

The impact of the long-term care reform in the Netherlands

Citation for published version (APA):

Jongen, W. (2017). *The impact of the long-term care reform in the Netherlands: an accompanying analysis of an 'ongoing' reform*. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20170223wj>

Document status and date:

Published: 01/01/2017

DOI:

[10.26481/dis.20170223wj](https://doi.org/10.26481/dis.20170223wj)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

Chapter 1, the introduction to this dissertation, gives an overview of the latest Dutch long-term care reform, which entered into force on January 1, 2015. The 2015 Reform can be seen as having a hybrid focus. It is characterized, on the one hand, by austerity measures intended to safeguard the long-term financial sustainability of the Dutch long-term care system; and on the other hand, by a normative discussion about public values such as solidarity versus individual responsibility. The 2015 Reform can be seen as part of a more long-term ‘market-oriented’ reform of the Dutch healthcare system in general, which began in 1987 with the recommendation of the Dekker Commission to introduce more (regulated) competition into the Dutch healthcare sector. This market-oriented reform has been directed at fostering efficiency, enhancing citizens’ freedom of choice and reinforcing solidarity among citizens, while simultaneously upholding public values such as accessibility of care, quality of care, and the financial sustainability of the healthcare sector in general. The studies in this dissertation have one major and overarching goal: to examine the current status anno 2016 with regard to achieving the intended results of the recent long-term care reform.

In launching this study, we believed that it is more interesting at this point in time to examine the complexity of the reform process itself than to focus upon the Dutch long-term care reform in terms of general types of explanatory factors (the reform’s ‘input’), or in terms of general types of impact (the reform’s ‘outcome’). The studies in this dissertation provide ‘accompanying’ analyses of the recent Dutch long-term care reform, focusing upon various aspects of this reform, and applying these to its most prominent implementers and executors (being local governments and long-term care providers). As such, the studies in this dissertation provided a first insight into the recent reform by accompanying the reform process itself. Both the period leading up to the reform (in the aftermath of the economic crisis) and its first year of implementation were examined. A limited cross-border perspective/approach was applied in several of the studies. The fact that the recent reform had created a new and unique context within which the accompanying analysis of this study was conducted required an exploratory research approach: the specific conceptual models that were adhered to in this study had not previously been applied to evaluate the impact of the recent Dutch long-term care reform.

Chapter 2 considers, as a prelude to the rest of the dissertation, the concept of social participation of older people, a concept that constitutes one of the core themes of the 2015 Dutch long-term care reform. On the basis of the study of Chapter 2, it can be concluded that the most effective type of interventions aimed at promoting social participation amongst older people are group interventions 1) with a strong interactive character, 2) having an educational input or offering social support, 3) targeted at specific groups of older people and 4) including the older people in the development and implementation of the interventions. Although the study presented in Chapter 2 did not provide us with a definite answer to the potential paradox of encouraging living longer at home while at the same time encouraging social participation of these same people,

exactly this indefinite conclusion cleared the road for continuing our accompanying analysis of the Dutch long-term care reform.

Chapter 3 examines the influence of the recent 2007/2008 economic crisis on the quality of long-term care for older people in Belgium and the Netherlands. For the study in Chapter 3, a qualitative (multiple case study) research design was applied consisting of semi-structured qualitative interviews supported by quantitative elements. Indeed, Dutch long-term care organizations seem to have adopted a much more ‘innovative’ response to the economic crisis than their Belgian counterparts. However, as the study of Chapter 3 concluded, this ‘innovative’ response of Dutch long-term care organizations has mainly been the result of a ‘forced’ sense of urgency, as well as a disproportionate time-frame for conducting changes and concerns about the sustainable availability of sufficient financial resources.

The study in **Chapter 4** examined, in the pre-2015 period, the preparedness of Dutch municipalities for the challenges that would result from their new responsibilities under the 2015 long-term care decentralization. For the study in Chapter 4, a qualitative research design was applied, consisting of semi-structured qualitative interviews. A general conclusion of the study in Chapter 4 was that municipalities considered themselves to be largely prepared for their new responsibilities resulting from the long-term care reform, but that this perception mainly applied to practical changes (related to municipalities’ organizational preparation for their new responsibilities) occurring in the short-term transition phase, instead of to the more long-term transformation phase wherein such challenges as the development of a true participation society lie.

Chapter 5 explores the quality of long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands following the recent long-term care policy changes in both countries. Although Chapters 3 and 4 thus both considered the pre-2015 period, Chapters 5 and 6 both focused on the post-2015 period, following the formal entry into force of the 2015 long-term care reform. For the study in Chapter 5, a qualitative research design was again applied, consisting of semi-structured qualitative interviews. A general conclusion of the study in Chapter 5 was that in the wake of the recent long-term care reforms, certain vulnerable groups of older people in Belgium and the Netherlands (particularly those from lower socio-economic backgrounds) are at risk of being deprived of long-term care that is available, affordable and person-centered. While national and regional governments set the stage through regulatory frameworks and financing mechanisms, an increased reliance on social networks and informal caregivers is seen as vital to ensure the sustainability of the long-term care systems in Belgium and in the Netherlands. Simultaneously, a greater reliance on local social networks and informal caregivers to provide value within high-quality long-term care provision introduces new challenges. As a way of responding to these new challenges, structural governmental measures have to be introduced to support and protect informal caregivers and informal care networks.

Chapter 6 explores the extent to which municipalities in the Netherlands have taken ethical dilemmas into account when implementing and executing the new social support policies that have resulted from the 2015 decentralization. The main conclusion drawn in this study was that while municipalities are indeed aware of (potential) moral conflicts in executing the new Social Support Act, the nature of the new law itself leaves insufficient room for municipalities to act in a proactive and supportive/empowering manner to these challenges. The same is true with regard to the Act's long-term aim of achieving a true participation society, wherein people are expected to take on more individual and social responsibility in fulfilling long-term care needs. The reasoning behind this line of argument is that although the new law appears to emphasise such ethical principles as social beneficence and respect for autonomy, the lack of emphasis on notions of social justice threatens to impede the effectuation of the intended goals in practice.

Chapter 7 can be considered a case study, considering how cross-border cooperation initiatives can contribute to public health policy making in an individual country. In doing so, dementia care –being a key priority policy theme of the Dutch government– has been chosen as a case study. For the study in Chapter 7 a mixed-method research design was applied, consisting of an online survey with closed questions, and in-depth semi-structured interviews. Despite the interest that respondents (being representatives of various organizations involved in dementia care) showed in learning more about the way dementia care is organized in other countries, our results showed that structural cross-border cooperation in that field was practically non-existent in the Euregio Meuse-Rhine. The absence of such cross-border cooperation initiatives appeared to be mainly due to the absence of a direct sense of urgency among respondents to develop such initiatives. A general conclusion of this study was that cross-border cooperation in public health is not an aim in itself, but is only of added value when there is a direct necessity to search for additional know-how.

In **Chapter 8**, the general findings of this dissertation are discussed, including recommendations for decision-makers in long-term care organizations and policymakers in the long-term care sector in both the Netherlands and other European countries. Overall, it appeared from the principal findings of the various studies that the value and necessity of decentralising responsibilities in the long-term care sector and reducing public expenditures on long-term care are generally accepted by policy makers and healthcare professionals in the Netherlands. Organising and providing care on a local level with the support of volunteers, social networks and informal caregivers is a new, emerging, reality that probably constitutes the only suitable solution to ensure the sustainability of long-term care provision in the Netherlands. As such, the chosen reform path can be considered to follow (at least partly) a normal evolution process. However, the Dutch national government is criticised for the rigorous manner and fast pace with which the recent reform has been implemented. Recent research shows that the prevalence of common basic care problems amongst elderly in all health care set-

tings (such as pressure ulcers, incontinence, malnutrition, falls, and use of restraints) did not decline in 2015 after several years of positive developments, meaning that the quality of adequate basic care provision is at stake. The attention paid to such problems appears to be waning, possibly as a result of the attention that is demanded by the big changes in the Dutch healthcare system. The government's idealistic and ideological reasoning behind the reforms –ensuring tailor-made care, delivered closer to home, with the support of a caring and involved society– is considered by many as being mainly rhetoric, with the real driving force behind the reforms being the need for austerity measures. Indeed, cutbacks on healthcare expenditure and social welfare benefits are often seen by policy makers as a short-term solution to alleviate budgetary pressure. This in turn can be considered as flying in the face of the European Union's overarching health-related values of solidarity, universality, equity and access to good quality care. The latter particularly appeared to hold for the new Social Support Act. It was argued that although the new law appears to emphasise such ethical principles as social beneficence and respect for autonomy, the lack of emphasis on notions of social justice threatens to impede the effectuation of the intended goals in practice. Moreover, the Social Support Act 2015 seems to be mainly directed towards achieving a certain outcome (the maximisation of social beneficence through the creation of a participation society), instead of stipulating how that outcome should exactly be achieved in a fair manner. As such, the Social Support Act 2015 seems to provide insufficient guarantees of equality of opportunity with regard to long-term care access, both among citizens within the same municipality, as (and perhaps especially) across different municipalities. Throughout the dissertation, recommendations for policy makers and/or public health professionals are made, focusing on, among other things: the thorough monitoring of the reform process, the stimulation of cooperation between the social care domain and the healthcare domain (e.g. through the organization of local (public) health conferences), and the support for informal caregivers and citizens' initiatives.

Samenvatting

Hoofdstuk 1, de inleiding van dit proefschrift, geeft een overzicht van de meest recente hervorming van de Nederlandse langdurige zorg, die op 1 januari 2015 in werking trad. De hervorming van 2015 lijkt een hybride focus te hebben. De hervorming wordt namelijk aan de ene kant gekenmerkt door bezuinigingsmaatregelen, bedoeld om de financiële houdbaarheid van het Nederlandse langdurige zorgsysteem op de lange termijn veilig te stellen; en aan de andere kant door een normatieve discussie over publieke waarden zoals solidariteit versus individuele verantwoordelijkheid. De hervorming van 2015 kan worden gezien als onderdeel van een meer lange termijn 'marktgerichte' hervorming van de Nederlandse gezondheidszorg, die haar oorsprong heeft in 1987 en begon met het advies van de Commissie Dekker om meer (gereguleerde) concurrentie in de Nederlandse gezondheidszorg te introduceren. Deze marktgerichte hervorming is gericht op het bevorderen van efficiëntie, het vergroten van de keuzevrijheid van burgers en het versterken van de solidariteit tussen burgers, maar tegelijkertijd ook op het handhaven van publieke waarden zoals toegankelijkheid van de zorg, kwaliteit van de zorg en betaalbaarheid van de zorg. De studies in dit proefschrift hebben één overkoepelend doel: te onderzoeken wat de stand van zaken anno 2016 is met betrekking tot het bereiken van de beoogde resultaten van de recente hervorming van de langdurige zorg.

Bij de start van dit onderzoek was de perceptie dat het op dit moment in de tijd interessanter is om de complexiteit van het hervormingsproces zelf te onderzoeken, dan om de hervorming van de Nederlandse langdurige zorg te onderzoeken op basis van algemene categorieën van verklarende factoren (de 'input' van de hervorming), of op basis van algemene categorieën van gevolgen (de 'output' van de hervorming). De studies in dit proefschrift bieden 'begeleidende' analyses van de recente hervorming van de Nederlandse langdurige zorg, met de nadruk op verschillende aspecten van deze hervorming, en toegepast op haar meest voorname uitvoerders (zijnde lokale overheden en de langdurige zorgaanbieder). Door het hervormingsproces zelf te volgen, bieden de studies in dit proefschrift een eerste inzicht in de recente hervorming. Zowel de periode voorafgaand aan de hervorming (in de nasleep van de economische crisis) en het eerste jaar van de uitvoering werden onderzocht. Een beperkt grensoverschrijdend perspectief werd gehanteerd in een aantal van de studies. Het feit dat de recente hervorming een nieuwe en unieke context bood waarin de 'begeleidende' analyse van dit proefschrift werd uitgevoerd, vereiste een exploratieve onderzoeksplan: de specifieke conceptuele modellen die werden toegepast in dit onderzoek zijn nog niet eerder toegepast om de gevolgen van de recente hervorming van de Nederlandse langdurige zorg te evalueren.

Hoofdstuk 2 behandelt, als een opmaat naar de rest van het proefschrift, het concept van maatschappelijke participatie van ouderen, een concept dat een van de belangrijkste thema's van de hervorming van de Nederlandse langdurige zorg van 2015 vormt. Op basis van de studie van Hoofdstuk 2 kan geconcludeerd worden dat de meest effectieve vorm van interventies gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie van ouderen, interventies zijn 1) met een sterk interactief karakter, 2) met een

educatief karakter of gericht op het bieden van sociale steun, 3) gericht op specifieke groepen ouderen en 4) waarbij ouderen zelf worden betrokken in de ontwikkeling en implementatie van de interventies. De studie van Hoofdstuk 2 voorziet ons weliswaar niet van een sluitend antwoord op de mogelijke paradox van het stimuleren van langer thuis blijven wonen van ouderen en tegelijkertijd het stimuleren van de maatschappelijke participatie van deze zelfde groep mensen. En precies dit ontbreken van een sluitende conclusie onderstreepte de noodzaak tot het uitvoeren van een begeleidende analyse van de hervorming van de Nederlandse langdurige zorg.

Hoofdstuk 3 gaat in op de invloed van de recente economische crisis van 2007/2008 op de kwaliteit van de langdurige ouderenzorg in België en Nederland. Voor de studie in Hoofdstuk 3 werd een kwalitatieve (multiple casestudy) onderzoeksopzet toegepast, bestaande uit semigestructureerde interviews aangevuld met kwantitatieve elementen. Uit de onderzoeksresultaten bleek dat Nederlandse zorgorganisaties een veel 'innovatievere' houding hadden aangenomen ten opzichte van de gevolgen van de economische crisis dan Belgische zorgorganisaties. Echter, zoals de studie van Hoofdstuk 3 concludeerde, deze 'innovatieve' houding van Nederlandse zorgorganisaties bleek vooral het gevolg te zijn van een 'noodzakelijke' sense of urgency, een disproportioneel tijdschema voor het uitvoeren van veranderingen in de langdurige zorg en een bezorgdheid over de lange termijn beschikbaarheid van voldoende financiële middelen in de langdurige zorg.

De studie in **Hoofdstuk 4** onderzocht, in de periode vóór 2015, de 'systeem paraatheid' (*system readiness*) van Nederlandse gemeenten op de uitdagingen die zouden gaan voortvloeien uit hun nieuwe verantwoordelijkheden in het kader van de decentralisaties in de langdurige zorg. Voor de studie in Hoofdstuk 4 werd een kwalitatieve onderzoeksopzet toegepast, bestaande uit semigestructureerde interviews. Een algemene conclusie was dat gemeenten zichzelf grotendeels voorbereid achtten op hun nieuwe verantwoordelijkheden ten gevolge van de hervorming van de langdurige zorg. Echter, deze perceptie bleek vooral betrekking te hebben op de meer praktische veranderingen (met betrekking tot de organisatorische voorbereidingen van gemeenten op hun nieuwe verantwoordelijkheden) die zich in de korte termijn transitiefase zouden manifesteren, in plaats van op de meer lange termijn transformatiefase waarin het veel meer gaat om uitdagingen als het stimuleren van een participatiemaatschappij.

Hoofdstuk 5 onderzoekt de kwaliteit van de langdurige zorg voor ouderen in België en Nederland naar aanleiding van de recente beleidsveranderingen op dit gebied in beide landen. Daar waar Hoofdstukken 3 en 4 dus de periode vóór 1-1-2015 beschouwen, hebben Hoofdstukken 5 en 6 betrekking op de periode ná de formele inwerkingtreding van de hervorming van de Nederlandse langdurige zorg. Ook voor de studie in Hoofdstuk 5 werd een kwalitatieve onderzoeksopzet, bestaande uit semigestructureerde interviews, toegepast. Een algemene conclusie was dat in de nasleep van de recente hervormingen van de langdurige zorg in beide landen, bepaalde kwetsbare groepen ouderen in België en Nederland (vooral ouderen vanuit een lagere sociaaleconomische

achtergrond) het risico lopen om langdurige zorg mis te lopen die voldoende beschikbaar, betaalbaar en persoonsgericht is. Hoewel de nationale en lokale overheden de brede contouren bepalen van het langdurige zorgsysteem door middel van wet- en regelgeving en financieringsmechanismen, wordt een verhoogde afhankelijkheid van sociale netwerken en mantelzorgers als onontbeerlijk gezien om de duurzaamheid van de langdurige zorg in België en in Nederland te waarborgen. Tegelijkertijd, echter, brengt een grotere afhankelijkheid van lokale sociale netwerken en mantelzorgers binnen de langdurige zorg nieuwe uitdagingen met zich mee. Als een manier om te reageren op deze nieuwe uitdagingen, zullen er structurele maatregelen van overheidswege moeten worden ingevoerd ter ondersteuning en bescherming van mantelzorgers en informele zorgnetwerken.

Hoofdstuk 6 onderzoekt de mate waarin gemeenten in Nederland rekening houden met ethische dilemma's bij de implementatie en uitvoering van hun nieuwe verantwoordelijkheden op het gebied van maatschappelijke ondersteuning als gevolg van de decentralisatie die in 2015 in werking trad. De belangrijkste conclusie van deze studie was dat hoewel gemeenten zich wel degelijk bewust zijn van (potentiële) morele conflicten bij de uitvoering van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), de aard van de nieuwe wet zelf onvoldoende ruimte laat voor gemeenten om op proactieve en ondersteunende wijze in te spelen op deze conflicten. Hetzelfde is waar met betrekking tot het lange termijn doel van de Wmo 2015, zijnde het bewerkstelligen van een echte participatiesamenleving waarin van burgers wordt verwacht dat men meer eigen en maatschappelijke verantwoordelijkheid op zich neemt bij het vervullen van de langdurige zorgbehoeften. De redenering achter deze argumentatie is dat hoewel de nieuwe Wmo ethische principes als 'maatschappelijk weldoen' (*social beneficence*) en respect voor autonomie lijkt te benadrukken, het gebrek aan aandacht voor principes als sociale rechtvaardigheid de effectuering van de beoogde doelen in de praktijk dreigt te belemmeren.

Hoofdstuk 7 kan worden beschouwd als een casestudy, waarin wordt onderzocht hoe grensoverschrijdende samenwerkingsinitiatieven een bijdrage kunnen leveren aan het volksgezondheidsbeleid in een individueel land. Het thema dementiezorg is hierin gekozen als voorbeeldcase, aangezien dit een prioritair thema vormt binnen het Nederlandse volksgezondheidsbeleid. Voor de studie in Hoofdstuk 7 werd een gemengde onderzoeksoptzet toegepast, bestaande uit een online enquête met gesloten vragen enerzijds en semigestructureerde interviews anderzijds. Ondanks het belang dat de respondenten in deze studie (bestaande uit vertegenwoordigers van diverse organisaties betrokken bij dementiezorg in Limburg) toeschreven aan het leren van de wijze waarop dementiezorg is georganiseerd in andere landen, toonden de resultaten van deze studie aan dat structurele grensoverschrijdende samenwerking op dat gebied nagenoeg nihil is binnen de Euregio Maas-Rijn. Het ontbreken van dergelijke grensoverschrijdende samenwerkingsinitiatieven lijkt voornamelijk te wijten aan het ontbreken van een directe sense of urgency onder respondenten om dergelijke initiatieven te

ontwikkelen. Algemene conclusie van dit onderzoek was dat de grensoverschrijdende samenwerking op het gebied van de volksgezondheid geen doel op zich is, maar alleen van toegevoegde waarde is als er een directe noodzaak bestaat om te zoeken naar aanvullende kennis.

In **Hoofdstuk 8** worden de algemene bevindingen van dit proefschrift besproken en worden er aanbevelingen gedaan voor besluitvormers en beleidsmakers in de langdurige zorgsector in Nederland en andere Europese landen. Over het algemeen bleek uit de belangrijkste bevindingen van de verschillende studies in dit proefschrift dat het belang en de noodzaak van de decentralisatie van verantwoordelijkheden in de langdurige zorg en het verminderen van de overheidsuitgaven voor langdurige zorg worden gedragen door beleidsmakers en zorgprofessionals in Nederland. Het organiseren van de zorg op lokaal niveau met de steun van vrijwilligers, sociale netwerken en mantelzorgers is een nieuwe, opkomende, werkelijkheid die waarschijnlijk de enige geschikte oplossing vormt om de duurzaamheid van de langdurige zorg in Nederland te waarborgen. Tot dusver kan men dus stellen dat het door de Nederlandse overheid gekozen hervormingspad (in ieder geval gedeeltelijk) een normaal evolutieproces volgt. Echter, de Nederlandse nationale overheid wordt bekritiseerd voor de rigoureuze wijze en het snelle tempo waarmee de recente hervorming is geïmplementeerd. Uit recent onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat de prevalentie van algemene basiszorgproblemen onder ouderen in alle gezondheidszorginstellingen (zoals decubitus, incontinentie, ondervoeding, vallen, en het gebruik van dwangmiddelen) niet is afgenomen in 2015 na enkele jaren van positieve ontwikkelingen, hetgeen betekent dat de kwaliteit van de basiszorg in het geding kan zijn. De aandacht voor deze problemen lijkt af te nemen, mogelijk als gevolg van de aandacht die wordt opgeëist door de grote veranderingen in de Nederlandse gezondheidszorg. De idealistische en ideologische redeneringen van de Nederlandse overheid achter de hervormingen (het leveren van zorg op maat dichterbij huis, met de steun van een zorgzame en betrokken samenleving) worden door velen beschouwd als retorisch, terwijl de echte drijvende kracht achter de hervormingen de behoefte aan bezuinigingsmaatregelen is. Bezuinigingen op de gezondheidszorguitgaven en de sociale uitkeringen worden vaak door beleidsmakers beschouwd als een korte termijn oplossing om de budgettaire druk te verlichten. Dergelijke bezuinigingen kunnen op hun beurt worden beschouwd als een inbreuk op de gemeenschappelijke waarden en beginselen van de gezondheidsstelsels van de Europese Unie (universaliteit, toegang tot hoogwaardige zorg, rechtvaardigheid en solidariteit). Dit argument lijkt vooral betrekking te hebben op de nieuwe Wmo. Aangevoerd wordt dat hoewel de nieuwe Wmo ethische principes als 'maatschappelijk weldoen' (*social beneficence*) en respect voor autonomie lijkt te benadrukken, het gebrek aan aandacht voor principes als sociale rechtvaardigheid de effectivering van de beoogde doelen in de praktijk dreigt te belemmeren. Bovendien lijkt de Wmo 2015 met name gericht te zijn op het bereiken van een bepaald resultaat (het maximaliseren van maatschappelijk weldoen door het creëren van een participatiemaatschappij), zonder te stipuleren hoe dat resultaat precies moet worden bereikt. Als zodanig lijkt de Wmo 2015

onvoldoende garanties te bieden voor gelijke kansen met betrekking tot de toegang tot langdurige zorg, zowel tussen burgers binnen dezelfde gemeente, als (en misschien vooral) tussen burgers van verschillende gemeenten. In het proefschrift worden aanbevelingen gedaan voor besluitvormers en beleidsmakers, gericht op onder andere: het grondig monitoren van het hervormingsproces, het stimuleren van de samenwerking tussen het gezondheidszorg- en het sociale zorgdomein (bijvoorbeeld door middel van het organiseren van lokale (volks)gezondheidsconferenties) en de ondersteuning van mantelzorgers en burgerinitiatieven.