomen vragen in de vragenlijst. We beschrijven hieronder welke variabelen aangemaakt kunnen worden op basis van de woonsurveys (Van den broucke, Heylen & Wets, 2015):

- Huren van sociale woning (2005, 2013, 2018)
- In wachtrij voor sociale woning (2005, 2013, 2018)
- Betaalbaarheid van sociale woning (2005, 2013, 2018)
    - Woonquote: woonquote geeft het aandeel van het beschikbare huishoudinkomen dat wordt besteed aan woonuitgaven
    - Betalingsproblemen van de woning: het huishouden in het afgelopen jaar nooit, één keer, meerdere keren of elke maand betalingsproblemen ondervond om de vaste woonkosten (huur of afbetaling van de lening), verbruikskosten of andere woonkost te betalen.
    - Resterend inkomen na betalen van huur
- Tevredenheid over woning
- Ervaringen met discriminatie bij zoeken naar een woning

Hiernaast beschrijft Heylen (2016) twee manieren om op basis van de woonsurveys de praktische en theoretische doelgroep voor sociale woningen te vergelijken met wie er op de wachtlijst staat voor een sociale woning en de evolutie hierin tussen 2005 en 2013. De theoretische doelgroep bestaat uit private huurders met 1) een woonquote van meer dan 30% of met een huurwoning in slechte fysische staat; en 2) een inkomen in de twee laagste inkomensquintielen. De wettelijke doelgroep sociale huur bestaat uit gezinnen die in aanmerking komen voor een sociale huurwoning op basis van de toelatingsvoorwaarden van de sociale huur in Vlaanderen. Het verschil tussen deze doelgroepen en de personen op de wachtlijst kunnen als een mogelijke proxy-indicator beschouwd worden voor het niet-gebruik van sociale huisvesting.[9]

Een laatste mogelijke indicator is de contactname met een sociale huisvestingsdienst en de tevredenheid hierover uit de survey Samenleven in Diversiteit (zie sectie 6.2).

Tabel 7.4 Operationalisering van bouwstenen van toegankelijkheid van voorzieningen voor sociale huisvesting

	VMSW	Woonsurveys	SiD
Dimensies: 7 B's			
Beschikbaar			
Betaalbaar		x	
Bruikbaar			
Bereikbaar			
Bekendheid en begrijpbaarheid			x
Betrouwbaar			
Eindresultaat			
Gerealiseerde toegang	x	x	
Non-use		x	
Fases van toegang			
Perceptie nood			
Zoeken van hulp			
Contactname	x	x	x
Gebruik dienst	x	x	
Resultaat achteraf		x	

9 Men moet hierbij echter in het achterhoofd houden dat het niet kandidaat stellen voor een sociale woning verschillende redenen kan hebben die niet steeds wijzen op een lagere toegankelijkheid. In het rapport geeft Heylen (2016, p. 39) enkele voorbeelden van redenen voor het niet-kandidaat stellen, zoals opzien tegen een verhuis of het hebben van een bevredigende woonsituatie.

Referenties

Agentschap Binnenlands Bestuur (2019a). *Gemeente- en stadsmonitor*. Geraadpleegd op 22 maart 2019 via https://gemeente-en-stadsmonitor.vlaanderen.be/.

Agentschap Binnenlands Bestuur (2019b). *Samenleven in diversiteit*. Geraadpleegd op 8 maart 2019 via https://samenleven-in-diversiteit.vlaanderen.be/rapport.

Arrivillaga, M., & Borrero, Y.E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cd. Sàude Publica*, Rio de Janeiro, 32(5), 1-15.

Biggart, A., Järvinen, T. & Parreiro do Amaral, M. (2015). Institutional frameworks and structural factors relating to educational access across Europe. *Euopean Education*, 47(1), 26-45.

Burden, B., Marx-Freere, M., & Soss, J. (2012). The effect of administrative burden on bureaucratic perception of policies: evidence from election administration. *Public Administration Review*, 72, 741-751.

Burns, T.R. (2008). Thowards a theory of structural discrimination: cultural, institutional and interactional mechanisms of the 'European Dilemmma'. In: G. Delanty, R. Wodak & P. Jones (Eds.), *Identity, belonging and migration*, Liverpool: Liverpool Universiity Press (pp. 152-172).

Chase, L.E., Cleveland, J., Beatson, J., Rousseau, C. (2017). The gap between entitlement and access to healthcare: an analysis of "candidacy" in the help-seeking trajectories of asylum seekers in Montreal. *Social Science & Medicine*, 182, 52-59.

Coussée, F. & Roets, G. (2011). Vrijetijdsbeleving van kinderen in armoede. Gent: Universiteit Gent/Vakgroep Sociale Agogiek.

Dag, M., & Kullberg, C. (2016). Employment officers' assessments of employment prospects for persons with physical disability: Structural discrimination on the basis of gender and country of birth. *Disabilities Studies Quarterly, 36*(2).

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Future Studies.

De Bisschop, A. (2010). Lokale netwerken in perspectief. Belangrijke tendensen in de historiek van armoedebestrijding. *Momenten*, 7, 6-12.

Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Artur, A., Harvey, J., Hsu, R., Katbamna, S., Olsen, R., Smith, L., Riley, R., & Sutton, A.J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6, 1-13.

Donabedian, A. (1973). Aspects of medical care administration. Cambridge: Harvard University Press.

El Mabrouk, F. (2019, 4 maart). 'Tevredenheid daalt: werk aan de winkel voor VDAB'. *Het Nieuwsblad*. Geraadpleegd op 13 mei 2019 via https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20190303_04227829.

Eurofound, 2019. *European Quality of Life Survey (EQLS)*. Geraadpleegd op 22 maart 2019 via https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys.

European Commission (2016). *Action plan on the integration of third-country nationals*. Online geraadpleegd op 16 november 2018 via https://ec.europa.eu/home-affairs/sites/homeaffairs/files/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/20160607/factsheet_action_plan_integration_third-country_nationals_en.pdf

European Commission (2011). *European Agenda for the Integration of Third-Country Nationals.* Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions. Online geraadpleegd op 21 november 2018 via http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2011/EN/1-2011-455-EN-F1-1.Pdf

European Commission (2015). *European Agenda on Migration*. Online geraadpleegd op 16 november 2018 via https://ec.europa.eu/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information_en.

Eurostat, 2019. *European Health Interview Survey (EHIS)*. Geraadpleegd op 13 mei 2019 via https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey.

Eurostat, 2019. *European Union Labour Force Survey (EU LFS).* Geraadpleegd op 8 maart 2019 via https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-labour-force-survey.

Eurostat, 2019. *European Union Statistics on Income and Living Conditions.* Geraadpleegd op 8 maart 2019 via https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions.

EXPH [Expert Panel on Effective ways of investing in Health] (2016). *Access to health services in the European Union*. Brussels: European Commission.

Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53, 1149-1162.

Gold, M. (1998). Part I: the concept of access and managed care. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Services Research*, 33(3), 625-652.

Gonzalez-Garibay, M. & De Cuyper, P. (2013). *An evaluation framework for the Flemish integration policies*. Antwerpen: Steunpunt Inburgering en Integratie.

Haggerty, J., Levesque, J.-F., Santor, D., Burge, F., Beaulieu, C., Bouharoui, F., Beaulieu, M.-D., Pineault, R., & Gass, D. (2011). Accessibility from the patient perspective: comparison of primary healthcare evaluation instruments. *Healthcare Policy*, 7, 94-107.

Heylen K. (2016). *Doelgroepen en wachtlijst van de sociale huur*. Leuven: Steunpunt Wonen.

HM Government (2018). *Integrated Communities Strategy Green Paper*. Online geraadpleegd op 20 november 2018 op https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/696993/Integrated_Communities_Strategy.pdf

Hubeau, B. & Parmentier, S. (2008). Sociale rechtshulp. Algemene ontwikkelingen. *Welzijnsgids* 67,1-21.

Iwarsson, S., & Stahl, A. (2003). Accessibility, usability and universal design – positioning and definition of concepts describing person-environment relationships. *Disability and Rehabilitation*, 25(2), 57-66.

Justice and Home Affairs Council (2004). *2618th Council Meeting. Press release. 14615/04.* Online geraadpleegd op 16 november 2018 via https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/jha/82745.pdf

Khan, A.A., & Bhardwaj, S.M. (1994). Access to health care. A conceptual framework and its relevance to health care planning. *Evaluation and the Health Professions*, 17: 60-76.

Kind en Gezin (2017). Het kind in Vlaanderen. Brussel: Kind en Gezin.

Koehn, S. (2009). Negotiating candidacy: ethnic minority senior's access to care. Ageing Soc., 29(4): 585-608.

Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., Saraceno, B. (2004). The treatment gap in meantal health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 811-890.

Koning, E.A., & Banting, K.G. (2013). Inequality below the surface: reviewing immigrants' access to and utilization of five Canadian welfare programs. *Canadian Public Policy*, 39(4), 581-601.

KSZ (2019). Datawarehouse Arbeidsmarkt & Sociale Bescherming. Geraadpleegd op 12 maart 2019 via https://www.ksz-bcss.fgov.be/nl/dwh/homepage/index.html.

Lammertyn, F. (1998). Aspecten van (on)toegankelijkheid – een sociologische duiding. In: Opdebeeck, S., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (red.), *De toegankelijkheid van de voorzieningen in de welzijns- en gezondheidszorg. Visies uit de praktijk, het onderzoek en het beleid*. LUCAS, s.l.

Levesque, J.F., Harris, M.F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12,1-10.

Lipsky, M. (1980). *Street level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.

MacKenzie, M., Conway, E., Hastings, A., Munro, M., O'Donnell, C. (2012). Is 'candidacy' a useful concept for understanding journeys through public services? A critical interpretive literature synthesis. *Social policy & administration*, 47(7), 806-825.

MIPEX (2015). *How countries are promoting integration of immigrants*. Online geraadpleegd op 20 november 2018, op www.mipex.eu.

Moynihan, D., Herd, P., & Harvey, H. (2014). Administrative burden: learning, psychological, and compliance costs in citizen-state interactions. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25, 43-69.

Parmentier, S. (1998). Kansarmoede en Rechtshulp. Drie uitdagingen op de drempel van volgende eeuw. *Alert*, 24(1), 24-31.

Parreira do Amaral, M., Walther, A., & Litau, J. (2013*). Governance of educational trajectories in Europe. Access, coping, and relevance of education for young people in European knowledge societies in comparative perspective. Final report.* Frankfurt: University of Frankfurt.

Penchansky, R., & Thomas, J.W., (1981). The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127-140.

Ricketts, T.C., & Goldsmith, L.J. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurse Outlook 2005*, 53, 274-280.

Roose, R. (2003). *Participatief werken in de jeugdhulpverlening*. Gent: Academia press.

Ruger, J.P. (2007). Rethinking equal access: agency, quality and norms. *Global Public Health*, 2(1), 78-96.

Russell, D.J., Humphreys, J.S., Ward, B., Chisholm, M., Buykx, P., McGrail, M., & Wakerman, J. (2013). *Australian Journal of Rural Health*, 21, 61-71.

Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39.

Sciensano (2019). *Gezondheidsenquête: Toegang tot gegevens*. Geraadpleegd op 13 mei 2019 via https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Toegang_gegevens2013.aspx

SHARE-ERIC (2019). *SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.* Geraadpleegd op 13 mei 2019 via http://www.share-project.org/home0.html.

Social Protection Committee (2010). *A Voluntary European Quality Framework for Social Services*. Online geraadpleegd op 20 november 2018 via https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1169&langId=en.

Statistiek Vlaanderen (2019). *SCV-survey*. Geraadpleegd op 12 maart 2019 via http://statistieken.vlaanderen.be/QvAJAXZfc/notoolbar.htm?document=SVR%2FSVR-SCV-02.qvw&host=QVS%40cwv100154&anonymous=true

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295-303/

Thomasevski, K. (2001). Human rights obligations: making education available, accessible, acceptable and adaptable. *Right to education primers*, 3, Gothenburg.

Thornicroft, G. & Tansella, M. (2013). The balanced care model for global mental health. *Psychological Medicine*, 43, 849-863.

Ünver Ö., Bircan T., Nicaise I. (2018). Perceived accessibility of childcare in Europe: a cross-country multilevel study. *International Journal of Child Care and Education Policy*, *12* (5), 1-30.

Van de Walle, T. (2011). *Jeugdwerk en sociale uitsluiting. De toegankelijkheidsdiscussie voorbij?* Gent: Academia Press.

Van den Broucke S., Heylen K. & Wets J. (2015). *Woonsituatie van personen met een migratieachtergrond in Vlaanderen*. Antwerpen: Steunpunt Inburgering en Integratie.

Vande Gaer, E., Gijselinckx, C., & Hedebouw, G. (2013). *Het gebruik van opvang voor kinderen jonger dan 3 jaar in het Vlaamse Gewest*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Vandenbroeck, M., & Lazzari, A. (2014). Accessibility of early childhood education and care: a state of affairs. *European early Childhood Education Research Journal*, 22(3), 327-335.

Verlet, D., & Demeyere, L. (2018). De perceptie van de Vlaamse administratie ingekaderd: een barometer bij verschillende doelgroepen. *Vlaams Tijdschrift voor Overheidsmanagement, 2*, 63-74.

Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen (2019). *Statistieken*. Geraadpleegd op 15 mei 2019 via https://www.vmsw.be/statistieken.

Vlaamse overheid (2013). *Decreet betreffende het Vlaamse integratie- en inburgeringsbeleid*. Belgisch staatsblad, publicatiedatum 7 juni 2013.

Vlaamse Regering (2012). *Ontwerp van decreet betreffende het Vlaamse integratie- en inburgeringsbeleid. Memorie van toelichting*.

Vlaamse Regering (2016). *Horizontaal integratiebeleidsplan Vlaanderen 2016-2019*.

Vlaamse Regering (2018). *Geactualiseerd horizontaal integratie-beleidsplan Vlaanderen 2018-2019*.