

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1999-2000

12 januari 2000

BELEIDSNOTA

Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen

1999-2004

ingediend door mevrouw Mieke Vogels,
Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen

INHOUD

	Blz.
INLEIDING	5
HOOFDSTUK 1. DE SLEUTEL EN DE NOTENBALK	6
Deel 1. De sleutel voor een harmonisch beleid: preventie	6
Deel 2. De notenbalk : vijf grote lijnen staan voor een toekomstgericht welzijns-, gezondheids- en gelijke kansenbeleid	9
2.1. Van diagnose naar dialoog, of, van een aanbod- naar een behoeftengestuurd beleid	9
2.2. Een toegankelijke samenleving, toegankelijke voorzieningen	10
2.3. Omgaan met vermarkting van het aanbod, de rol van de overheid	11
2.4. Vrijwilligers en mantelzorgers naast en samen met professionele zorgverleners: onmisbare partners	11
2.5. Zorg op maat: de minst beperkende opvang	12
HOOFDSTUK 2. EEN SYMFONIE IN VIJF DELEN	13
Deel 1. De natuurlijke partners voor menselijk welzijn	13
1.1. Over Kind(eren) en Gezin(nen)	13
1.2. Terechte steun voor de mantelzorger	17
1.3. Herwaardering van de vrijwilliger	18
Deel 2. De eerste lijn	22
2.1. Het lokale bestuur en de OCMW's : partners in een lokaal zorgbeleid	22
2.2. Het algemeen welzijnswerk	24
2.3. Samenlevingsopbouw	27
2.4. Lokale integratiesector	30
2.5. De thuiszorg	30
Deel 3. De 'categoriale'	32
3.1. De gehandicaptenzorg in Vlaanderen	32
3.2. De Bijzondere Jeugdzorg	38
3.3. Het Forensisch welzijnswerk	42
3.4. Ouderen	45
Deel 4. De gezondheid	54
4.1. Preventieve gezondheidszorg	54
4.1.1. Een gezonde levensstijl en het maken van gezonde keuzes	54
4.1.2. Gezondheid en milieu	55
4.1.3. Jeugdgezondheidszorg	57
4.1.4. Bedrijfsgezondheidszorg	58
4.1.5. Infectieziekten	58
4.1.6. Kankerscreening	61
4.1.7. Genotsmiddelengebruik	62
4.1.8. Decreet betreffende de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen	63

4.2. Gezondheidszorg op maat	63
4.2.1. De eerstelijnszorg	63
4.2.2. Thuisgezondheidszorg	64
4.2.3. Palliatieve zorg	64
4.2.4. Zorg voor dementerenden	65
4.2.5. Residentiële gezondheidszorg, de ziekenhuizen	65
4.2.6. De Geestelijke Gezondheidszorg	66
4.3. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg	67
4.4. Van diagnose naar dialoog, een behoeftengestuurd gezondheidsbeleid	68
4.5. Ethisch verantwoorde keuzes in de zorg	68
4.6. De juiste beleidsinstrumenten ter ondersteuning van een kwalitatief beleid	69
4.6.1. Verzamelen van relevante beleidsinformatie : 'Meten om te weten'	69
4.6.2. Visitatie	70
4.6.3. Zorgplanning	70
Deel 5. De 'horizontale'	72
5.1 Gelijke kansen voor vrouwen voorop	73
5.2 Gelijke kansen voor iedereen	76
5.3 Armoede niet meer van deze tijd ! ?	79
5.4 Verdraagzaam Vlaanderen : integratie en racismebestrijding	82
HOOFDSTUK 3. Het orkest	88
Deel 1. Regering en parlement, partners in beleid	88
Deel 2. Ministerie en Vlaamse Openbare Instellingen (VOI's)	89
Deel 3. De werkgevers en werknemers van een steeds belangrijker socialprofitsector	90
Deel 4. Een samenhangend en inclusief beleid	91
Deel 5. Eigen instrumenten	93
5.1 De zorgverzekering : Een hefboom voor een kwalitatieve en betaalbare zorg op maat voor iedereen in de 21 ^{ste} eeuw	93
5.2 VIPA : het aanbieden van een gepast onderdak	95
5.3 De kwaliteitsdecreten : overheid en voorzieningen, partners op zoek naar kwalitatieve zorg in Vlaanderen	96
LIJST AFKORTINGEN	98

INLEIDING

Wie een harmonisch beleid wil voeren inzake welzijn, gezondheid en gelijke kansen in Vlaanderen, staat voor een enorme opdracht.

Misschien is het nog het best te vergelijken met de taak die rust op een dirigent die een uiterst complex muziekstuk, zoals een symfonie, op het podium brengt. Het opperste muzikaal genot kan hij maar bereiken als hij een goede partituur heeft en een orkest dat die partituur met gevoel uitvoert.

Deze beleidsnota wil de partituur zijn voor een harmonisch welzijns-, gezondheids- en gelijkekansenbeleid. Het is een partituur die de kwaliteit van het leven in Vlaanderen wil verhogen en de spelers van het orkest wil motiveren om dit de volgende vijf jaar te realiseren.

We vertellen er u meer over in drie hoofdstukken opgesplitst in verschillende delen.

Als sleutel voor onze partituur kiezen we de preventie. Daarna trekken we de vijf lijnen van de notenbalk. Voor ons zijn dat de vijf horizontale doelstellingen die als 'groene' draden doorheen het hele beleid - welzijn, gezondheid en gelijke kansen - lopen:

- van diagnose naar dialoog, of, van een aanbod- naar een behoeftengestuurd beleid
- een toegankelijke samenleving en toegankelijke voorzieningen
- omgaan met de verdere vermarkting van het welzijns- en gezondheidsaanbod.
- vrijwilligers en mantelzorgers naast en samen met professionele zorgverleners: onmisbare partners
- zorg op maat: de minst beperkende opvang.

Op deze notenbalk schrijven we onze symfonie in vijf delen:

- de natuurlijke partners voor een kwalitatief samenleven
- de eerste lijn
- de 'categoriale'
- de gezondheid
- de 'horizontale'.

Tot slot formuleren we enkele aanbevelingen voor ons orkest. Want het komt erop aan deze beleidsnota ook uit te voeren.

HOOFDSTUK 1. DE SLEUTEL EN DE NOTENBALK

DEEL 1. DE SLEUTEL VOOR EEN HARMONISCH BELEID: PREVENTIE

Vlaanderen wil zich goed voelen...

De minister van *Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen* wordt vaak als eerste geconfronteerd met 'onwelzijn', 'ongezondheid' en 'ongelijke kansen' in de Vlaamse samenleving.

De alarmerende berichten uit de welzijns- en gezondheidssector liegen er niet om. Schrijnende gevallen van kindermishandeling en van geweld binnen het gezin. Steeds meer mensen die het persoonlijk en maatschappelijk moeilijk hebben en onverbiddelijk worden uitgesloten. En dat ondanks het vrij hoge welvaartspeil in Vlaanderen.

De media hebben het vrijwel dagelijks over hooliganisme, stijgende criminaliteit, autobestuurders die elkaar te lijf gaan, incidenten op tram en bus of geweld op school.

Het is duidelijk dat steeds meer burgers te maken krijgen met agressie en andere uitingen van onbegrip en onverdraagzaamheid. Dat wijst op toenemende bitterheid, verbetenheid en bekrompenheid.

We kunnen proberen daar iets aan te doen door méér hulpverlening uit te bouwen. Maar waarschijnlijk bereiken we meer als we de bestaande hulpverlening beter organiseren.

Een goede analyse van de scherpe kanten van onze samenleving, geeft ons de hefboomen om een ander, minder bitter en verbeten, minder agressief Vlaanderen te betrachten en te realiseren. Want Vlaanderen staat wel degelijk open voor warme zorg en hulpvaardigheid. Nu al spannen velen zich in om de scherpe kanten af te ronden. Denken we maar aan de grote inzet van talloze vrijwilligers en gezinnen die zorgen voor de senioren in onze maatschappij, de professionele hulpverleners die elke dag met nieuwe moed aan hun taken beginnen, het kind dat gelukkig is in een opvanggezin of de buurvrouw die inkopen doet voor de zieke buurman.

... en wil gezond zijn

De revolutionaire ontdekkingen en behandelingsmethodes van ziektes zijn ongetwijfeld één van de belangrijkste verworvenheden van deze eeuw. Daar staat tegenover dat we meer consumptiegericht en natuurvernietigend zijn gaan leven en we dus ongezonder worden. Maar blijkbaar is die verschuiving in de gezondheidsnormen nog niet voldoende tot iedereen doorgedrongen.

Vandaar dat we via het preventief gezondheidsbeleid niet alleen de traditionele ziekten willen voorkomen, maar ook de moderne beschavingsziekten. Dat betekent zowel aandacht hebben voor individuele gedragsveranderingen als voor de

maatschappelijke effecten en risico's van de moderne samenleving. Het is immers gebleken dat campagnes of acties die enkel gericht zijn op gedragsverandering niet hebben kunnen verhinderen dat het aantal kinderen met astma toeneemt, dat steeds meer kinderen emotioneel of gedragsmatig in de knoei geraken of dat vele ouderen vereenzamen. De overheid kan dus maar een doeltreffend voorkomingsbeleid voeren als ze de oorzaken opspoorst en een plan uitwerkt dat de omgevingsfactoren verbetert.

Beter voorkomen dan genezen: een aloude volkswijsheid. Bij het begin van een nieuw millennium geven wij ze opnieuw een zeer prominente plaats in het welzijns-, gezondheids- en gelijkekansenbeleid. Vroeger kon dat niet. Nu wel. Voor het eerst horen welzijn, gezondheid en gelijke kansen immers beleidsmatig bij dezelfde minister. Dat is een ideale gelegenheid om de menselijke harmonie tussen deze sectoren te beklemtonen en een warme symfonie van de juiste zorg te componeren.

Hoe voorkomen? Een vraag die we blijven herhalen

Een voorkomingsbeleid schreeuwt om een inclusieve aanpak. Daarbij slaan verantwoordelijken uit verschillende deelsectoren van de samenleving (zoals onderwijs, tewerkstelling of huisvesting), elk vanuit hun bevoegdheid, de handen in elkaar om hetzelfde doel te bereiken. In een land met een complexe staatsstructuur, zo leert ons de realiteit, is dat echter helemaal niet vanzelfsprekend.

Wat we wel kunnen doen is de diverse instrumenten van onze overlegdemocratie (zoals Europese Commissie, interministeriële conferenties of interdepartementale werkgroepen) maximaal benutten om het inclusief beleid gestalte te geven.

Tegelijkertijd proberen we binnen het eigen beleidsdomein een krachtig preventiebeleid uit te bouwen.

– In de *Administratie Gezondheidszorg* van het departement *Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC)* van het ministerie van de *Vlaamse Gemeenschap* krijgt de afdeling preventieve en sociale gezondheidszorg een belangrijker taak. Deze afdeling zal de internationale ontwikkelingen inzake preventie intensiever opvolgen en de huidige gezondheidsdoelstellingen verfijnen. Tevens zal ze samenwerken met de milieu-administratie en de wetenschappelijke wereld om te komen tot een instrumentarium van indicatoren om de relatie tussen milieu en gezondheid te meten en te analyseren. Zo kunnen er systematisch gegevens worden verzameld. Deze worden dan bijeengebracht en geanalyseerd zodat we ons snel een preciezer beeld kunnen vormen van de toestand van milieu en gezondheid in Vlaanderen. Deze gegevens worden een handig instrument voor de milieu- en gezondheidsinspectiediensten die op het terrein zullen samenwerken en het beleid zullen sturen en vertalen naar de regio's.

- Ook in de *Administratie Welzijn* wordt er een preventiecel uitgebouwd. Deze preventiecel zal de verantwoordelijke ambtenaren van verschillende departementen en actoren betrokken bij preventie, samenbrengen ten einde in overleg en samenwerking de nu versnipperde preventieve activiteiten op het terrein beter te organiseren, centraal te coördineren en methodisch en wetenschappelijk te (laten) ondersteunen.

- Een preventief gelijkekansenbeleid (GKB) maakt de achterstellingsmechanismen die nog steeds structureel in de samenleving aanwezig zijn, zichtbaar. Dat is de eerste voorwaarde om een emancipatorisch beleid te voeren dat ongelijkheden wegwerkt en de individuele weerbaarheid vergroot. Gelijke kansen worden een recht en een feit, en zijn allerm minst een gunst. Vanuit dezelfde optiek kan het trouwens nuttig zijn de bestaande welzijnshulpverlening op haar effectiviteit te toetsen: in hoeverre bevordert de hulpverlening het welzijn en voorkomt ze het 'onwelzijn'?

Aangezien preventiegericht werken onze basisoptie is, willen we daar ook de nodige middelen in investeren. Het departement *Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur* (WVC) zal de nodige middelen krijgen om de opgelopen achterstand inzake informatisering, dataverzameling en dataverwerking op korte termijn weg te werken en om het *Managementinformatiesysteem* (MIS) van het departement beter te kunnen benutten met het oog op een inclusief gezondheids- en welzijnsbeleid.

Preventie steunt op wetenschappelijk onderzoek, maar is er zelf ook het voorwerp van. Het beleidsgericht onderzoeksprogramma van de regering zal zich o.m. toespitsen op de domeinen welzijn, gezondheid en cultuur, die via heel wat bruggetjes met elkaar verbonden zijn. De *Administratie Wetenschappelijk Onderzoek* lijkt ons het best geschikt om, als coördinatieorgaan, de onderzoeksopdracht m.b.t. de preventie in deze domeinen te formuleren en de resultaten te verspreiden.

Deel 2: De notenbalk: vijf grote lijnen staan voor een toekomstgericht welzijns-, gezondheids- en gelijkekansenbeleid

Via een toekomstgericht beleid willen we ervoor zorgen dat welzijn, gezondheid en gelijke kansen erop vooruitgaan in Vlaanderen. Dat sluit aan bij de opdracht van de Vlaamse overheid om binnen haar bevoegdheden een efficiënt en kwalitatief zorgaanbod uit te werken. Dit beleid wordt gestuurd door de volgende vijf uitgangspunten, die samen de notenbalk vormen van een omvangrijke partituur:

1. van diagnose naar dialoog: van een aanbodgestuurd naar een behoeften-gestuurd beleid
2. een toegankelijke samenleving en toegankelijke voorzieningen
3. omgaan met de verdere vermarkting van het aanbod
4. vrijwilligers en mantelzorgers naast en samen met professionele zorgverleners: onmisbare partners
5. zorg op maat: de minst beperkende opvang.

2.1. Van diagnose naar dialoog, of, van een aanbod- naar een behoeftengestuurd beleid

Patiënten, cliënten of als je wil gebruikers van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen worden steeds kritischer en mondiger. Jarenlang bestond er geen discussie over wat het beste was voor gehandicapte personen, jongeren in problematische opvoedingssituaties, kinderen met oorpijn of licht dementerende personen. Vandaag wordt dat door de samenleving én door de betrokkenen of hun omgeving zelf in vraag gesteld.

Fysiek gehandicapte personen willen met een *Persoonlijk Assistentiebudget (PAB)* zelf beslissen hoe ze hun eigen leven organiseren. De contacten tussen de sector van de bijzondere jeugdzorg en die van de generatiearmoede verlopen erg stroef en de vierdewereldbeweging luidt steeds harder de alarmklok over de goedbedoelde opvang in instellingen. Allochtone gemeenschappen stellen dat de instellingen nog steeds te weinig rekening houden met hun culturele eigenheid en dat het management van de diversiteit een wensdroom blijft. Ouders van kinderen met oorpijn willen graag een alternatief voor antibiotica. Ouderen koken liefst hun eigen potje thuis, zolang ze kunnen.

Wie deze signalen ernstig neemt vraagt zich af of de overheidsinvesteringen in de welzijns- en gezondheidszorg wel optimaal worden gebruikt. Spelen ze wel in op de objectieve noden en vragen van de cliënt, gebruiker of patiënt. Op dit ogenblik weten we daar te weinig over. Wat we wel weten is dat een programmatie vrijwel uitsluitend wordt gemaakt op basis van cijfers die de aanbieders, de instellingen, doorgeven. Maar waarom vragen instellingen x aantal bedden? Omdat er een werkelijke behoefte is? Of bij gebrek aan een alternatief, aan gezinsondersteuning, thuiszorg of mantelzorg?

Vragen zijn er ook over de rol van de hulpverlener. Kan deze vandaag nog uitgaan van het 'grote professionele gelijk' zonder rekening te houden met de ervaringsdeskundigheid van ouders bijvoorbeeld. In de medische wereld is de dialoog met de patiënt nog altijd niet vanzelfsprekend. Er wordt wel 'over', maar weinig 'met' hem gepraat of 'naar' hem geluisterd.

Uit het voorgaande blijkt dat het beleid nog altijd te betuttelend is en niet naadloos aansluit bij de echte vraag om hulp. Dat betekent dat de middelen beter besteed zullen zijn als we een behoeftengestuurd aanbod kunnen creëren. In hoofdstuk 2 en 3 worden daarvoor sector per sector de hefboomen aangereikt. In het algemeen gaat het om:

- het ontwikkelen van methodes om de vraag beter te meten
- een betere vertegenwoordiging van de gebruiker in de bestuursorganen van de *Vlaamse Openbare Instellingen (VOI's)* en in de adviesraden
- de ondersteuning van zelforganisaties en patiëntenplatforms
- de keuzevrijheid van de hulpvrager om zelf zijn zorg te kiezen (via zorgcheques of het persoonlijk assistentiebudget, en binnen bepaalde grenzen qua kwaliteit en kosten).

2.2. Een toegankelijke samenleving, toegankelijke voorzieningen

Wordt iedereen die hulp nodig heeft in Vlaanderen ook echt geholpen? Uit enkele voorbeelden blijkt dat vele groepen en burgers in de kou blijven staan, vaak ten gevolge van allerhande (subtiele) uitsluitingsmechanismen.

Informatievoorziening via virtuele loketten en websites is ontoegankelijk voor veel ouderen en mensen zonder internetaansluiting. Veel gebouwen en vormen van openbaar vervoer blijken nog steeds niet aangepast aan gehandicapten, ouders met jonge kinderen of ouderen. Er bestaat te weinig laagdrempelige hulpverlening en preventie voor minderbedeelden en laaggeschoolden. Minderheidsgroepen, migranten of holebi's ervaren nog steeds dat ze worden gediscrimineerd door de samenleving. Vrouwen krijgen nog altijd te weinig kansen en blijven daardoor ondervertegenwoordigd in traditionele mannenbastions zoals de politiek of het interprofessioneel overleg.

Welzijn, gezondheid en gelijke kansen gedijen het best in een samenleving die open en toegankelijk is voor iedereen, ongeacht geslacht, leeftijd, herkomst of geaardheid. Deze samenleving dichterbij brengen wordt dan ook een van de toetsstenen van ons beleid.

2.3. Omgaan met vermarkting van het aanbod, de rol van de overheid in het welzijns- en gezondheidsaanbod

Welzijns- en gezondheidsvoorzieningen worden vandaag georganiseerd vanuit drie sectoren: de overheid, de vrije gesubsidieerde sector en de (niet-gesubsidieerde) particuliere sector. Vooral in gevallen waar de vraag groot is (opvang van kinderen en ouderen) groeit het particuliere aanbod. Deze groei zal nog versnellen naarmate de zorgvraag en de persoonlijke keuzevrijheid (persoonlijk assistentiebudget, zorgcheques...) toenemen.

Binnenkort zal het welzijns- en gezondheidslandschap dus grondig veranderd zijn. Dat dwingt ons tot bezinning over een aantal fundamentele vragen.

Is het nuttig dat de overheid nog zelf voorzieningen organiseert of kan ze zich beter toeleggen op subsidiëring, kwaliteitsbewaking en aanbodsturing?

Hebben OCMW-voorzieningen (ziekenhuizen, residentiële zorgvoorzieningen voor ouderen) nog een specifieke opdracht of worden ze wat betreft rechten en plichten best gelijkgeschakeld met de andere gesubsidieerde voorzieningen?

Hoe gaan we in Europees perspectief om met een verdere vermarkting van het zorgaanbod?

Hoe zorgen we ervoor dat de zorg betaalbaar blijft en de gesubsidieerde zorg eerst en vooral terechtkomt waar ze hoort?

Hoe voorkomen we monopolievorming als gevolg van de schaalvergrotingen die de overheid zelf bevordert en hoe stuurt de overheid mee het patrimonium dat ze financiert?

Welke rol speelt het middenveld? Welke rol spelen werkgevers, werknemers, ziekenfondsen, gebruikersverenigingen in de Vlaamse welzijns- en gezondheidsorganisatie van deze nieuwe eeuw?

Al deze vragen spelen mee bij de beleidskeuzes die we zullen maken in de verschillende sectoren. De oude kant-en-klare modellen vóór particuliere en tégen openbare initiatieven, of omgekeerd, brengen ons immers geen stap vooruit.

2.4. Vrijwilligers en mantelzorgers naast en samen met professionele zorgverleners: onmisbare partners

De overheid heeft de laatste decennia enorm en overtuigend geïnvesteerd in de professionele hulp- en zorgverlening. Zowel opleiding, arbeidsomstandigheden als verloning hebben de zorgverlening in Vlaanderen op een goed niveau getild. Deze inspanningen zullen we de komende jaren voortzetten.

De overheid heeft de laatste decennia echter ook soms te snel de kaart getrokken van de professionele hulpverlening. Nieuwe maatschappijproblemen en zorgvragen werden vaak aangepakt via het schrijven van een rapport of decreet, het oprichten van een nieuwe dienst of een nieuw centrum, het benoemen van een aantal geschoolde werknemers.

Een betere hulpverlening hoeft geenszins synoniem te worden van steeds meer professionele hulpverlening. In onze samenleving tref je verschillende mensen aan die zich als vrijwilliger of mantelzorger willen inzetten. Ze willen tijd vrijmaken om

anderen of mensen uit hun leefomgeving te helpen. Maar niet alleen dat, vanuit hun ervaring bieden ze ook een knowhow en trekken mee aan de kar om iets op de maatschappelijke en politieke agenda te plaatsen.

Voor ons zijn vrijwilligers en professionelen complementair. Wij willen dat ze elk hun rol ten volle kunnen spelen, dat ze meer mogelijkheden krijgen om samen te werken en dat ze elkaar leren waarderen. Daar willen we de komende jaren aan werken.

In het tweede hoofdstuk formuleren we per sector de hefbomen om de rol van vrijwilligers, familie en mantelzorgers te versterken en suggereren we modellen waardoor ze kunnen samenwerken met professionelen.

2.5. Zorg op maat: de minst beperkende opvang

Wie zorg nodig heeft, verwacht dat zij op de juiste manier wordt behandeld (zorg op maat) en dat zij daarbij zo weinig mogelijk wordt beperkt in haar bewegingsvrijheid (de minst beperkende opvang). Dat is dé permanente uitdaging voor zowel de gezondheids- als de welzijnssector.

Op dit ogenblik is de versnippering in het welzijns- en gezondheidslandschap aanzienlijk, er zijn geen duidelijke toegangspoorten, er zijn geen duidelijke samenwerkingsafspraken. Het antwoord op de hulpvraag berust bijgevolg op toevalligheden. Enkele voorbeelden:

- slachtoffers van incest kunnen terecht in *Vertrouwenscentra*, *Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ)* of *Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW)*. Welke indicatiestelling welke oriëntatie vergt, is evenwel niet erg duidelijk
- palliatieve zorg is voorhanden in sommige ziekenhuizen, in andere is deze ‘vitale’ dienstverlening onvoldoende uitgebouwd
- soms komen gehandicapten of ouderen te snel in een residentiële zorgvorm terecht uit schrik geen geschikte opvang te vinden als het echt nodig is
- soms worden delinquente (migranten)jongeren te snel doorverwezen naar gesloten instellingen omdat de gepaste opvang ontbreekt.

De voorbije jaren beantwoordde de overheid de vraag naar ‘zorg op maat’ op twee manieren: enerzijds via schaalvergrotingoperaties, bijvoorbeeld in de ziekenhuizen, de CAW en de CGGZ en anderzijds door het bevorderen van netwerken zoals de SIT's, de palliatieve netwerken, de LOGO's of het regionale welzijnsoverleg. Achteraf is gebleken dat dit niet volstaat. Bovendien was het overheidsoptreden onvoldoende coherent en miste het coördinatie. Dit leidde tot een kluwen van samenwerkingsverbanden en overleginitiatieven, die elkaar soms overlappen of zelfs tegenwerken.

Nu de bevoegdheden gezondheid, welzijn en gelijke kansen in één beleidshand liggen, zal een inspanning worden geleverd om de vraag naar ‘zorg op maat’ afdoend te beantwoorden.

HOOFDSTUK 2 . EEN SYMFONIE IN 5 DELEN

Deel 1. De natuurlijke partners voor menselijk welzijn

Een beleid dat onwelzijn, ongezondheid en ongelijke kansen wil voorkomen, kiest resoluut voor de waardering én de versterking van zijn natuurlijke partners.

Mensen zijn sociale wezens. Kinderen ontwikkelen zich dankzij of ondanks de mensen die hen omringen. Mensen voelen zich goed in de mate dat ze worden bevestigd, gesteund en geholpen door wie hen omringen, met wie ze een gezin vormen, in wiens buurt ze leven.

In de voorbije eeuw is de sociale kern van onze samenleving geëvolueerd van een familieverband naar een kerngezin. Dit kerngezin beantwoordt op zijn beurt steeds minder aan het beeld van de duurzame relatie tussen een man en een vrouw, die samenleven met drie kinderen. Het gezin van de 21^{ste} eeuw is een veel labieler gebeuren. Kinderen groeien steeds vaker op in éénoudergezinnen of in nieuwe gezinnen. Sommige kinderen groeien op met twee vaders, anderen met twee moeders. De bevolkingscijfers leren ons dat in de steden de helft van de gezinnen bestaat uit één persoon.

De overheid hoeft zeker geen waardeoordelen over deze evolutie uit te spreken, maar wil in haar beleid wel rekening houden met dit nieuwe en zeer gevarieerde gezinspatroon.

Gezinsondersteuning krijgt tegen de achtergrond van deze evolutie een andere invulling. Ook de zorgdraagkracht van het nieuwe gezin verkleint en maakt dat we, mede onder invloed van de individualisering, toe zijn aan een aangepaste visie op de relatie met onze natuurlijke zorgpartners: het gezin, de vrijwilliger en de mantelzorger.

1.1. Over Kind(eren) en Gezin(nen)

Een efficiënt gezinsbeleid met gerichte aandacht voor kinderen, is per definitie een inclusief beleid. Deze beleidsnota verwijst dan ook op vele plaatsen naar de plaats van kinderen en gezinnen in het gezondheids- en welzijnsbeleid. Het is essentieel dat er permanent en op alle niveaus aandacht is voor de effecten van maatschappelijke tendensen en concrete beleidsopties op de leefsituatie van gezinnen. Daarbij staat niets minder dan de kwaliteit van het gezinsleven centraal. Onthaasting en gezinstijd zijn in dit verband sleutelwoorden en de gezinsorganisaties zijn in deze context onze rechtstreekse gesprekspartners. Voorts betekent de keuze voor een inclusief beleid ook dat de openbare instelling *Kind en Gezin* haar werking voort afstemt op de noden en de verwachtingen van de gezinnen.

1.1.1. Kwaliteit van gezinsleven

Kinderen leven in diverse gezinsverbanden. Hun leefomstandigheden hangen grotendeels af van hun onmiddellijke omgeving. Deze kampt echter met een grote en toenemende druk vanuit de arbeidsmarkt om zich flexibel op te stellen, wat ten koste gaat van het gezinsleven. Het is dus van prioritair belang om de gezinnen de middelen aan te reiken om de eisen en verwachtingen van arbeid en gezin met elkaar te kunnen verzoenen. We gaan zowel de werkgevers als de werknemersorganisaties daar nadrukkelijk op aanspreken. We beschikken daarvoor trouwens over een audit-instrument dat door de *Cel Gelijke Kansen* ontwikkeld is. Op basis daarvan kan de discussie over bijvoorbeeld de kinderopvang in een breder gezins- en maatschappelijk perspectief worden geplaatst. Flexibele werkuren, thuis- en telewerk zijn mogelijke hefboomen voor een gezinsvriendelijke arbeidsorganisatie. Daarnaast willen we in elk geval de niet-overdraagbare zorgrechten voor moeders én vaders invoeren en uitbreiden. Gezinnen worden immers sterker als ze zelf zorg kunnen opnemen bij ziekte, geboorte of adoptie van een kind of ter onderbreking van de loopbaan als de gezinssituatie dit nodig maakt. We gaan de notie 'zorgkrediet' dus concreet invullen en zo het sociale weefsel, de informele netwerken en de zorgcircuits versterken. Meteen krijgt ook de mantelzorg een breder draagvlak.

1.1.2. Preventie

Een gezinsbeleid waarin preventie centraal staat, plaatst *Kind en Gezin* voor vier grote uitdagingen: bewaken van het basisaanbod, investeren in programmatorische preventie, efficiënt beheren van de vaccinatiedatabank en uitbouwen van gezins- en opvoedingsondersteuning.

In de eerste plaats is het belangrijk dat *Kind en Gezin* het basisaanbod aan preventieve zorg consolideert en bewaakt. Zo kan een maximaal aantal kinderen en gezinnen worden bereikt. *Kind en Gezin* mag daarvoor bijkomende ervaringsdeskundigen en interculturele bemiddelaars aantrekken.

Een tweede prioritaire opdracht voor *Kind en Gezin* is de programmatorische preventie. Bij preventie sorteren programmatorische acties immers een maximaal effect. Wanneer de voorwaarden en consequenties van dergelijke initiatieven nauwkeurig en resultaatgericht worden ingeschat, is het beleidsmatig zeer interessant en effectief te blijven investeren in gerichte projecten, zoals het vaccinatieprogramma, de screening van doofheid bij jonge kinderen en het Van Wiechenonderzoek van de neuromotorische ontwikkeling.

Ten derde is het van cruciaal belang dat er een efficiënte beheersstructuur komt voor de vaccinatiedatabank. Een goede registratie van alle toegediende inentingen is immers een sleutelement in het vaccinatiebeleid. *Kind en Gezin* heeft al een concept ontwikkeld om die databank efficiënt te beheren. In overleg met de huisartsen en kinderartsen kan daarop worden voortgebouwd.

Tot slot vinden we dat ook de gezins- en opvoedingsondersteuning enorm belangrijk is in de preventieve opdracht van *Kind en Gezin*. In een samenleving die steeds complexer wordt en waarin absolute zekerheden wegvallen, hebben gezinnen met

jonge kinderen nood aan ondersteuning bij hun opvoedingstaak. Een goed uitgebouwde gezins- en opvoedingsondersteuning werkt in een dergelijke context preventief omdat het negatieve ervaringen en onnodige kwetsuren kan vermijden. *Kind en Gezin* is bij uitstek toegerust om hier een eerstelijnsfunctie te vervullen. *Kind en Gezin* beschikt immers over een netwerk van regioverpleegkundigen dat het psychopedagogische luik van de preventieve zorg, met name een opvoedingsondersteuning op maat van het individuele gezin, kan vormgeven. De regioverpleegkundigen kunnen quasi onmiddellijk, van bij de eerste levensmomenten van een kind, vóór er problemen zijn, de positieve kracht die in alle gezinnen aanwezig is, versterken. Door gezinnen te informeren, begeleiden en zonodig door te verwijzen kunnen zij hen een houvast bieden om hun eigen keuzes te maken. Daarbij zijn trouwens niet alleen de gewone huisbezoeken belangrijk. We zullen daartoe ook andere methodes en werkvormen ontwikkelen en uitbouwen. Daarbij zal *Kind en Gezin* kunnen investeren in: ervaringsdeskundigen, telefonische opvoedingsondersteuning, pedagogische consulten, een pedagogisch spreekuur, het tonen van video's in de wachtzalen en het organiseren van groepsconsultaties.

Kind en Gezin kan het preventief aanbod inzake gezins- en opvoedingsondersteuning echter niet alleen uitbouwen en intensifiëren. Sociale en gezinsorganisaties zijn daarbij onmisbaar. Het is dus belangrijk dat *Kind en Gezin* zich daadwerkelijk inschakelt in het brede gamma van voorzieningen en instanties (kinderopvang, buurtwerking, thuisbegeleiding of centra voor leerlingenbegeleiding), die samen een gevarieerd spectrum van opvoedings- en gezinsondersteuning realiseren. Ouders willen immers weten dat ze met hun vragen ergens terecht kunnen en dat gekozen wordt voor de minst intensieve ondersteuning. In dit verband is het noodzakelijk om na te gaan of de middelen voor gezinseducatie goed worden besteed. Indien nodig zullen we die middelen uitbreiden en/of heroriënteren, bijvoorbeeld om de rol van sociale en gezinsorganisaties te versterken.

1.1.3. Een continuüm van gebruikersgerichte zorg

Een efficiënte en toegankelijke zorg sluit aan bij de diversiteit van de zorgvra(a)g(ers) en speelt in op de bijzondere behoeften van specifieke doelgroepen, zoals allochtonen en kansarmen. Daarnaast gaat gebruikersgerichte zorg ook uit van de eigen kracht van de gebruiker. In de relatie 'voorziening - gebruiker' zal de dialoog dus steeds centraal staan. We kunnen dat realiseren als de gebruiker daadwerkelijk participeert en als er een continuüm van zorg, van preventie tot genezing, aanwezig is.

De gebruiker kan beter participeren als hij beter vertegenwoordigd is in de raad van bestuur van *Kind en Gezin*. Daar zullen we voor zorgen.

Een continue gebruikersgerichte zorglijn gaat ervan uit dat de verschillende voorzieningen hun aanbod op elkaar afstemmen. Vandaar dat we zullen investeren in toegankelijke voorzieningen die, vanuit een duidelijk concept met betrekking tot doelgroep en aanpak, ingebed zijn in een transparante structuur. In dit verband willen we onder meer de positie van de *Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning* (CKG's) en de *Vertrouwenscentra Kindermishandeling* (VK)

verder uitklaren en versoepelen, bijvoorbeeld via protocolakkoorden met verwante actoren.

De *Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning* worden uitgebreid om te komen tot een betere regionale spreiding. Ook hun relatie tot de *Bijzondere Jeugdzorg* wordt verder geduid.

De zogenaamde vuurtorenfunctie van de vertrouwenscentra wordt bevestigd mét het behoud van ruimte voor een eigen benadering. Melding en registratie blijven daarbij essentieel en worden verder gecentraliseerd door *Kind en Gezin*.

1.1.4. Zorg op maat in de kinderopvang en bij adoptie

1.1.4.1. Kinderopvang

Professionele voorzieningen blijven essentieel binnen het globale aanbod en binnen het continuüm van gebruikersgerichte zorg. Wat de sector van de kinderopvang betreft is het wel nodig, conform het regeerakkoord, de bestaande structuren te evalueren en te heroriënteren in een totaal beleidsplan kinderopvang. Daarbij komt het erop aan voorzieningen te realiseren die beantwoorden aan een reële behoefte en die zorg op maat aanbieden vanuit een duidelijke positionering in het opvanglandschap. Het plan gaat ervan uit dat de bestaande voorzieningen maar leefbaar zijn als het werkingskader wordt versterkt. Zo stellen we ze in staat de zogenaamde nieuwe opvangnaden (zieke kinderen, flexibele opvang, occasionele en urgentieopvang) in hun werking te integreren. Uiteraard gebeurt dit behoeftengestuurd en vanuit de specificiteit van de lokale situatie. Naast een drastische uitbreiding van het aanbod, zal het plan ook handelen over het invoeren van een transparante subsidiestructuur waarbij de betoelaging van de kinderopvang vanuit de overheid veeleer wordt georganiseerd voor de gebruiker dan voor de voorzieningen. Andere punten: een doorgedreven aandacht voor (het) kwaliteit(sdecreet), een rechtvaardige ouderbijdrageregeling, oog voor de diversiteit van het doelpubliek en de multifunctionaliteit van de opvangfunctie. Deze beleidsvoorstellen zijn geënt op een analyse van de bestaande toestand. Het is de bedoeling ze (met inbegrip van de budgettaire consequenties) uiterlijk tegen februari 2000 te finaliseren. Dat is vroeger dan in het regeerakkoord staat. Maar als we willen dat die voorstellen vanaf 2001 hun impact hebben op het terrein, dan hebben we het jaar 2000 volop nodig voor de politieke discussie en de juridische vertaling.

1.1.4.2. Adoptie

Het *Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind* bepaalt onze aanpak van het dossier interlandelijke adoptie. Zorg op maat betekent op het vlak van adoptie immers dat resoluut wordt uitgegaan van het belang van het kind. Dat is het geval bij begeleide adopties. Op grond van artikel 21 van het Verdrag blijven we daar dus voor kiezen. De ratificatie van het Verdrag van Den Haag vereist een aanpassing van de federale wetgeving. Dat blijven we opvolgen. De concrete begeleiding van adopties wordt op korte termijn, met oog voor de Europese context, geëvalueerd en zo nodig bijgestuurd.

Voor de begeleiding van interne adopties komt er een wettelijke regeling die procedureel meteen aansluit bij de nieuwe, federale regeling. Voorts zorgen we voor middelen om adoptiekinderen die op zoek zijn naar informatie over hun afstamming, te begeleiden.

1.2. Terechte steun voor de mantelzorger

Onderzoek geeft aan dat er in Vlaanderen op dit ogenblik nog bijzonder veel solidariteit bestaat tussen familieleden, burens en vrienden. Spontaan en intuïtief wordt op diverse wijzen zorg en praktische of materiële steun verleend. Kenmerkend voor deze zorg en ondersteuning, ook mantelzorg genoemd, is dat het hier gaat om zorg en ondersteuning door en aan mensen die elkaar kennen en vertrouwen. Het spontane, natuurlijke zorgmilieu rondom een persoon wordt beschouwd als de primaire zorgbron. Op deze bron valt men terug wanneer men het even of voor een lange tijd niet meer alleen aan kan: de kinderopvang door de grootouders, de broers en zussen die helpen bij een verhuizing, de buur die de rolluiken neerlaat en ophaalt en de planten water geeft, de zoon die zijn dementerende vader thuis verzorgt, de grootmoeder die de kleindochter financieel ondersteunt in een periode van werkloosheid of de tante die een gehandicapte neef vergezelt naar het ziekenhuis voor een onderzoek. Sociale samenhang en solidariteit binnen en tussen generaties liggen aan de basis van deze zorgvorm en maken hem tot een onschatbaar goed voor het individu, maar ook voor de samenleving. Deze zorgvorm mag dus niet worden verwaarloosd, anders gaat het fundamenteel mis met de kwaliteit van het leven en het samenleven.

Vandaag komt de mantelzorg in de verdrukking door veranderingen in de primaire levenssfeer, zoals het toenemend aantal éénoudergezinnen, de toenemende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt, het toenemend aantal ouderen en het afnemend aantal jongeren, de individualisering van de samenleving, de toenemende werkdruk, ouderen die verder af wonen van hun kinderen of de voortschrijdende formalisering van zorgtaken. Het is dan ook bijzonder belangrijk dat de overheid dit primaire zorgnetwerk beleidsmatig stimuleert en ondersteunt. Ze waakt erover dat het zorgzaam karakter van de menselijke relaties niet overbodig wordt gemaakt, of dermate in de verdrukking raakt dat mensen geen zorg meer kunnen/willen dragen of zich niet meer solidair of verantwoordelijk kunnen/willen opstellen. Ondersteuning en waardering van de mantelzorg betekent echter niet dat we de traditionele rolpatronen willen bevestigen. Het is de bedoeling dat iedereen, dus ook mannen, gehuwde kinderen, vaders en werkende moeders, mantelzorg kan op nemen.

Om de mantelzorg te waarderen en te ondersteunen, stellen we de volgende beleidsacties voor:

- het uitvoeren van maatregelen (zoals de invoering van een zorgkrediet) die de mantelzorg mogelijk en haalbaar maken én houden
- de ontwikkeling van een professioneel zorgbeleid dat handelt in samenwerking met de omringende mantelzorgers en vooral aandacht schenkt aan de vragen en noden van de gebruiker
- de ontwikkeling van een zorgverzekering waarbij prestaties van mantelzorgers worden vergoed
- overleg met de federale overheid om het fiscaal-juridische statuut van de mantelzorger te verbeteren
- verdere ontwikkeling en subsidiëring van diverse vormen van respijtzorg (zorgvormen die de mantelzorgers ontlasten van hun vierentwintiguurstaak) zoals

- kortverblijf, dagverzorging of oppashulp. Alsook acties om deze zorgvormen bekend te maken bij het brede publiek
- het nemen van initiatieven om verenigingen van mantelzorgers effectief te betrekken bij de beleidsvoorbereiding.

1.3 Herwaardering van de vrijwilliger

Eén op vijf Vlamingen is als vrijwilliger actief: vrijwilligerswerk is dus nog steeds essentieel in onze Vlaamse samenleving. Niet alleen bouwt het voort op de solidariteit tussen mensen en op de principes in een democratische gemeenschap, het levert ook heel wat kennis en ervaring op. Hedendaagse maatschappelijke evoluties zoals de secularisering, de belangstelling voor het 'kwaliteitsvol leven en werken' en de toename van het vrijetijdsaanbod formuleren nieuwe uitdagingen voor het vrijwilligerswerk.

In het onderzoeksrapport 'Vrijwilligers vandaag, een eerste verkenning', opgesteld in opdracht van de *Koning Boudewijnstichting*, werden deze uitdagingen in een Europese en Vlaamse context geplaatst. De uitdagingen die in dit rapport worden geformuleerd, vormen mee de basis voor onze beleidsdoelstellingen.

Maatschappelijk wordt vrijwilligerswerk vandaag niet expliciet gewaardeerd. Dat komt o.m. omdat vele Vlamingen zich blijkbaar niet herkennen in een gemeenschappelijk begrip als dat van de vrijwilliger. Dat betekent dat ze zich ook niet als groep kunnen profileren, wat verstrekkende gevolgen heeft: maatschappelijk kunnen ze nauwelijks gewicht in de schaal leggen en van de klassieke media krijgen ze niet de aandacht die ze verdienen.

Voorts vraagt het vrijwilligerswerk om ondersteuning door de verschillende overheden. De vragen rond het juridisch statuut van de vrijwilliger zijn enorm. De regelgeving met betrekking tot de fiscaliteit, de sociale zekerheid en het arbeidsrecht is onduidelijk en wordt arbitrair toegepast. De verzekering van de vrijwilliger is niet eenduidig geregeld. De expliciete ondersteuning door de Vlaamse en lokale overheden via financiële stimuli en overleg schiet tekort.

En dan is er het probleem van de recrutering van vrijwilligers. De keuzemogelijkheden voor vrijetijdsbesteding zijn enorm toegenomen en er is sprake van een nieuw soort profiel van de vrijwilliger. Een vrijwilliger kiest vandaag bewuster voor een welbepaald vrijwilligerswerk. Zelfontplooiing en solidariteit met anderen worden gecombineerd. Zijn engagement als vrijwilliger is langdurig maar valt niet noodzakelijk samen met het engagement voor één vereniging. Het profiel en de activiteiten van de organisatie zijn mede doorslaggevend om zich voor een vereniging in te zetten.

Tot slot zijn er vragen over de werking van verenigingen. Bondig geschetst komt het hierop neer: een goed functionerende vrijwilligerswerking steunt op een combinatie van factoren, en, om zo'n werking op te zetten, te behouden of te optimaliseren, dient met deze verschillende aspecten rekening te worden gehouden. Zo mag er bijvoorbeeld meer aandacht uitgaan naar de globale profilering van de organisatie, naar het vrijwilligerswerk op zich (de aangeboden activiteiten, de eisen en

verwachtingen, de begeleiding, de werkomstandigheden), alsook naar het recruteringsproces (de gestelde verwachtingen afstemmen op de mogelijkheden van de betrokkenen, duidelijke afspraken maken).

Onder de slogan 'Steek nog meer dynamiek in je vereniging' werkte de *Koning Boudewijnstichting* vanaf 1997 rond de bovenstaande analyse en probleemstelling de volgende initiatieven uit:

- de uitbouw van provinciale steunpunten die via databanken bemiddelen tussen vrijwilliger en vereniging
- de realisatie van een publicatie en regionale ontmoetingen voor vrijwilligers, ambtenaren en schepenen over de mogelijkheden om als gemeente en vereniging samen te werken
- een onderzoek over de juridische situatie van de vrijwilliger in Vlaanderen, met als resultaat o.m. een gedetailleerde publicatie, een infobrochure, een studiedag en een aantal van de gevraagde aanpassingen aan de federale regelgeving
- twee projectoproepen ter verbetering van de werking: in 1998 met 735 ingediende dossiers en in 1999 (thema: vorming) met 250 ingediende dossiers.

De reacties op deze initiatieven zijn uitermate positief en maken heel wat los. Vooral op het onderzoekswerk rond het statuut is lang gewacht. Maar ook de intersectorale en regionale benadering worden geapprecieerd. Op vraag van de betrokken sectoren startte de Stichting een onderzoek naar de mogelijkheden om het vrijwilligerswerk in Vlaanderen structureel te ondersteunen.

Als Vlaamse overheid willen wij de dynamiek die hiermee ontstaan is, een extra stimulans geven. Waarom?

Vooreerst omdat in alle beleidsdomeinen vrijwilligers actief zijn en zij een belangrijke rol spelen. In de welzijns- en gezondheidssector brengen vrijwilligers vanuit hun ervaringen o.m. nieuwe beleidsthema's aan, vormen zij een zorgnetwerk, versterken zij de solidariteit met de zwaksten uit onze samenleving, trekken zij aan de kar voor de leefbaarheid van hun buurt en geven zij een antwoord op het gevaar van de vereenzaming.

Voorts omdat de ondersteuning van het vrijwilligerswerk, die in sommige beleidsdomeinen reeds is uitgewerkt, voor verbetering vatbaar is, zoals het decreet betreffende het georganiseerd vrijwilligerswerk in de welzijns- en gezondheidssector.

Tenslotte omdat de *Verenigde Naties* 2001 hebben uitgeroepen tot "Het internationale jaar van de vrijwilliger". Hiermee verbinden we er ons toe om tijdens dit jaar extra aandacht te schenken aan de vele vrijwilligers en om het vrijwilligerswerk te erkennen en te promoten. Het internationale jaar start op 5 december 2000.

Beleidsdoelstellingen

Alles samen komt het er dus op aan het vrijwilligerswerk een zichtbare plaats te geven binnen onze samenleving. We vertalen dat in de volgende doelstellingen voor het toekomstig beleid:

- de organisatie in 2000 van een interministeriële conferentie over vrijwilligerswerk. Daar willen we de eerder geformuleerde uitdagingen voor het vrijwilligerswerk vanuit de Vlaamse overheid beantwoorden. Op basis van het reeds geleverde werk en in overleg met de betrokken sector wordt een meerjarenplan opgesteld
- het aanknopen van een gesprek met de federale regering en de vereniging van verzekeringsmaatschappijen over de verbetering van het juridisch statuut van de vrijwilliger
- de actieve promotie van het vrijwilligerswerk n.a.v. van het internationaal jaar van de vrijwilliger in 2001.
- de evaluatie en aanpassing van het decreet betreffende het georganiseerd vrijwilligerswerk in de welzijns- en gezondheidsector waarbij meer bekendheid, doorzichtigheid van procedures, eenduidige criteria en minder papierwerk voorstaan
- het ondersteunen van de ontwikkeling van een Vlaams en vijf provinciale steunpunten voor vrijwilligerswerk met als opdracht de vorming, sensibilisering, ondersteuning van zowel vrijwilligers als verenigingen
- het geven van extra aandacht voor de vrijwilliger binnen het minderhedenbeleid via deze steunpunten.

In het kader van de promotie van het vrijwilligerswerk willen we die groep van Vlamingen aanspreken, die proportioneel meer vrije tijd dan arbeidstijd hebben. We denken daarbij vooral aan ouderen die hun kennis en ervaringen in diverse vormen van vrijwilligerswerk kunnen aanwenden. Maatschappelijk ligt hier een zeer betekenisvol potentieel verborgen, dat nog onvoldoende werd geëxploreerd. De aanwezige belangeloze en geëngageerde inzet van ouderen in de samenleving willen we zo maatschappelijk aantonen en waarderen. Dat zal er ontegensprekelijk toe bijdragen dat de maatschappij de ouderen in het algemeen meer gaat waarderen. Bovendien ondersteunen we zo de individuele zingeving van de ouder wordende persoon.

Promotie betekent voor ons ook dat we het vrijwilligerswerk expliciet gaan aankaarten bij de mantelzorgers, hulpverleners, verenigingen, voorzieningen en het bedrijfsleven. We willen ze sensibiliseren aan de hand van samenwerkingsmodellen, ze informeren over het nieuwe profiel van de vrijwilliger en ze ondersteunen bij de recrutering en de organisatie. Hierbij gaat er ook specifieke aandacht naar groepen die pas recent gestart zijn met de ontwikkeling van een verenigingsleven, vaak allochtonen en armen.

Wat betreft het minderhedenbeleid situeert de rol van vrijwilligers zich op twee niveaus.

De eigen organisaties vormen een eerste belangrijke groep van vrijwilligers. Als brug tussen de eigen gemeenschappen en de samenleving staan zij o.a. in voor het stimuleren van emancipatie en participatie binnen hun gemeenschap en voor de eerste opvang en oriëntatie van nieuwkomers in hun gemeenschap. Als we zorgen

voor de nodige opleidingen dan kunnen deze organisaties hun rol als vrijwillige brugfunctie tussen de eigen gemeenschap en de samenleving maximaal vervullen. De vele (vooral lokale) vrijwilligers vormen een tweede belangrijke groep. Zij zijn vooral begaan met het begeleiden van asielzoekers en mensen zonder papieren.

Deel 2. De eerste lijn

Dit zijn de partners in de eerste welzijnslijn: de lokale besturen, het algemeen welzijnswerk, de samenlevingsopbouw, de integratiecentra en de thuiszorg.

Zij hebben een dubbele én gezamenlijke opdracht.

Eenzijds de sociale netwerken versterken waardoor er ook een platform wordt gecreëerd om als gezin, vrijwilliger of mantelzorger actief te zijn in onze samenleving. Anderzijds ook antwoord bieden op de zorg- en hulpverleningsvragen die de draagkracht van de sociale netwerken overstijgen. Samen streven deze partners dus naar rechtstreekse toegankelijkheid en orde in de chaos. Op die manier vullen ze het concept “sociaal huis” concreet in.

Uit het verleden is gebleken dat samenwerkingsvormen die de Vlaamse overheid zelf oplegt, geen gegarandeerd succes zijn. Vandaar dat de Vlaamse overheid nu samen met de partners op het terrein wil zoeken naar de ideale samenwerkingsvormen om te werken aan een sociaal huishouden als basis voor een goed werkend sociaal huis. Een dergelijke zoektocht vraagt tijd. Tegen het jaar 2002 verwachten we een goed samenwerkingsconcept. De Vlaamse overheid zal de krachtlijnen trekken waarbinnen het gesprek optimaal kan verlopen.

2.1. Het lokale bestuur en de OCMW's: partners in een lokaal zorgbeleid

Vanaf 1990 is de discussie over het sociaal beleid geleidelijk verschoven naar het lokale vlak. Sommigen spreken van een evolutie van verzorgingsstaat naar verzorgingsstad. Deze evolutie creëerde hoge verwachtingen ten overstaan van de lokale besturen.

Met het pact tussen de Vlaamse regering, de gemeenten en de OCMW's werden de lokale besturen als partner erkend en werden er afspraken gemaakt om dit partnerschap te verstevigen. Een volwaardig partnerschap betekent echter dat de partners voldoende worden ondersteund om hun beleid uit te voeren.

Dit gedeelte van de beleidsnota beschrijft, mede op basis van het pact, via welke ondersteuningsmaatregelen de lokale besturen het sociaal beleid onder betere randvoorwaarden kunnen invullen.

Binnen de lokale besturen vervult het OCMW een cruciale rol in het sociaal beleid. De erkenning van die positie is evident. Toch is het nodig de samenwerking tussen de gemeenten en OCMW's te benadrukken. Het *Sociaal Impulsfonds (SIF)* heeft daartoe al een aanzet gegeven. De vorm waaronder die samenwerking werd vertaald, wordt wel geëvalueerd.

Ook wordt onderzocht hoe het zit met de effecten van de huidige en de nieuwe regelgeving met betrekking tot het welzijns- en gezondheidsbeleid, op de lokale

besturen. Nu staat wel al vast dat er een deregulering komt en dat de bestaande en de nieuwe beleidsplannen beter op elkaar zullen worden afgestemd. Hiertoe wordt op korte termijn een overleg opgestart binnen de *Administraties Welzijn en Gezondheidszorg* en wordt het jaar 2003 het jaar nul voor alle lokale meerjarenplannen.

Dé gemeente en hét OCMW bestaan niet. Schaaldifferentiatie krijgt meer gewicht bij de uitbouw van het beleid. Zo mogen kleinere OCMW's voortaan vzw's oprichten zodat ze kunnen inspelen op de toenemende schaalvergroting.

Werken met een partner betekent werken in vertrouwen. Beleidsovereenkomsten zullen voortaan worden toegespitst op de resultaten en minder op de instrumenten en methodes.

Om de planmatige beleidsvoering te ondersteunen zijn kengetallen en beleidsrelevante statistieken van belang. De huidige instrumenten worden vóór maart 2000 op hun effectiviteit geëvalueerd. De resultaten van deze evaluatie worden vertaald in concrete afspraken met betrekking tot de huidige registratieverplichtingen. Ze zullen ook dienen om een nieuw uitwisselingssysteem op te richten, dat voor beide bestuursniveaus efficiënt werkt.

Het gesprek over het openbare en particuliere initiatief is meer dan ooit actueel. In de loop van het jaar 2000 organiseert de Vlaamse overheid hierover een gespreksronde. Centraal daarbij staat een vraaggestuurd beleid. Dit houdt rekening met de behoeften van de gemeente en/of de streek, het bestaan van gelijkaardige inrichtingen of diensten, een flexibele aanpak en een democratische controle en vertegenwoordiging.

Het OCMW vervult een cruciale rol in de individuele hulpverlening. De laatste jaren kregen de sociale diensten meer opdrachten, maar dat werd niet gekoppeld aan meer financiële middelen. De Vlaamse overheid wil mee borg staan voor de kwaliteit en de financiering van de sociale diensten. Samen met de federale overheid zal de Vlaamse overheid, in overleg met de lokale besturen, afspraken maken over zowel de opdrachten als de financieringsbronnen en personeelsondersteuning. Dit sluit aan bij de realisatie van de motie van aanbeveling over 'armoede en uitsluiting' die de *Vlaamse Raad* goedkeurde op 19/2/1998. Wat betreft de financiering vanuit de Vlaamse overheid zullen de OCMW's voor hun reguliere werking minimaal kunnen rekenen op de middelen van het bijzonder fonds voor maatschappelijk welzijn die nu werden opgenomen binnen het sociaal impulsfonds.

Wat betreft de personeelsondersteuning gaan we akkoord met de oprichting van een steunpunt. Dit zal zich o.a. bezighouden met vorming, werkmethodes, helpdesk en de begeleiding van de sociale diensten van het OCMW.

De vernieuwing van de OCMW-boekhouding kan zorgen voor een beter management. De geleidelijke invoering ervan vraagt wel meer ondersteuning en begeleiding dan gedacht werd. Vóór maart 2000 wordt met de vertegenwoordigers van de betrokken instanties een tussentijdse evaluatie en een concreet stappenplan tot en met 2003 uitgewerkt. De evaluatie zal o.m. gaan over de betrokkenheid van mandatarissen en over de afstemming op de verscheidene meerjarenplanningen.

Een partnerschap vraagt niet alleen even sterke partners. Een overlegplatform is ook noodzakelijk. De lokale besturen zullen dan ook nauwer worden betrokken bij de diverse Vlaamse en regionale adviesraden. Daarnaast komt er een structurele dialoog met de *Administraties Welzijn en Gezondheidszorg* en de bevoegde minister.

2.2. Het algemeen welzijnswerk

Sinds het nieuwe decreet heeft het *Algemeen Welzijnswerk (AWW)* een duidelijk maar zeer breed profiel. Het is een buffer tussen de maatschappelijke basisvoorzieningen enerzijds en de zorgsectoren anderzijds. Het AWW vervult dus enerzijds, via een soepel organisatiemodel, opdrachten die tegemoet komen aan de noden van alle burgers, maar anderzijds richt het zich prioritair tot personen en groepen met een verhoogd risico op minder welzijnskansen.

Gedurende deze legislatuur wordt het algemeen welzijnswerk als eerstelijnsvoorziening verder ontwikkeld en versterkt. Uitgangspunt blijft hierbij: een rechtstreeks toegankelijke, goed bereikbare en voldoende gespreide hulp- en dienstverlening t.a.v. een brede waaier van sociale en psychosociale problemen, met bijzondere aandacht voor diverse risicogroepen en groepen die moeilijk te bereiken zijn.

Op welke manier wordt deze maatschappelijke opdracht verder ingevuld?

2.2.1. Preventie staat centraal in deze beleidsnota. Hoe verweven we ze in het algemeen welzijnswerk?

Het algemeen welzijnswerk steunt welzijnsbevorderende initiatieven. Het bevordert de participatie van kwetsbare groepen in de samenleving. Dit is een nieuwe invalshoek voor het algemeen welzijnswerk omdat het hierin weinig traditie heeft. Daarom wordt hier vooral gestreefd naar een betere samenwerking tussen het welzijnswerk enerzijds en sectoren als jeugdwerk, sociaal-cultureel werk, opbouwwerk of de integratiesector anderzijds.

Het algemeen welzijnswerk speelt ook een rol bij het aanpakken van welzijnsbelemmerende factoren. Hier komen we op de exacte betekenis van de term 'inclusief beleid'. Als basisvoorzieningen (huisvesting, tewerkstelling, justitie enz.) het welzijn van burgers niet voldoende bescherming bieden, is het belangrijk dat het welzijnswerk beter gewapend is om dit te signaleren aan deze basissectoren en om structurele invloed uit te oefenen.

Dat is voor de centra binnen het AWW een decretale opdracht. De ingebouwde centra voor algemeen welzijnswerk hebben door hun nauwe band met de ziekenfondsen daarin een specifieke taak te vervullen.

Het algemeen welzijnswerk reageert echter ook dikwijls op een andere manier op de structurele tekorten van basisvoorzieningen of zorgsectoren. Vanuit de (reële!) confrontatie met groepen die uit de boot vallen, roept het algemeen welzijnswerk ook geregeld nieuwe werkvormen in het leven.

Ook wanneer de zorgsectoren op de tweede en derde lijn bepaalde hulpvragers 'uitstoten' (bv. randpsychiatrische patiënten) of wanneer er nieuwe categorieën van zorgbehoevenden ontstaan (bv. oudere thuislozen), neemt het algemeen welzijnswerk het initiatief om nieuwe opvangvormen te creëren. In beide gevallen neemt het algemeen welzijnswerk een belangrijke verantwoordelijkheid op als eerste, en soms ook als laatste lijn.

Het algemeen welzijnswerk heeft, zoals reeds vermeld, een brede decretale basis. Daardoor kan het een eigen dynamiek ontwikkelen die het in staat stelt om nieuwe noden te ontdekken en er op in te spelen door nieuwe zorgvormen en methodes te ontwikkelen. Deze vernieuwende functie van het algemeen welzijnswerk blijft bewaard.

Het is echter niet de bedoeling dat de basisvoorzieningen en de zorgsectoren hun eigen verantwoordelijkheden ontlopen en dat het AWW parallelle sectoren opzet. Bovendien is het onontbeerlijk dat de verwante zorgsectoren een maximale input hebben in de initiatieven die ontwikkeld worden door het algemeen welzijnswerk.

De kernopdracht van de sector algemeen welzijnswerk zouden we kunnen benoemen als 'individuele preventie' of 'preventieve hulpverlening'. We verwijzen opnieuw naar de basisdoelstelling van het algemeen welzijnswerk: een buffer vormen tussen de maatschappelijke basisvoorzieningen enerzijds en de zorgsectoren anderzijds.

We gaan ervan uit dat de welzijnssector zo vroeg mogelijk tracht in te grijpen in het proces van 'probleemwording'. Twee vaststellingen zijn hierbij van belang.

Ten eerste zien we dat (zelfs in de meest toegankelijke eerstelijnsdiensten) steeds meer mensen pas om hulp komen vragen, wanneer de situatie reeds erg problematisch is geworden. Dit is o.m. bij jongeren zeer opvallend. Dat heeft te maken met factoren zoals drempelvrees of onbekendheid. Preventie betekent hier dat we de algemene bereikbaarheid en toegankelijkheid van de eerste lijn daadwerkelijk versterken en dat we onze werking ook toespitsen op specifieke doelgroepen. De centra voor teleonthaal spelen hierin een belangrijke rol.

Een categoriale aanpak (bv. t.a.v. etnisch-culturele minderheden) wordt tot een minimum beperkt. De eerste vraag die we ons best stellen, is immers: hoe verhogen we de toegankelijkheid van de eerste lijn voor bijzondere doelgroepen?

Dit betekent echter niet dat we onze ogen sluiten voor verschillen. Een specifieke doelgroep en problematiek kan vragen om een gerichte methode (schuldbemiddeling bijvoorbeeld), een afzonderlijke opvang (crisisopvang voor jongeren) of speciale aandacht (aanpassen van een intakeprocedure). Het lijkt ons echter niet zinvol daarvoor afzonderlijke voorzieningen op te richten.

Uiteraard is er ook een verband tussen toegankelijkheid en bekendheid met het aanbod. Daar werken we aan. We willen het aanbod beter bekend maken zowel bij de doelgroep als bij de doorverwijzers.

De tweede vaststelling is dat de problematische situatie waarin vele volwassenen verkeren, vaak verwijst naar bepaalde ervaringen, problemen in de kinder- of jeugdtijd, waarop op dat ogenblik te weinig is ingegaan. De levensgeschiedenis van heel wat cliënten spreekt hier boekdelen. Hieruit blijkt dat het belangrijk is een zeer

laagdrempelige hulp- en dienstverlening te ontwikkelen voor kinderen en jongeren enerzijds en voor gezinnen met opvoedingsproblemen anderzijds.

De overheid geeft het algemeen welzijnswerk geregeld bijkomende taken. Er zal geëvalueerd worden in welke mate deze bijkomende taken in overeenstemming zijn met de eerstelijnsopdracht van het algemeen welzijnswerk.

2.2.2. Van diagnose naar dialoog, of van een aanbod- naar een behoeftengestuurd beleid

Via omgevingsanalyses en beleidsplannen tekenen de CAW's hun concrete werking zelf uit. Zo willen ze de vragen die in hun regio leven koppelen aan een zo specifiek mogelijk aanbod.

De ervaring (of dikwijls: het gebrek aan ervaring) leert echter dat de centra steun kunnen gebruiken bij het hanteren van deze instrumenten. Ook de overheid heeft daar belang bij. Als de overheid dereguleert en responsabiliseert maakt ze de kwaliteit van het aanbod immers meer afhankelijk van de kwaliteit van het management van de voorzieningen.

De overheid is echter niet alleen afhankelijk van wat de voorzieningen ervan maken. Ze kan ook sturend optreden om het aanbod beter af te stemmen op de vraag. Op welke manier? Door omgevingsanalyses en beleidsplannen een professionele basis te geven. Daarbij krijgen de sectoren van de eerste lijn de opdracht om de omgevingsanalyses en beleidsplannen (en dus ook hun concrete beleid) op elkaar af te stemmen.

Het geheel wordt gevat in een wetenschappelijk onderbouwde programmatie, geënt op afgebakende welzijnsregio's.

Eén van de belangrijkste instrumenten van de overheid om het welzijnsbeleid te sturen is dat van de subsidiëring. In dat verband willen we nagaan of de techniek van enveloppesubsidiëring doeltreffend is.

Tot zover wat we kunnen doen op macro- of mesoniveau om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen. Hoe kunnen we dat nu vertalen naar de relatie tussen voorziening-hulpverlener en de hulpvrager? M.a.w. hoe kunnen we komen tot concrete zorg op maat?

Sommige hulpvragers willen geen 'globale' aanpak van hun probleem. Ze willen alleen een antwoord op zeer partiële vragen.

Anderen geloven niet dat een hulpvrager na een tussenkomst op eigen kracht verder kan, terwijl dat precies het uitgangspunt van het decreet is.

Tussen deze twee uitersten ontwaren we een veelheid van verwachtingen. Ze doen een beroep op de creativiteit van de sector. Flexibiliteit langs de aanbodzijde is daarbij cruciaal.

Wil men vraag en aanbod op elkaar afstemmen, dan kan de sector ook niet meer onder de effectiviteitsvraag uit: leidt de geboden hulpverlening tot het vooropgestelde doel? Hier ligt een enorme uitdaging voor de sector.

Uiteraard is er ook een verband tussen de problematiek van afstemming van vraag en aanbod en dat van de cliëntenrechten. In het algemeen welzijnswerk stelt deze vraag zich zeer scherp naar aanleiding van de dagprijzen in de onthaalcentra.

2.3. Samenlevingsopbouw

De kernopdracht van de samenlevingsopbouw blijft onveranderd. Sociale netwerken in achtergestelde buurten, wijken of regio's worden verder ontwikkeld en versterkt. Hiertoe werkt het opbouwwerk vooral samen met bestaande verenigingen en tracht het vrijwilligers te motiveren en te betrekken bij de uitbouw van nieuwe netwerken die het buurt-, wijk- of regiogevoel versterken.

Het opbouwwerk in Vlaanderen is gebonden aan bepaalde gebieden.

In feite kan er een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds het buurtgericht werken (vooral in de steden) en anderzijds het intergemeentelijk, het regionaal werken.

Mede onder invloed van het SIF wordt het inclusief armoedebeleid in steeds meer steden vertaald naar een beleid op buurtniveau. Daarbij is het van groot belang dat openbare en particuliere initiatieven in een buurt hun aanbod op elkaar afstemmen. De Vlaamse regering wil dit ondersteunen via de uitbouw van geïntegreerde wijkcentra en van verschillende planningsinstrumenten.

Wij willen ook specifieke aandacht besteden aan de landelijke gebieden.

Door de decentralisatie op verschillende beleidsdomeinen dreigen achtergestelde groepen in landelijke gebieden geen ondersteuning meer te krijgen. Kleinere lokale besturen hebben vaak nog geen samenwerkingsformules ontwikkeld om kwalitatieve voorzieningen en hulpverlening te kunnen aanbieden. Het opbouwwerk heeft de afgelopen jaren mee aan de kar getrokken om de lokale besturen intergemeentelijk rond sociale thema's te motiveren. Dit is echter geen permanente opdracht voor het opbouwwerk. De gemeenten kunnen in een opstartfase een beroep doen op de methodes die het opbouwwerk heeft ontwikkeld. Daarna kunnen ze die als structurele werking uitbouwen.

De lokale besturen willen uitdrukkelijk communiceren met de burger en hem betrekken bij de gemeentelijke besluitvorming. Toch lijkt het alsof de stijging van het aantal gebruikte communicatiemiddelen omgekeerd evenredig is aan het enthousiasme voor de huidige politiek. Ondanks hoorzittingen, wijkoverleg, stadskranten, groene lijnen en ombudsmannen voelt de burger zich nog steeds niet betrokken bij het beleid.

De verwachtingen ten aanzien van de politiek zijn te hoog en nogal wat burgers kennen bovenal hun rechten en te weinig hun burgerplichten. Het rein houden van de stad bijvoorbeeld kan enkel als iedereen ook voor zijn spreekwoordelijke deur veegt. Het opbouwwerk kan zijn knowhow ter beschikking stellen om samen met de lokale besturen en buurtbewoners te werken aan nieuwe vormen van communicatie en samenwerking met de buurtbewoners. Het zal daarbij in elk geval gaan om samenwerkingsvormen waarbij alle partners eerlijke engagementen nemen om hun buurt samen te verbeteren.

2.3.1. Kernopdracht

Steun verlenen aan maatschappelijk achtergestelde groepen om hun stem te laten horen is en blijft de kernopdracht van het decretaal opbouwwerk. De sector van het opbouwwerk heeft een knowhow ontwikkeld om de verwachtingen, vragen en suggesties samen met deze mensen te formuleren en op de maatschappelijke en politieke agenda te plaatsen.

2.3.2. Vraag van lokale besturen

Communiceren met de burger is al een aantal jaren een belangrijk aandachtspunt, ook bij lokale besturen. De gebruikte methodes blijken echter niet steeds aan te slaan bij het publiek. De communicatiestrategie en de werking dienen dus opnieuw te worden bekeken : zijn de verwachtingen ten overstaan van de lokale besturen én de burger te hoog? Staat de investering in communicatie en planning in verhouding tot de investering in basisdienstverlening? Wordt communicatie niet al te vaak herleid tot papieren verslagen? Zijn de huidige aanspreekvormen van de lokale besturen voor iedereen toegankelijk?

Het opbouwwerk kan haar knowhow om maatschappelijk achtergestelde groepen te bereiken, ter beschikking stellen om een grotere groep van mensen bij het beleid te betrekken.

Aan opbouwwerkers, lokale beleidsverantwoordelijken en ambtenaren wordt dan ook de vraag gesteld om samen te zoeken naar een geschikte manier van dialoog voeren. Die bundeling van ervaringen kan de basis vormen om de dialoog op een positieve manier in te vullen: met respect voor ieders positie, in een kader van realistische verwachtingen, in wederzijds vertrouwen en met creatieve formules.

Zoals reeds gezegd is het geen kerntaak van het decretaal opbouwwerk om de dialoog permanent te begeleiden. Bij de opstart van de dialoog met de burger kan het lokale bestuur een beroep doen op de ervaring van het opbouwwerk.

De Vlaamse overheid zal ervaringsuitwisselingen en vormingsactiviteiten organiseren om een nieuwe dialoog met de lokale besturen tot stand te brengen.

2.3.3. Gebiedsgericht werken

In de steden is de armoede geconcentreerd in bepaalde gebieden. Een buurtgerichte aanpak ligt dus voor de hand. Niet alleen voor het opbouwwerk, ook voor de overheidsbesturen. Dat sluit ook aan bij een inclusief beleid.

Buurtgericht werken veronderstelt ook dat de verschillende actoren die in een buurt actief zijn afspraken maken met elkaar. Dit wordt een opdracht voor zowel het openbare als voor het particuliere initiatief. In deze context is het de opdracht van het opbouwwerk om de thema's die bij de maatschappelijk achtergestelde groepen leven, op de beleidsagenda te plaatsen en om de integratie van die groepen in de buurt te bevorderen. De Vlaamse regering wil dit ondersteunen via geïntegreerde wijkcentra en verschillende planningsinstrumenten.

In landelijke gebieden zoeken kleinere lokale besturen naar geschikte samenwerkingsformules om achtergestelde groepen een kwalitatief goede ondersteuning te bieden. Dat veronderstelt een intergemeentelijke dialoog rond sociale thema's. Het opbouwwerk heeft zich daar jarenlang voor ingespannen. Het is nu aan de Vlaamse en lokale overheid om die samenwerkingsverbanden en overlegforums te versterken en te investeren in tijd, mensen en middelen. Het opbouwwerk kan zich voortaan concentreren op de ondersteuning van maatschappelijk achtergestelden groepen binnen deze nieuwe context. Vandaaruit kunnen ze een inbreng hebben op die forums. Zo wordt het opbouwwerk een "partner" in plaats van een "voortrekker".

2.3.4. Vrijwilligers

In de sector van de samenlevingsopbouw zijn vrijwilligers erg belangrijk. In tegenstelling tot wat sommigen denken neemt het potentiële aantal vrijwilligers niet af. Het profiel van de vrijwilliger is wel gewijzigd (zie elders in deze nota). Het opbouwwerk speelt zich af in de nabije leefomgeving van de vrijwilliger en heeft hierdoor een grote aantrekkingskracht op potentiële vrijwilligers. Ze verwachten wel dat iemand ze daarvoor uitnodigt. Naar aanleiding van het internationaal jaar van de vrijwilliger in 2001 wil de Vlaamse regering die benadering promoten en ondersteunen.

Het jaar 2000 is een scharniermoment, het is een jaar waarin zowel vooruit als achteruit wordt gekeken. Op basis van een evaluatie van de praktijk en een literatuurverkenning worden de globale beleidsopties besproken zodat ze concreet vertaald kunnen worden in verschillende meerjarenplannen vanaf 2003.

2.4. Lokale integratiesector

De migratiegolf uit de jaren '60 en '70 verliep parallel met de vlucht uit de stad van de stadsbewoners die er het geld voor hadden.

Op enkele jaren tijd veranderden traditionele stadswijken van aanblik en sfeer.

Spanningen tussen allochtonen en autochtonen, wederzijds onbegrip verzuurden het leefklimaat.

De lokale integratiesector groeide vanuit de zorg om het maatschappelijk draagvlak in deze wijken terug te versterken. De integratiesector werkte hiertoe vaak complementair aan of samen met de samenlevingsopbouw. Kansarmen en migranten vinden elkaar immers vaak in dezelfde oude stadswijken.

De integratiesector heeft sedert 28 april 1998 een eigen decreet. In dit decreet wordt de nadruk gelegd op meer professionaliteit en doeltreffendheid en op duidelijke resultaatsverbintenissen.

Nu komt het erop aan dat de integratiesector als een volwaardige partner op de eerste lijn samenwerkingsakkoorden afsluit met de directe partners in de buurt. Dit zijn de zelforganisaties en moskeeverenigingen. Het is de bedoeling dat ze samen netwerken ontwikkelen. Daarnaast is het belangrijk dat de integratiesector samen met samenlevingsopbouw en met de stadsdiensten per wijk jaarwerkplannen uittekent.

2.5. De thuiszorg

De vraag naar thuiszorg neemt nog altijd toe. Hierbij spelen demografische alsook sociale, familie- en economische factoren een rol, evenals evoluties in de gezondheidszorg. Het regeerakkoord stelt dat het gamma aan thuiszorg wordt ondersteund en uitgebreid.

Een patiënt voelt zich beter als zij wordt verzorgd binnen de eigen, vertrouwde omgeving. Daarom zal de zelfzorgzaamheid van gebruikers en de draagkracht van de mantelzorg de komende jaren aangemoedigd en ondersteund worden.

Een goed uitgebouwd, beschikbaar en financieel toegankelijk thuiszorgaanbod voorkomt tevens dat mensen zich verplicht zien om vroegtijdig een beroep te doen op andere en duurdere zorgvormen, zoals ziekenhuis- of residentiële zorg.

De Vlaamse en federale regelgeving zullen op elkaar worden afgestemd, zowel wat betreft de thuiszorg, de samenwerking, de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de meer gespecialiseerde zorg.

Een vlotte overgang van thuiszorg naar intramurale opvang / verzorging en omgekeerd is noodzakelijk. Verschillende factoren spelen hierbij een rol zoals de gezondheidstoestand van de gebruiker / cliënt, de zelfzorgzaamheid, de beschikbare mantelzorg, de draagkracht van de omgeving en het aanbod aan vrijwillige en professionele hulp.

Ook zullen de overlegstructuren tussen de extramurale en de intramurale sector, bijvoorbeeld in het kader van de samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging

(SIT) worden geoptimaliseerd. De SIT's zullen worden geëvalueerd, zowel inzake hun overlegopdracht als inzake hun zorgbemiddelingsfunctie.

De relatie tussen de reguliere tewerkstelling in de sector en de tewerkstelling vanuit diverse sociaal-economische projecten wordt opgehelderd en verduidelijkt.

De nieuwe uitdaging die nu voor ligt, is te komen tot een inclusieve benadering van de thuiszorg. Speciale aandacht zal hierbij gaan naar:

- de psychiatrische thuiszorg
- de palliatieve zorg
- poets hulp
- het versterken van de mantelzorg en de zorg door vrijwilligers
- de zorg voor dementerenden
- de uitbouw van de kwaliteitszorg in alle voorzieningen
- de evaluatie van de programmatie
- de klantgerichtheid (en dus de vrije keuze)
- de financiële toegankelijkheid
- de realisatie van een geïntegreerde, onafhankelijke en objectieve indicatiestelling.

De complementariteit tussen thuiszorg, residentiële zorg en ziekenhuiszorg zal worden versterkt. Zo zal bijvoorbeeld het beter gebruik van de opname- en ontslagbrief worden aangemoedigd. Tevens zal bijzondere aandacht worden besteed aan het uitwisselen van de deskundigheid die diverse zorgvormen elkaar wederzijds te bieden hebben.

Deel 3: De categoriale

Het beleid geeft te allen tijde voorrang aan een inclusieve benadering van het algemeen welzijn. 'Onwelzijn' voorkomen en zorgvragen opvangen in de eigen omgeving is echter niet altijd mogelijk. Soms is gespecialiseerde categoriale hulpverlening onontbeerlijk. Ook deze categoriale hulpverlening wordt geschreven op dezelfde notenbalk met de vijf horizontale prioriteiten als elementaire structuur.

3.1. De gehandicaptenzorg in Vlaanderen

3.1.1. Van diagnose naar dialoog, of van een aanbod- naar een behoeftengestuurd beleid

De algemene maatschappelijke trend van emancipatie en individualisering is niet onopgemerkt voorbijgegaan aan mensen die leven met een handicap. Ook zij wensen steeds meer autonoom te bepalen hoe ze hun persoonlijk leven vormgeven. Ze verwerpen de oude opvattingen over de organisatie van de zorg en ijveren voor een samenleving waarin ze zich volwaardig kunnen integreren. We vinden dit weerspiegeld in de nieuwe omschrijving van het begrip handicap door de Wereldgezondheidsorganisatie. Handicaps worden niet langer gedefinieerd als persoonsgebonden beperkingen, maar veeleer als uitdagingen om maatschappelijke barrières te slopen.

Het beleid ten aanzien van personen met een handicap wil in de komende jaren resoluut breken met de beperkende categoriale benadering. In de plaats daarvan wordt een nieuwe algemene regeling ontwikkeld waarin mensen met een handicap een plaats krijgen als volwaardige burgers. Deze nieuwe benadering richt zich niet op 'wat' de persoon is (mentaal gehandicapt, autist, motorisch gehandicapt, gedragsgestoord of doof), maar op 'wie' de persoon is. Belangrijk is dus wat voor hem een kwaliteitsvol bestaan is en welke aspecten van het leven met een handicap dienen te worden ondersteund en versterkt om dit leven meer dan de moeite waard te maken.

Gehandicaptenzorg is niet langer zoeken naar de vorm van opvang, behandeling en begeleiding die het best aansluit bij personen met een handicap. Het beeld van de 'gebruiker' is niet langer dat van iemand die hulpbehoevend is, maar van een cliënt die zelf de eigen leefwereld vormgeeft. Er is daarom een ombuiging nodig naar een 'behoftengestuurde' organisatie van de gehandicaptenzorg. Dit betekent dat voor het beleid de positie van de gebruiker primeert op die van de voorzieningen. Gebruikers worden voortaan als onderhandelingspartners en als cliënt benaderd. Voortaan worden gebruikersplatforms structureel ondersteund. Zo wordt de ervaringsdeskundigheid die bij mensen met een handicap zélf aanwezig is, gevaloriseerd als een belangrijke component bij de beleidsvoorbereiding en -uitvoering.

3.1.2. Een toegankelijke samenleving en toegankelijke voorzieningen

Maar waar staan we met maatregelen die de integratie en participatie van mensen met een handicap bevorderen als ze niet of nauwelijks toegang hebben tot de openbare en particuliere infrastructuur, winkels en warenhuizen, het openbaar vervoer, het gewoon onderwijs, de culturele activiteiten, de communicatiemedia, de vrijetijdscircuits, de gewone arbeidsmarkt of de elektronische kennismaatschappij? Men kan stellen dat vanuit het oogmerk van toegankelijkheid voor personen met een handicap, de organisatie van onze samenleving zélf op heel wat punten stoornissen vertoont en dus vaak de échte handicap vormt. Hierin schuilt een opdracht voor alle burgers, die als particulier of als ambtenaar, initiatieven ontwikkelen die ingrijpen op de ordening van onze samenleving en op de toegankelijkheid voor álle burgers. Daarom komen er provinciale coördinatiepunten inzake 'Toegankelijkheid' (in de brede betekenis), die de opdracht krijgen om: permanent de bestaande knelpunten aan te wijzen, deskundigheid inzake werkbare oplossingen te bundelen en te ontwikkelen, strategische aanspreekpunten te vinden in alle domeinen van de samenleving, alert aanwezig en beschikbaar te zijn met deskundige adviezen en de goede wil die aanwezig is te kanaliseren naar resultaatgerichte acties.

De Vlaamse minister zal samen met het *Steunpunt Toegankelijkheid* de bestaande versnipperde inspanningen coördineren, bundelen en versterken.

Via dit 'inclusief' beleid wordt met overtuiging gewerkt aan structurele verbeteringen op korte en lange termijn. Dit werk van lange adem mag echter geen voorwendsel zijn om specifieke problemen die niet via de algemene voorzieningen kunnen worden aangepakt, op de lange baan te schuiven. Bijvoorbeeld op het vlak van de mobiliteit voor mensen met ernstige mobiliteitsbeperkingen, zullen extra inspanningen nodig blijven. Lokale initiatieven die selectief een vervoersaanbod realiseren, complementair aan de basisdienstverlening van het openbaar vervoer, kunnen dus blijven rekenen op ondersteuning.

3.1.3. Omgaan met vermarkting van het aanbod, of, de rol van de overheid in het welzijns- en gezondheidsaanbod

De 'hulpbehoevende' gehandicapte wordt in de toekomst steeds meer een 'cliënt' die een beroep doet op een professionele dienstverlening. De zorgverlening als 'marktgerichte activiteit' is dan ook in opmars. Toch willen we vermijden dat té marktgerichte en louter op rationele componenten gestoelde zorgsystemen, de relationele aspecten van het zorggebeuren onzichtbaar maken.

Het Vlaams beleid speelt in op deze tendensen en opteert voor deregulering. Zo geeft ze een groter deel van de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg opnieuw aan de burgers (de personen met een handicap zélf) en het maatschappelijke middenveld (mensen uit het persoonlijk netwerk van de persoon, de zorgaanbieders). Om dit te realiseren worden de regionale overlegorganen inzake gehandicaptenzorg verder gestructureerd om te komen tot formele regionale zorgnetwerken. Deze netwerken, waarin zorgaanbieders en gebruikers gelijk vertegenwoordigd zijn, zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling en de uitvoering van een regionaal beleid inzake gehandicaptenzorg. Deze regionale zorgnetwerken

hebben drie onderscheiden, maar tegelijk samenhangende functies: zorgbemiddeling, zorgafstemming en zorgplanning. De organisatie en coördinatie van deze regionale netwerken wordt gestuurd op het niveau van de provincie. Het onderzoek en de analyse van regionale zorgbehoeften vormen mee de basis voor een globaal programmatiebeleid. Ze bepalen tevens de benodigde middelen en de toewijzing ervan aan de regio's, de evolutie naar een betere geografische spreiding van het aanbod, de afstemming met andere bevoegdheidsdomeinen en beleidsinitiatieven en de innovatie van het aanbod.

De regelgeving inzake erkenning en subsidiëring van de voorzieningen, verlaat de categoriale benadering. Er worden persoonsgebonden en op zorgfuncties gerichte financieringssystemen ingevoerd zodat er in alle deelsectoren een behoeftegestuurd mechanisme komt. Het persoonsgebonden karakter van de financiering betekent enerzijds dat de cliënt zelf de noodzakelijke zorg inkoopt via een individueel toegekend persoonsgebonden budget. Anderzijds bepaalt de individuele graad van de zorgbehoefte, de persoonsgebonden subsidie aan de erkende voorziening. Er komt dus een performanter subsidiemechanisme, dat de voorzieningen niet afremt in hun streven om hun zorgaanbod flexibel en klantgericht te organiseren. De persoon met een handicap kan kiezen voor het zorgsysteem, en dus ook het financieringssysteem, dat voor hem het best beantwoordt aan de gestelde zorgvraag. Deze keuze is nooit definitief en kan mee-evolueren met veranderingen in het leven van de persoon en in de ontwikkeling van de handicap. Het spreekt voor zich dat cliënten een beroep kunnen doen op een inclusieve zorgtrajectbegeleiding zodat ze op de hoogte zijn van alle mogelijkheden die ze hebben. Deze begeleiding bekijkt de situatie vanuit het standpunt van de cliënt. Zorgtrajecten uitstippelen is de kerntaak van de betrokken instantie.

De nieuwe verhouding tussen gebruikers en voorzieningen impliceert tevens een andere invulling van de rol van de overheid. Het kwaliteitsdecreet aangaande de welzijnssector bepaalt dat voorzieningen en gebruikers samen hun verantwoordelijkheid opnemen om de kwaliteit van de dienstverlening te garanderen. Het *Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap (VFSIPH)* staat voor de uitdaging zich te heroriënteren: van het controleren van regels naar een objectieve en deskundige kwaliteitsauditing van de dienstverlening in voorzieningen. Een kritische succesfactor in dit proces is het tot stand brengen en bewaken van een onderling basisvertrouwen tussen gebruikers, voorzieningen en overheid. Dat is nodig voor een transparante en constructieve dialoog, in functie van de voorbereiding van het beleid en de uitvoering ervan op het niveau van de cliënt en de voorziening.

De evoluties die zich aftekenen in het gehandicaptenbeleid zullen diepgaand inwerken op de vertrouwde structuren en systemen, waarvan de deugden en de ondeugden genoegzaam bekend zijn. Of het nieuwe beleid zal slagen hangt grotendeels af van de werking van het *Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap*. Deze *Vlaamse Openbare Instelling (VOI)* zal immers de hervormingen voorbereiden, concreet uitwerken, uitdragen, evalueren en bijsturen. De werking van deze VOI wordt bemoeilijkt door haar eigen voorgeschiedenis, maar ook door de complexe verhoudingen tussen de instelling en de gebruikers, een aantal verenigingen voor gehandicapten, de werknemers en andere sociale partners, de voorzieningen, het Vlaams parlement en de Vlaamse

regering. In het regeerakkoord zijn maatregelen opgenomen om op korte termijn de slagkracht, de efficiëntie van het Vlaams Fonds op het peil te brengen dat noodzakelijk is om de ingrijpende veranderingsprocessen te beheersen, en de beleidsdoelstellingen te realiseren binnen een budgettair verantwoorde context.

3.1.4. Vrijwilligers en mantelzorgers naast en samen met professionele zorgverleners: onmisbare partners

De 'kwaliteit van leven' heeft vooral te maken met de kwaliteit van sociale relaties. Mensen zoeken daarbij in de eerste plaats naar duurzame relaties in een informeel netwerk met familieleden, vrienden, burens, collega's en kennissen. De uitdaging voor de gehandicaptensector is precies daarop in te spelen, door een zorgaanbod en dienstverlening te organiseren die de integratie van de persoon met een handicap in zijn directe sociale leefwereld ten volle tot zijn recht laat komen. Zorgverleners gaan zich dus afvragen wanneer professionele hulpverlening optimaal werkt t.a.v. de persoon met een handicap en het familie- en sociale weefsel dat hem omgeeft. Ze gaan ook na hoe anderen meer betrokken kunnen worden bij het leven van personen met een handicap.

De zorgaanbieders zullen in de toekomst hun taak veeleer invullen als 'bemiddelaar' in de activering, de ondersteuning en de optimalisering van het geheel van sociale rollen die de persoon met een handicap vervult. Informatieverstrekking, training en opleiding worden aangeboden aan personen met een handicap, opvoeders, therapeutisch en begeleidend personeel, maar ook aan het management en het bestuur van voorzieningen en aan ouders en vertrouwenspersonen. Zo wordt een proces op gang gebracht dat kan leiden tot concrete verschuivingen van overwegend groepsgerichte opvangconcepten naar individualisering. De bedoeling is dat personen met een handicap op die manier zoveel mogelijk contact hebben met mensen die niet betrokken zijn bij de professionele context.

3.1.5. Zorg op maat, de minst beperkende opvang

Als er een dialoog is op basis van gelijkwaardigheid dan hebben mensen met een handicap de hefboom in handen om zich los te maken uit afhankelijkheidsrelaties. Dit betekent dat 'gunsten' worden omgezet in 'eigen keuzes', waarop men op eigen gezag aanspraak kan maken, en waarbij men ook zélf verantwoordelijkheid opneemt. Het zorgaanbod wordt daarbij bepaald door wat professionele zorgverstrekkers aanbieden, maar vooral ook door wat gebruikers vanuit hun individuele context, aan bijstand en zorg vragen. Bijzondere aandacht is er voor de analyse van de vragen van kinderen en van volwassenen met een zwaardere mentale handicap. Op basis van permanent behoeftenonderzoek wordt met ingang van 2001 een meerjarenprogrammatie opgesteld. Deze programmatie kan achteraf worden gepreciseerd en bijgestuurd op basis van nieuwe analyses en nieuwe noden.

Hoe kan efficiënt en objectief worden bepaald welke zorg en bijstand iemand nodig heeft? Dat is een cruciale vraag als het gaat over een werkbare behoeftengestuurde organisatie van de zorg. Een betere kwaliteit van de multidisciplinaire zorgindicering biedt hierop het beste antwoord. De indicering van de zorg evolueert immers van een

momentopname naar een persoonsgerichte procesbegeleiding, waarbij ook de bemiddeling en de nazorg belangrijke componenten zijn. Parallel wordt de inschrijvingsprocedure bij het Vlaams Fonds klantvriendelijker zonder dat de continuïteit in de behandeling van het steeds groeiend aantal zorgvragen wordt aangetast.

Ieder individueel zorgtraject houdt de minst beperkende en de minst vervreemdende zorgvorm permanent in het vizier. De instantie die belast is met de zorgindicering, de begeleiding en de zorgbemiddeling helpt de cliënt in dat perspectief om de bijstands- en zorgfuncties die hij vraagt precies te formuleren. Zo heeft hij het meeste kans om te krijgen wat hij nodig heeft, bv. op het vlak van voorzieningen.

De programmatie voor de sector Zorg zal beter worden onderbouwd en zal aldus de basis vormen voor voldoende capaciteit voor de diverse ambulante zorgfuncties. Bovendien zal er via het regionaal overleg voorrang worden gegeven aan de meest urgente en zware zorgnoden wanneer geschikte plaatsen vrijkomen of wanneer extra ruimte voor het verlenen van bijkomende vergunningen en erkenningen wordt ingevuld. Voorts kunnen reconversies een antwoord zijn bij verschuivingen in de vraag van de gebruikers.

Het is wenselijk dat de huisvesting van gehandicapte personen aansluit bij de eigentijdse visie op het residentieel wonen in Vlaanderen: in kleine entiteiten, op mensenmaat, met garantie op privacy en maximale kansen tot sociale interactie in het gewone gemeenschapsleven in buurt en wijk. We onderzoeken hoe we de subsidieregeling inzake de *onroerende infrastructuur (VIPA)* in de gehandicaptenzorg daaraan kunnen aanpassen.

Wat de tewerkstelling van mensen met een handicap betreft, proberen we te anticiperen op wat zich afspeelt op de arbeidsmarkt. We streven naar een tewerkstelling op maat van het individu. Bedoeling is werknemers met een handicap zoveel mogelijk te integreren in het reguliere economische circuit. Ook op vlak van arbeid willen we de omvang van de noodzakelijke bijstand zo precies mogelijk vaststellen en uitdrukken in een budget waarmee de werkgever een duurzame job op maat van de werkzoekende met een handicap creëert. De bestaande indeling in niet-precies af te bakenen doelgroepen voldoet niet meer. Een persoonsgebonden financiering, die gekoppeld is aan de competenties en het arbeidsmatig functioneren, kan een alternatief bieden.

De tussenkomst van de overheid in de meerkosten van de tewerkstelling wordt dan immers geënt op de persoon, en niet op de plaats van de tewerkstelling. Op die manier wordt ook in dit domein een 'behoeftegestuurd' mechanisme geïnstalleerd, waarbij de persoon zelf sterker mee bepaalt waar en hoe het verrichten van arbeid voor hem een hefboom wordt voor maatschappelijke integratie.

Het aanbod van de *ATB-diensten (Arbeidstrajectbeleiding)* wordt opengesteld voor alle werkzoekenden die erkend zijn door het Vlaams Fonds en die begeleiding vragen bij het zoeken naar werk op de maat van hun mogelijkheden. Acties op lokaal en Vlaams niveau worden permanent bijgestuurd op basis van de terreinervaringen van de ATB-diensten. De resultaatgerichtheid van deze acties wordt verder verhoogd door het scherper stellen van de resultaatverbintenissen in de subsidieregels inzake

ATB en de *Centra voor Beroepsopleiding*. Ook het ontwikkelen van nieuwe initiatieven inzake permanente begeleiding, opleiding en bijscholing van werknemers met een handicap zal bijdragen tot een hogere en meer duurzame tewerkstellingsgraad van deze groep. De slagkracht van het tewerkstellingsbeleid voor deze doelgroep wordt dus versterkt door de slagkracht van de organisaties waarop werkzoekenden en werkgevers een beroep doen. De efficiëntie van de organisaties kunnen worden verhoogd door bepaalde diensten (oriëntering, begeleiding en opleiding) te integreren in sterker uitgebouwde centra voor de professionele integratie van mensen met een handicap. In de subregionale tewerkstellingsstructuren van hun provincie werken deze centra complementair samen met de VDAB en andere actoren.

De tewerkstelling van mensen met een handicap vertrekt voortaan dus van een persoonsgebonden en meer gedifferentieerde benadering. Bij de individuele indicatiestelling worden de categoriale indelingen in 'open' of 'beschutte arbeid' verlaten. Beschutte werkplaatsen worden gesubsidieerd om bedrijfseconomische activiteiten te ontwikkelen, gericht op de duurzame tewerkstelling van personen met een handicap en de verbetering van hun arbeidsvoorwaarden. Het aandeel van de overheidssubsidie in de bedrijfsvoering wordt echter sterker gekoppeld aan de tewerkgestelde werknemers met een handicap en de individuele graad van de nodige bijstand inzake arbeid. In deze benadering wordt de gedeelde verantwoordelijkheid tussen het Vlaams Fonds en deze sociaal-economische sector zélf, duidelijker afgestemd op de tewerkstelling van de persoon met een handicap: de overheid draagt bij in de meerkosten van de tewerkstelling, met prioriteit voor de zwakste werknemers, de sector draagt de volle verantwoordelijkheid voor een globale, sociaal-economische bedrijfsvoering en voor een collectief, sociaal beleid op sectoraal niveau.

Analyses hebben uitgewezen dat de regelgeving inzake de *Individuele Materiële Bijstand (IMB)* best fundamenteel wordt hervormd. Het is evident dat het Vlaams Fonds als overheidsinstelling in dit domein waar commerciële invloeden meespelen, voldoende middelen heeft om erover te waken dat de belangen van de gebruikers en de optimale aanwending van de overheidsmiddelen primeren. In die zin is het Vlaams Fonds verantwoordelijk voor een inclusieve en transparante dienstverlening aan de gebruiker. Om dit in de praktijk waar te maken gaan we uit van het principe "Eenheid van het dossier". Dat betekent dat gebruikers met alles terecht kunnen op een adres, namelijk de *Provinciale Afdelingen van het Vlaams Fonds*. Concreet gaat het om vragen om informatie, het indienen van een aanvraagdossier, de gespecialiseerde adviesverlening, de begeleiding bij de behandeling van het dossier, de tenlasteneming en de aanschaf en de evaluatie van het gebruik van hulpmiddelen. De provinciale afdelingen kunnen terugvallen op een centraal coördinatieorgaan dat instaat voor de gegevensverzameling en dat volledige, accurate en actuele kennis over de hulpmiddelenmarkt ter beschikking stelt. Deze nieuwe aanpak wordt reeds in 2000 op het goede spoor gezet.

3.2. De Bijzondere Jeugdzorg

De *Bijzondere Jeugdzorg* stond de afgelopen jaren uitgebreid op de politieke agenda. In het najaar 1998 richtte het vorige Vlaams parlement een commissie ad hoc op, die een lijvige maatschappelijke beleidsnota met betrekking tot deze sector opstelde.

Hiermee beschikken we over een grondige probleemanalyse én over een reeks aanbevelingen voor een toekomstig beleid inzake bijzondere jeugdzorg, en inzake jongerenhulpverlening in het algemeen. Het is een bijzonder rijk document, dat tot stand kwam na een uitgebreide bevraging van alle betrokken actoren en dat in ruime mate door het werkveld gedragen wordt.

De Vlaamse regering heeft er zich toe verbonden de motie van aanbeveling om te zetten in een daadwerkelijk beleid.

Dit vernieuwend beleid wil enerzijds zo veel mogelijk voorkomen dat jongeren in de *Bijzondere Jeugdbijstand (BJB)* terechtkomen. Anderzijds wil het een inclusieve jeugd- en gezinshulpverlening ontwikkelen waarvan de BJB het sluitstuk is.

3.2.1. Preventie staat centraal

Een goed (groot)steden- en huisvestingsbeleid, een gericht jeugd- en integratiebeleid, een sociaal gezondheids- en tewerkstellingsbeleid wil de mogelijke dualisering in onze samenleving ombuigen, het recht op maatschappelijke hulp- en dienstverlening voor iedereen waarborgen en voorkomen dat maatschappelijk kwetsbare jongeren en gezinnen uit de boot vallen.

Daarnaast kan een offensieve preventie vanuit het welzijnsveld ervoor zorgen dat ouders, gezinnen en scholen de opvoeding van 'hun' kinderen terug zélf in handen nemen.

Dit vereist dat 'orde in de chaos' van het preventieveld wordt gebracht.

De intersectorale preventiecel in de *Administratie Welzijn* doet hierover voorstellen. Deze cel zal in eerste instantie en in overleg met preventiedeskundigen uit andere departementen, administraties en het werkveld, voorstellen uitwerken, om de diverse actoren op het jeugdpreventie terrein samen te brengen en een gerichte preventiewerking m.b.t. jongeren te realiseren op regionaal en lokaal vlak.

Aangezien de gezondheid van jongeren direct verband houdt met hun welzijnssituatie dienen deze thema's op elkaar te worden afgestemd.

In een volgende fase kan deze preventiecel als strategische stuurgroep en methodische ondersteuning optreden ten aanzien van preventieprojecten.

3.2.2. Geen hulpverlening zonder samenwerking en afstemming

Een inclusieve jeugd- en gezinshulpverlening kan niet in een handomdraai worden gerealiseerd.

De bijzondere jeugdbijstand kende de laatste jaren heel wat positieve ontwikkelingen: differentiatie in het aanbod, keuze voor de minst ingrijpende interventie, gezinsgericht en emancipatorisch werken, kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering.

Maar dit neemt niet weg dat beleidsverkaveling en sectorale opdeling een versnipperd en verkokerd hulpverleningslandschap in stand houden. Al te vaak staat dit een behoeftengestuurde zorg in de weg.

Met het oog op een gefaseerde en planmatige aanpak wordt geopteerd voor een tweesporenstrategie.

Op korte termijn zullen bijkomende budgettaire middelen worden aangewend om in de *Bijzondere Jeugdbijstand*, maar ook stroomopwaarts in de verwante sectoren van *Kind & Gezin*, de *Centra voor Leerlingenbegeleiding* en het *Algemeen Welzijnswerk*, vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen.

Een laagdrempelig en goed bereikbaar aanbod inzake opvoedingsondersteuning en algemene hulpverlening remt de instroom in de bijzondere jeugdbijstand af.

De bedoeling is dat ouders, scholen en instellingen samenwerken om problemen bij kinderen vroegtijdig te ontdekken en preventief te kunnen optreden. Hierbij staat de begeleiding van kind en ouders centraal. Daarvoor is nodig dat voorzieningen die opereren in de eerste lijn actief contacten onderhouden met scholen, buurtwerken en andere plaatsen waar veel jongeren komen, om problemen op te sporen en resultaatgericht aan te pakken.

De samenwerking met de CLB's gebeurt in overleg met het departement Onderwijs en wil naadloos aansluiten bij de maatregelen die de minister van Onderwijs neemt om in de scholen preventief op te treden.

Hulpfuncties zoals gezins- en opvoedingsondersteuning, crisisopvang en begeleid wonen zullen verder worden ontwikkeld. Methodes en werkvormen afgestemd op de maatschappelijk meest kwetsbare jongeren zullen worden uitgebouwd. We denken hierbij in het bijzonder aan moeilijk te begeleiden minderjarigen, kinderen binnen arme gezinnen, niet-begeleide minderjarige vreemdelingen, allochtonen en jongeren die in de criminaliteit (dreigen te) verzeilen.

Daarnaast zal in samenwerking met de betrokken partijen en in overleg met de sectoren, een strategisch plan voor een geïntegreerde jeugdhulpverlening worden uitgewerkt.

Horizontale samenwerking en netwerking tussen de verschillende werkvormen van de *Bijzondere Jeugdbijstand* en over de grenzen van de sector heen zullen sterk worden aangemoedigd.

Daaropvolgend worden de bestaande sectorale regelgevingen, sectorspecifieke werkvormen en toegangspoorten, subsidienormen en financieringswijzen kritisch bevraagd vanuit het oogpunt van een cliënt- en behoeftengestuurde zorg. Nieuwe

beleidsinstrumenten zullen worden uitgewerkt. Hierin vinden deskundige indicatiestelling en oriëntatie, case-management en trajectbegeleiding, eerbied voor de rechten van het kind en permanente evaluatie van de zorg hun plaats, om finaal te komen tot een flexibele en naadloze hulp op maat van de cliënt en een verhoogde doelmatigheid.

Deze herstructurering wil de jeugdzorg toegankelijker maken.

De bijzondere jeugdzorg neemt een bijzondere plaats in op het continuüm van vrijwillig gevraagde hulp, over onderhandelde en aanklampende hulp tot gedwongen hulpverlening.

Omwille van het interveniërend karakter van de bijzondere jeugdbijstand zijn we het erover eens dat een toegangspoort de toepassing van het subsidiariteitsbeginsel (d.i. keuze voor de minst ingrijpende maatregel bij gelijkblijvend resultaat) blijvend bewaakt.

Toegankelijkheid betekent dan dat juist via deze toegangspoort het recht op deze bijzondere hulp voor jongeren en gezinnen die er het meest nood aan hebben, effectief wordt gewaarborgd.

3.2.3. Professionele uitbouw en de rol van de vrijwilliger

Gegeven de complexiteit van de hulpvragen en het gespecialiseerde karakter van het aanbod is de bijzondere jeugdbijstand sterk professioneel uitgebouwd.

Toch durven we ook in deze sector nadenken over de rol van de vrijwilliger, de mantelzorger.

Zo kunnen vrijwilligers ongetwijfeld zinvol bijdragen tot o.m. de organisatie van schoolbegeleiding, socio-culturele activiteiten en vakantiewerkingen die worden georganiseerd door de voorzieningen.

Zij vormen mee de brug naar de samenleving en kunnen bijdragen tot een positievere beeldvorming van de Bijzondere Jeugdzorg.

In de samenwerkingsverbanden die noodzakelijk zijn om de jongere te omringen zullen vele professionals samenwerken, dikwijls in vrijwillige verbanden. De link met de mantelzorgers, de familie, de vrienden, de burens dient ingeschreven te worden in ieder plan van aanpak.

3.2.4. De cliënt als partner

Als aanzet tot het strategisch plan werd reeds opdracht gegeven om het aanbod inzake jeugdhulpverlening in kaart te brengen en leemten en overlappingsen in dit aanbod op te sporen. De bevindingen van dit onderzoek worden op korte termijn getoetst aan de inzichten van (een vertegenwoordiging van) alle betrokken actoren / cliënten, verwijzers én voorzieningen, m.b.t. de reële noden en hulpbehoeften van jongeren en gezinnen.

Op langere termijn komt er een elektronisch dossier dat een permanent inzicht zal geven in de vraag-aanboddynamiek binnen de jeugdhulpverlening. Op dit ogenblik wordt een methode uitgewerkt om dit te realiseren.

De cliënt wordt steeds meer als partner betrokken bij het hulpverleningstraject en de organisatie van de hulpverlening. We zullen dat ondersteunen via de sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen, die in de bijzondere jeugdbijstand vanaf januari 2003 van toepassing zullen zijn, evenals via de op kwaliteitszorg toegespitste jaardoelstellingen van de verwijzers.

Voorts zal de regelgeving en de praktijk binnen de Bijzondere Jeugdzorg geregeld worden getoetst aan het *Europees verdrag van de rechten van de Mens en de rechten van het Kind*.

Specifiek voor de BJB is dat er grenzen zijn aan de behoeftensturing.

In bepaalde situaties dient de maatschappij immers drastisch in te grijpen, ook als er in eerste instantie geen vraag lijkt te zijn (bv. bij kindermishandeling).

De noden en behoeften van kinderen en gezinnen staan niet los van de samenleving, waarin kinderrechten een maatstaf van beschaving zijn.

We onderzoeken nog bij welke problematische opvoedings- en leefsituaties of schendingen van provisie- en protectierechten van kinderen een maatschappij effectief dient op te treden.

De aanpak van jeugdige delinquenten wordt afgestemd op het federale justitiebeleid ter zake. Als het jeugdsanctierecht er komt, zal dat wellicht structurele aanpassingen vergen van de jeugdhulpverlening. Dit betekent ook dat het aanbod ten aanzien van jongeren die een 'als misdaad omschreven feit' pleegden, daaraan dient te worden aangepast.

De plaats en de rol van de particuliere gesubsidieerde voorzieningen en van de gemeenschapsinstellingen voor bijzondere jeugdbijstand op het continuüm van de jeugdhulpverlening, zal worden herbekeken. Een betere afstemming en zonodig bijsturing van de missies kan de subsidiariteit meer kansen geven en een einde maken aan de doorschuifreflex die vandaag resulteert in een oneigenlijk gebruik van de gemeenschapsinstellingen en zelfs in opsluiting van jongeren in de gevangenis.

3.2.5. De kerntaak van de overheid

In het kader van de jeugdhulpverlening in het algemeen en de jeugdbijstand in het bijzonder zal de overheid zich op haar kerntaken toespitsen. Dat betekent aandacht hebben voor voldoende afstemming en eenheid in het beleid.

In het kader van het kwaliteitsdecreet helpt de overheid de voorzieningen als een partner van de voorzieningen bij het streven naar meer kwaliteit.

Daarnaast wil de overheid beter controleren of de overheidssubsidies correct worden aangewend.

De BJB wordt dus grondig hervormd. We verzekeren dat dit wetenschappelijk wordt begeleid en ondersteund.

3.3. Het Forensisch welzijnswerk

Het algemeen welzijnswerk zal extra impulsen geven aan het justitieel welzijnswerk en aan slachtofferhulp. Want criminaliteit en onveiligheid zijn in eerste instantie maatschappelijke problemen, die bovendien erg destabiliserend kunnen werken.

Sociale problemen worden in onze samenleving al te vaak en al te gemakkelijk als justitiële problemen of veiligheidsproblemen aan de orde gesteld.

Een doeltreffende politie en justitie kan bijdragen tot meer veiligheid en kan onveiligheidsgevoelens, angst en bezorgdheid voor criminaliteit helpen verminderen. Maar er is veel méér nodig dan dat.

Want criminaliteit is niet enkel oorzaak, maar vaak ook zélf een uiting van 'onwelzijn'. Persoonlijke, relationele en maatschappelijke problemen die binnen de samenleving worden verwaarloosd, vormen vaak een voedingsbodem voor criminaliteit. Zo ook kan de onmogelijkheid om op een gelijkwaardige basis te participeren aan de samenleving, aanleiding zijn tot crimineel gedrag.

Onderzoek leert trouwens dat welzijnsproblemen en vooral globale maatschappelijke achterstelling het onveiligheidsgevoel versterken en een toenemend risico inhouden voor delinquent gedrag én voor slachtofferschap.

Een samenleving die investeert in welzijn, gezondheid en gelijke kansen voor iedereen, zal de criminaliteit en de onveiligheid(sgevoelens) zien afnemen.

Complementair aan het federaal veiligheids- en strafuitvoeringsbeleid zal de Vlaamse regering daarom stroomopwaarts een omvattend welzijnsgericht beleid rond criminaliteit, onveiligheid en slachtofferzorg voeren.

Dit houdt in dat vooreerst de dynamische en welzijnsbevorderende krachten van de samenleving maximaal worden aangewend om criminaliteit en onveiligheid te voorkomen. Vervolgens kiezen we voor buitengerechtelijke conflictoplossingen om de meer ingrijpende en vaak destabiliserende justitiële interventies zo veel mogelijk te vermijden.

Ten slotte dient voor zover een gerechtelijk optreden plaatsvindt, parallel en in alle fasen van de rechtsgang een welzijnsgericht aanbod ten aanzien van de justitiecliënten (slachtoffers én daders) te worden geformuleerd en dient hen een rechtsgelijke toegang tot de brede maatschappelijke hulp- en dienstverlening (op het vlak van onderwijs, huisvesting, tewerkstelling, welzijn, gezondheid en cultuur) te worden verzekerd.

Dat alles is in het belang van de samenleving, waar de justitiecliënt vroeg of laat naar terug keert. Het is ook in het belang van (potentiële) slachtoffers, want de beste slachtofferpreventie is en blijft daderpreventie; van de kinderen en nabestaanden, voor wie de bestraffing en zeker de detentie van een gezinslid vaak zeer verstrekken gevolgen heeft; en tot slot ook van de normovertreder zelf.

3.3.1. Uitbouw van een beleidsondersteunende cel Criminaliteit en Samenleving

Voor de Vlaamse Gemeenschap brengt de bevoegdheid inzake criminaliteit en samenleving een veelheid aan taken mee. Ze zullen worden ontwikkeld via een permanente dialoog tussen het coördinerend departement Welzijn en de andere betrokken gemeenschapsdepartementen, in overleg met de federale overheid en op de diverse bestuursniveaus (landelijk én regionaal / lokaal).

Om dit in goede banen te leiden is de uitbouw van een beleidscel dan ook onontbeerlijk. Hiervoor zijn op de begroting 2000 de nodige budgettaire middelen ingeschreven.

Deze beleidscel zal in de komende jaren de volgende taken ontplooiën:

- ontwikkelen van een globale visie op de relatie tussen welzijn, criminaliteit en samenleving, op de (grenzen van de) verantwoordelijkheid van de Vlaamse overheid in deze, op de inhoudelijke en organisatorische vormgeving ervan. In deze context zal o.m. de positie en taakstelling van het forensisch welzijnswerk, dat een belangrijke brugfunctie vervult tussen justitiecliënten en de brede maatschappelijke hulp- en dienstverlening, worden herbekeken
- opzetten van een permanent en gestructureerd overleg, enerzijds met de federale overheden (vnl. het departement *Justitie*, maar ook *Volksgezondheid*, *Sociale zaken*, *Binnenlandse Zaken*, *Tewerkstelling en Arbeid*) en anderzijds met de betrokken departementen van de Vlaamse gemeenschap evenals de Vlaamse Openbare Instellingen, die een bijdrage kunnen leveren aan een inclusieve zorg voor deze doelgroep (welzijn, onderwijs, gezondheid, tewerkstelling, cultuur)
- bevorderen, ondersteunen en opvolgen van de Vlaamse beleids- en praktijkontwikkelingen in het licht van de vooropgestelde doelen.

3.3.2. Implementatie en opvolging van vroegere beleidsinitiatieven en terreinontwikkelingen

- Op het vlak van slachtofferhulp bereiden we op korte termijn een rondschrijven voor aangaande de implementatie van het samenwerkingsakkoord, dat werd afgesloten met de federale ministeries van *Justitie* en *Binnenlandse Zaken* op 7 april 1998 en decretaal werd bekrachtigd op 15 december van hetzelfde jaar. Zo willen we onze strategische doelen realiseren: een behoeftengestuurde zorg op maat voor slachtoffers via een kwaliteitsvolle hulp- en dienstverlening, een naadloze overgang tussen slachtofferbejegening, -opvang en -hulp, de ontwikkeling van een efficiënt en proactief doorverwijsmodel, de brug naar en samenwerking met gespecialiseerde voorzieningen (o.m. vertrouwenscentra) en de uitbouw van het vrijwilligersmodel, dat de betrokkenheid van de samenleving

verhoogt en de slachtoffers op gepaste wijze helpt om hun vertrouwen in de samenleving te herwinnen.

We zullen meer personeel beschikbaar stellen voor slachtofferhulp en we zullen het vrijwilligersmodel uitbouwen zodat we meer slachtoffers kunnen bereiken.

- Er komt een strategisch plan aangaande de hulp- en dienstverlening aan (ex)gedetineerden. Dit sluit aan bij de beslissing van 8 juni 1999 van de vorige Vlaamse regering.

Op korte termijn zal aan de interdepartementale commissie hulp- en dienstverlening aan gedetineerden, opdracht worden gegeven om dit plan uit te werken in samenwerking met actoren van het ministerie van Justitie. In een voorbereidend onderzoek worden de noden en behoeften van gedetineerden inzake maatschappelijke hulp en dienstverlening in kaart gebracht.

Op middellange termijn zal het samenwerkingsakkoord van 24 februari 1994 inzake hulpverlening aan gedetineerden met het oog op hun sociale reïntegratie worden geactualiseerd. Het regelt immers alleen de intramurale welzijnszorg. De actualisering beoogt een inclusief beleid t.a.v. deze doelgroep, voor wie het probleem van de rechtsongelijke toegang tot de brede maatschappelijke hulp- en dienstverlening zich in alle scherpste stelt.

Een inclusief beleid t.a.v. justitiecliënten breidt het samenwerkingsakkoord uit tot de extramurale prepenitentiare en postpenitentiare zorg, en verbreedt het akkoord tot een intersectoraal aanbod inzake hulp- en dienstverlening. De interdepartementale commissie zal de verantwoordelijkheid in deze van (alle departementen van) de *Vlaamse Gemeenschap* verduidelijken en aanpassingen van de sectorale regelgevingen in functie van dit doelgroepenbereik voorbereiden. Het samenwerkingsakkoord tussen de *Vlaamse Gemeenschap* (welzijn én gezondheid) en het ministerie van *Justitie* inzake (de extramurale) begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, dat werd afgesloten op 8 oktober 1998 en decretaal bekrachtigd op 2 maart 1999, zal verder worden geïmplementeerd. Hiertoe zal op korte termijn een rondschrijven worden voorbereid in nauwe samenwerking tussen de sectoren welzijn en gezondheidszorg en in overleg met het ministerie van Justitie. Op langere termijn is het aangewezen dit samenwerkingsakkoord in het reeds vermelde samenwerkingsakkoord inzake hulpverlening aan gedetineerden te integreren.

Een graduele uitbreiding van de personeelsformatie voor justitieel welzijnswerk binnen het algemeen welzijnswerk, kan de brugfunctie van deze centra in het kader van de prepenitentiare, penitentiare en postpenitentiare zorg optimaliseren en kan tegemoet komen aan het appèl op de hulp en de dienstverlening van de Vlaamse Gemeenschap t.b.v. deze justitiecliënten. Dit appèl is immers de laatste tijd enorm toegenomen, als gevolg van de nieuwe wet op voorwaardelijke invrijheidstelling, de initiatieven inzake herstel- en reïntegratiegerichte detentie, de 'vroeghulp' in het kader van de vrijheid onder voorwaarden, de regelgeving m.b.t. de begeleiding van seksuele delinquenten. Tevens zal worden gezocht naar ruimere mogelijkheden om vrijwilligers zinvol in te schakelen bij allerlei activiteiten die in de gevangenissen worden georganiseerd, zoals socio-culturele activiteiten, praatgroepen, educatieve en tewerkstellingsgerichte initiatieven.

- Inzake de hulp- en dienstverlening aan geïnterneerden (geesteszieke delinquenten) zal de Vlaamse gemeenschap haar bijdrage leveren aan de opvolging en implementatie van het rapport *Internering*, dat tijdens de vorige legislatuur op initiatief van het ministerie van Justitie en met betrokkenheid van de Gemeenschappen, is voorbereid. Een samenwerkingsakkoord tussen de federale

ministeries van *Justitie*, *Volksgezondheid* en *Sociale Zaken (RIZIV)*, en de gemeenschapsadministraties *Gezondheidszorg* en *Welzijn* zal de uitbouw van intramurale forensische eenheden in de psychiatrie in de nabije toekomst mogelijk maken. Ook de verdere uitbouw van laagdrempelige ambulante forensische teams in de geestelijke gezondheidszorg en in het justitieel welzijnswerk, evenals de ontwikkeling van een bijdrage vanuit de gezondheids- en welzijnshoek t.a.v. deze doelgroep in de gevangenissen, zal de zorg voor geesteszieke delinquenten eindelijk op een correct niveau tillen.

- Ten slotte wordt onderzocht hoe er meer transparantie, een duidelijkere profilering en taakafbakening en meer afstemming kan komen in de veelheid aan initiatieven inzake preventieve en buitengerechtelijke ‘alternatieve’ conflictoplossingen op het grensgebied tussen *Justitie*, *Binnenlandse Zaken* en *Welzijn*.

Het gaat hier om uiteenlopende projecten inzake herstelbemiddeling, begeleiding van alternatieve straffen en maatregelen, hulp- en dienstverlening aan illegale vluchtelingen, sociale rechtshulp en scheidingsbemiddeling. Voorts gaat het om de samenwerkingsrelatie met de justitiehuizen, de creatie van neutrale ontmoetingsruimten en de opvolging van de sociale projecten in het kader van de samenlevings- en veiligheidscontracten. Zowel de bevoegdheidsverdeling m.b.t. deze aangelegenheden als de finaliteit, sectorale inbedding en de opvolging ervan vragen om verduidelijking en afstemming.

3.4. Ouderen

Het besef dat men ouder wordt, heeft de mens steeds bezig gehouden en dit zowel in positieve (groei in wijsheid) als in negatieve zin (aftakeling). Vele filosofen en dichters, maar ook economen, sociologen, psychologen en artsen hebben over het fenomeen van de ouderdom hun kennis, gedachten en gevoelens toevertrouwd aan het papier. De vragen die de mens hier nog het meest bezig houden zijn deze naar het wezen van het ‘oud worden’ zelf. Wanneer is iemand oud? Wat is ouderworden? Bestaat ‘de’ ouderdom? Wat is de betekenis van mijn ouder worden? Wat is de betekenis en wat zijn de gevolgen van het ouder worden van de samenleving voor deze samenleving?

Ons grondig bezinnen over de betekenis van ‘leeftijd’ en ‘ouderdom’ is een noodzakelijk aspect bij de ontwikkeling van een ouderenbeleid. Een analyse van het gevoerde ouderenbeleid toont aan dat dit niet gedifferentieerd genoeg was en te veel een “voorzieningenbeleid” was. Een dergelijke beleidsbenadering sluit aan bij bepaalde politiek-maatschappelijke opvattingen over de ouderdom. Eigenlijk getuigt de vroegere benadering van een ongenueanceerde, negatieve visie (deficit model) op de ouderdom, waarbij ouder worden te veel gelijk werd gesteld met ziekte en aftakeling.

Het nieuwe ouderenbeleid van de Vlaamse regering wenst uitdrukkelijk een trendbreuk tot stand te brengen in de gangbare visie op oud worden en ouderdom. ‘De’ oudere bestaat namelijk niet. Ondanks de stereotiepe denkbeelden over ouderen, is het zo dat de menselijke diversiteit toeneemt met de leeftijd. 80-jarigen verschillen veel meer van elkaar dan 8 jarigen. Dat heeft te maken met een uiteenlopende levensloop van ieder van hen. Steeds meer mensen doorlopen geen rechtlijnig levenstraject meer zoals vroeger het geval was. Steeds meer mensen

zetten heel doelbewust hun eigen levensstrategie uit, ook (en misschien vooral) in de fase van de ouderdom. Met als gevolg dat ook binnen de groep ouderen de verscheidenheid toeneemt. Net zoals er een verschil bestaat in de verwachtingen, aspiraties, behoeften en competenties tussen 20- en 40-jarigen, zo ook is dit in toenemende mate het geval tussen deze van 60- en 80-jarigen. Vanuit deze redenering is het niet meer dan logisch dan dat we een meer open en gedifferentieerde kijk ontwikkelen op de toenemende groep ouder wordende personen in onze samenleving.

In ons ouderenbeleid vertrekken we dan ook vanuit de uniciteit, de competenties en de kracht van de ouder wordende mens in zijn sociale context. Deze visie herwaardeert en herintegreert ouderen in de maatschappij. Het geeft de ouderdom opnieuw een eigen en betekenisvolle plaats in het geheel van het menselijk bestaan (individueel ouder worden), alsook in de samenleving (collectief ouder worden). Op die manier kunnen we de enorme rijkdom aan kennis, capaciteiten, levenservaring en wijsheid (kortom de bagage) waarover ouderen beschikken, ontginnen en opnieuw ter beschikking stellen van de samenleving.

De uitdaging voor het nieuwe ouderenbeleid ligt dan ook in het waarderen en versterken van de positie van oudere personen (zowel individueel, als in groep) in onze samenleving. Het gaat om een beleid dat erop toeziet dat ouderen als volwaardige burgers deel (blijven) participeren in een samenleving van alle leeftijden. Uitgangspunt hier is dat 'alle' leeftijdscategorieën gelijkwaardig zijn en dat geen enkele leeftijdsgroep door de samenleving wordt gediscrimineerd of begunstigd. Elke levensfase heeft haar eigen talenten en kwaliteiten. Het is bijzonder eenzijdig en discriminerend één ervan tot allesoverheersende standaard te verheffen, waaraan alle anderen ondergeschikt worden.

We pleiten dus voor een actieve ouderdom, maar dat betekent niet dat we politiek-maatschappelijk geen oog zouden hebben voor de kwetsbare ouderen. Ouderen hebben recht op zorg. Vandaar dat ook deze zorg toegankelijk dient te zijn voor alle betrokkenen. De basiszorg waar elke oudere, ongeacht zijn woonplaats, een beroep op kan doen, dient te worden gedefinieerd en gekoppeld aan een minimaal maatschappelijk aanvaardbaar kwaliteitsniveau. Aangepaste en/of nieuwe beleidsinstrumenten, die kwalitatieve, betaalbare en menswaardige zorg garanderen voor iedereen, zullen worden ontwikkeld en ingevoerd. Het ouderenzorgbeleid, waarin de zorgvraag van de oudere persoon het uitgangspunt is, zal verder worden ontwikkeld. Ook hier zal gezocht worden naar nieuwe begrippen, beelden, modellen, concepten en scenario's. Het scenario van de oudere en zorgbehoevende persoon die op het einde van zijn leven noodgewongen, om de nodige zorg te kunnen ontvangen, 3 tot 5 maal verhuist (thuis - serviceflat, serviceflat - rust- en verzorgingstehuis, rust- en verzorgingstehuis - ziekenhuis en/of palliatieve eenheid) past niet langer in een behoeftengestuurd ouderenzorgbeleid.

3.4.1. Preventie

De maatschappelijke aandacht en dus de beleidsvoering met betrekking tot de oudere personen in onze samenleving situeert zich op meerdere beleidsdomeinen zoals welzijnzorg, gezondheidszorg, huisvesting, cultuur, veiligheid, mobiliteit, tewerkstelling, inkomen en gelijke kansen. Een ouderenbeleid is dus per definitie een inclusief, zeker ook als het om preventie gaat. Om een doeltreffend ouderenbeleid te voeren is het een noodzakelijk voorwaarde dat de minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen als *coördinerende minister* kan optreden voor de Vlaamse regering in haar geheel.

Beleidsacties om het preventiebeleid voor ouderen te realiseren:

- acties binnen *Welzijnszorg en Cultuur* die het sociaal netwerk van de oudere personen ondersteunen of verstrekken, die de vervreemding, de afzondering en vereenzaming van ouderen voorkomen of wegnemen. De ouderenorganisaties en de lokale dienstencentra zullen hiervoor worden aangesproken. Zij kunnen immers door hun specifieke opdrachten en activiteiten aanbod de inter- en intragenerationele relaties ondersteunen en versterken en de positieve beeldvorming met betrekking tot ouder worden en ouderen bevorderen
Via informatie- en sensibiliseringscampagnes zullen vrijwilligers worden aangetrokken om zich in te schakelen in het ouderenbeleid. Ten slotte ondersteunen we de hulp- en dienstverlening binnen de directe én eigen woon- en leefomgeving (community care) van de oudere persoon
- acties binnen *Gezondheidszorg* die de gehele bevolking stimuleren en sensibiliseren om gezond ouder te worden en die haar informeren over gezonde leef-, woon-, werk- en eetgewoonten
- acties binnen *Huisvesting* die oudere personen sensibiliseren en informeren over de wijze waarop zij hun woning kunnen aanpassen aan hun specifieke woon- en/of zorgbehoeften. Voorts ook acties die de bevolking in het algemeen, en architecten in het bijzonder, sensibiliseren en informeren over de voordelen van het 'aanpasbaar' wonen
- acties op het vlak van de *Veiligheid*, zoals acties die oudere personen informeren en sensibiliseren over de wijze waarop zij zich weerbaarder kunnen opstellen tegenover agressie op straat, hoe zij hun eigen woning en hun onmiddellijke omgeving veilig kunnen inrichten ter voorkoming van ongevallen en hoe zij hun woning kunnen beveiligen tegen diefstal
- acties op het vlak van *Mobiliteit* die het mogelijk maken dat oudere personen zich te voet, per trein, tram, bus of met de wagen gemakkelijk kunnen verplaatsen, ook wanneer zij ten gevolge van hun leeftijd wat minder mobiel worden of zijn
- acties op het vlak van leeftijdsdiscriminatie. Een meldpunt leeftijdsdiscriminatie wordt opgericht.

3.4.2. Hefbomen voor een toekomstgericht Welzijns- Gezondheid- en Gelijkekansen beleid voor ouderen

3.4.2.1. Van een aanbod naar een behoeftengestuurd ouderenbeleid

Tot op heden was het ouderenbeleid in Vlaanderen vooral een voorzieningenbeleid. Het ouderendecreet van 5 maart 1985 omschrijft de regels met betrekking tot de programmatie, de voorafgaande vergunning en de erkenning van de rusthuizen, de serviceflats en de woningen met dienstverlening. De woon-, leef-, en zorgbehoeften van ouderen zijn echter veranderd. Dus mag ook het decreet worden geactualiseerd.

Ouderen worden ook steeds mondiger. Ze zijn beter opgeleid en geïnformeerd. Zij verzetten zich steeds feller tegen betutteling en maken steeds meer duidelijk wat zij willen en vooral ook niet willen. De negatieve beeldvorming ten aanzien van het ouder worden en de ouderdom wordt dagelijks ontkracht door positieve voorbeelden onder het motto 'Emma is negenentachtig en duikt nog prachtig': twee op drie 80-plussers zijn volledig zelfredzaam, ouderen helpen op vrijwillige basis kansarme gezinnen, liever dan een namiddag bloemschikken doen ouderen in de dienstencentra aan aquagym, aerobics, discodans of Tai Chi en reizen zien ze ook nog goed zitten. Kortom, de volgende jaren zal men echt niet naast de kracht en de competentie, eigen aan de ouderdom, kunnen kijken. Ouderen zijn immers ook producenten van mantelzorg, kinderopvang, vrijwilligerswerk in bibliotheken, in sportclubs of in palliatieve zorg en zeker ook van kunst en literatuur.

Ouderen wensen dan ook niet langer als object van zorg of dienstverlening te worden beschouwd. Zo wensen zij steeds meer als partner in de zorg het zorgtraject te beïnvloeden en verantwoordelijkheid te dragen in het proces van zorgvraag tot zorgrealisatie. Ouderen ervaren dat tot op heden de voorzieningen hun zorgvragen te veel beantwoorden vanuit het perspectief van het voorzieningsaanbod. Daar willen we van af. Het aanbodgestuurde hulpverleningsmodel wordt dan ook geleidelijk vervangen door een meer behoeftengestuurd model. Hiertoe worden de nodige beleidsinstrumenten ontwikkeld.

Het behoeftengestuurd ouderenbeleid organiseert de volgende beleidsacties:

- decentralisatie van het ouderenbeleid, zodat het aanbod nog beter kan worden afgestemd op de zorgvraag. We denken aan een afbakening van welzijns- en gezondheidsregio's waarbinnen de zorgaanbieders de zorgvragen op een transparante en objectieve wijze opsporen en in overleg en samenspraak het zorgaanbod hierop afstemmen
- invoering van zorgstrategische plannen, waarin de regiovisie geëxpliciteerd wordt. Deze zullen belangrijk zijn bij de behandeling van vergunnings- en/of erkenningsaanvragen
- acties die de ontwikkeling van regionale ouderenbeleidsplannen ondersteunen (oudereneffectenrapport)
- acties die de werking van gemeentelijke of provinciale ouderenadviesraden ondersteunen
- acties die de rechten van de gebruikers(ouderen) beschermen
- de realisatie van de zorgverzekering waar de gebruikers autonoom kunnen beslissen welke zorg zij wensen in te kopen

- de ontwikkeling en realisatie van een geïntegreerd, objectief en onafhankelijk zorgindiceringsmodel dat uitgaat van de zorgvraag van de oudere persoon en zijn omgeving
- de realisatie van een nieuw decreet op het geïntegreerd Vlaams ouderenbeleid. Dit decreet wordt in overleg en in samenspraak met alle betrokken actoren, en dus met de ouderen zelf, ontwikkeld en procesmatig ondersteund.
- de aanmoediging en ondersteuning van initiatieven die nieuwe woon- en zorgvormen ontwikkelen
- de oprichting van een meldpunt leeftijdsdiscriminatie

3.4.2.2. Een toegankelijke samenleving, toegankelijke voorzieningen

Toegankelijkheid is voor ouderen vaak een probleem. Vaak hebben ze ten gevolge hun leeftijd geen toegang tot een bepaald zorgverleningsaanbod, financiële tussenkomsten, producten of diensten. Wat voor andere broze doelgroepen uit onze samenleving vaak vanzelfsprekend is, is het daarom niet voor ouderen. Misschien is dat een gevolg van bepaalde hardnekkige vooroordelen: ouderen zijn rijk, ouderen hebben dit niet meer nodig, ouderen nemen minder deel aan het maatschappelijke leven, ouderen leren niet meer, ouderen hebben geringere woonbehoeften, ouderen zijn seksloze wezens. Ook de multimedia zien hen niet meteen als gebruikers.

Beleidsmatig zullen we ook hier op diverse terreinen binnen welzijn, gezondheid, huisvesting, cultuur, tewerkstelling, mobiliteit en gelijke kansen acties ondernemen om uitsluiting te voorkomen en om de toegankelijkheid te verbeteren.

De geplande beleidsacties zijn:

- het vastleggen van wat er in een minimal basispakket aan hulp- en dienstverlening voor ouderen hoort te zitten, ongeacht de leeftijd en de oorsprong van hun verminderde zelfzorg. Dit basispakket beantwoordt zowel lichamelijke, als psychische, sociale, materiële en levensbeschouwelijke hulpvragen van de oudere persoon. De realisatie van dit basispakket wordt beleidsmatig ondersteund, bv. via een groeiscenario
- de realisatie van een toegankelijkheidsbureau in elke provincie, waarop ook ouderen een beroep kunnen doen
- het aanmoedigen en ondersteunen van initiatieven in het kader van het levenslang leren
- het aanmoedigen en ondersteunen van initiatieven die de toegang van ouderen tot de multimedia stimuleren en sensibiliseren
- scherp toezien op de regionale spreiding en beschikbaarheid van diverse woon- en zorgvoorzieningen voor oudere personen. Beleidsinstrumenten hiertoe zijn de programmatie en de procedure met betrekking tot de toewijzing van investeringssubsidies
- acties die de betaalbaarheid van de diverse woon- en zorgvoorzieningen vrijwaren. Beleidsinstrumenten hiertoe zijn de concrete werkings- en investeringssubsidies voor de voorzieningen, de zorgverzekering en het toezicht op de gebruikersbijdragen. Er zullen met de betrokken beleidsniveaus (federale overheid, provincies, gemeenten, OCMW's) afspraken worden gemaakt over de cofinanciering van de diverse woon- en zorgvoorzieningen voor ouderen

- realisatie van één loket voor informatie over de diverse hulp- en dienstverleningsvormen
- de ondersteuning van initiatieven voor specifieke doelgroepen van ouderen, waarvoor het globaal zorgaanbod ontoereikend is, zoals voor dementerende ouderen, kansarme ouderen, stervende ouderen, allochtone ouderen en dakloze ouderen.

3.4.2.3. Omgaan met de vermarkting van het aanbod, of, de rol van de overheid in het welzijns- en gezondheidsaanbod

De vraag van ouderen naar hulp- en dienstverlening zal naar alle verwachtingen in de toekomst fors toenemen. Niet omdat ouder worden gelijk staat met zorgbevoevendheid, maar wel omdat door het stijgende welvaartspeil en de betere medische kennis mensen langer leven. Wetenschappers stellen vast dat de Westerse burger per jaar gemiddeld een seizoen ouder wordt. Vroeger stierven mensen vooral als ze jong waren, ten gevolge van kinderziektes, nu sterft men als men oud is. Men stelt vast dat het aantal hoogbejaarden in Vlaanderen de volgende 10 jaar zal toenemen met ongeveer 20 % (van 105.050 85-plussers in 2000 naar 126.760 in 2010). In 2020 zal Vlaanderen 167.340 85-plussers tellen (een toename van 60 % tegenover 2000).

Het is een illusie te denken dat de toenemende vraag naar hulp- en dienstverlening enkel zou kunnen worden gedekt door het reguliere en gesubsidieerde zorgaanbod. Naast het primaire zorgnetwerk (gezin, familie, vrienden en burens) doen oudere personen op dit ogenblik reeds in een aanzienlijke mate beroep op het particuliere niet-gesubsidieerde en niet-erkende zorgcircuit. Soms noodgewongen omdat er een tekort bestaat binnen het reguliere zorgaanbod, soms vrijwillig omdat men beschikt over de nodige middelen om de meestal duurdere, want niet-gesubsidieerde, zorg in te kopen.

Uitgangspunt bij de zorg voor ouderen is en blijft het solidariteitsprincipe met oog voor de persoonlijke verantwoordelijkheid. Dit solidariteitsprincipe veronderstelt dat er eensgezindheid bestaat over een 'basiszorgpakket' en dat de beschikbaarheid en de financiële toegankelijkheid van dit aanbod wordt gevrijwaard via programmatie, erkenning en subsidiëring door de overheid.

Het gesubsidieerde zorgcircuit mag enkel bestuurd worden door initiatiefnemers die geen winstoogmerk nastreven. De toegewezen subsidies dienen aantoonbaar doeltreffend te worden aangewend.

Welzijns- en gezondheidszorg is een schaars goed. De vermarkting van schaarse goederen kan leiden tot dualisering. Bij de vermarkting van het 'basispakket ouderenzorg' loopt men het risico de toegankelijkheid van de zorg sterk te bemoeilijken, zo niet onmogelijk te maken, met name voor die ouderen die kwetsbaar zijn: langdurige en/of intensief zorgbehoevende en/of kansarme ouderen. Onderzoek geeft aan dat er in België 7.7 % armen zijn. Het aantal ouderen dat in armoede leeft wordt geraamd op 12,5 %. De overheid dient er prioritair op toe te zien dat voornamelijk deze broze ouderen kunnen blijven rekenen op de nodige hulp- en dienstverlening zodat de kwaliteit van hun leven wordt gevrijwaard.

Ouderen die hulp- en dienstverlening wensen bovenop het door de overheid gevrijwaard basispakket kunnen dit op de vrije markt aankopen. Het spreekt voor zich dat de kwaliteit van dit aanbod gevrijwaard wordt, net zoals dit het geval dient te zijn voor het erkende en gesubsidieerde voorzieningen. Gebruikersvriendelijkheid, flexibiliteit en doeltreffendheid bepalen in een belangrijke mate de kwaliteitsperceptie van de gebruikers. De overheid kan hiertoe, in samenspraak met alle actoren, de nodige garanties bepalen en vragen.

Geplande beleidsacties die dit solidariteitsprincipe ondersteunen zijn (sommige vallen samen met de acties inzake toegankelijkheid):

- het vastleggen van wat er in een minimal basispakket aan hulp- en dienstverlening voor ouderen hoort te zitten, ongeacht de leeftijd en de oorsprong van hun verminderde zelfzorg. Dit basispakket beantwoordt zowel lichamelijke, als psychische, sociale, materiële en levensbeschouwelijke hulpvragen van de oudere persoon. De realisatie van dit basispakket wordt beleidsmatig ondersteund, bv. via een groeiscenario
- scherp toezien op de regionale spreiding en beschikbaarheid van diverse woon- en zorgvoorzieningen voor oudere personen. Beleidsinstrumenten hiertoe zijn de programmering en de procedure met betrekking tot de investeringssubsidies
- acties die de betaalbaarheid van de diverse woon- en zorgvoorzieningen vrijwaren. Beleidsinstrumenten hiertoe zijn de concrete werkings- en investeringssubsidies voor de voorzieningen, de zorgverzekering en het toezicht op de gebruikersbijdragen. Met de federale overheid zal worden gepraat over de uitbreiding van de financiering van de zorgkosten in residentiële woonvormen (RVT-forfaits en financiering van de palliatieve functie in de RVT's). Er zullen met de betrokken beleidsniveaus (federale overheid, provincies, gemeenten, OCMW's) afspraken worden gemaakt over de cofinanciering van de diverse woon- en zorgvoorzieningen voor ouderen
- implementatie van de kwaliteitsdecreten

3.4.2.4. Mantelzorgers en vrijwilligers, naast én samen met professionele zorgverleners: onmisbare partners in de zorg

Bij de zorg aan oudere personen staat het primaire zorgnetwerknog altijd voorop. Het primaire zorgnetwerk staat voor het gezin, de familie, de burens of de gemeenschap waarin de oudere persoon leeft, het sociaal weefsel rondom de oudere persoon. Kortom, hét netwerk bij uitstek waar mensen in eerste instantie zorg dragen voor elkaar. De zorg die men in dit type van netwerk organiseert en realiseert, is een zorg tussen mensen die elkaar kennen en vertrouwen. Het is dan ook bijzonder belangrijk dat de overheid dit primaire zorgnetwerk beleidsmatig stimuleert en ondersteunt. Ze moet er als het ware over waken dat het zorgzaam karakter van de menselijke relaties niet overbodig wordt gemaakt, of dermate in de verdrukking komt, dat mensen geen zorg meer kunnen/willen dragen of zich niet meer solidair of verantwoordelijk kunnen opstellen.

Vrijwilligerszorg wordt omschreven als de hulp- en dienstverlening die zich onderscheidt van en/of complementair is met mantelzorg en/of professionele welzijns- of gezondheidszorg en die geboden wordt door personen die, niet verplicht

en onbezoldigd en in een georganiseerd verband, hun activiteiten voeren. Vrijwilligerszorg is een uiting van gezonde basissolidariteit tussen de mensen. Vrijwilligers treden op als ondersteuning van de mantelzorg en de professionele zorg en voegen er een meerwaarde aan toe. Hun specifieke inbreng maakt in vele opzichten dat welzijns- en gezondheidszorg een reële en haalbare mogelijkheid / keuze is voor de zorgbehoevende en zijn omgeving.

Reeds eerder gaf men binnen het Vlaams Welzijnsbeleid aan, via het decreet op het vrijwilligerswerk, deze vorm van hulpverlening en belangeloze inzet te willen ondersteunen. Het aantal vrijwilligers dreigt immers af te nemen.

Vrijwilligerswerk wordt, net als mantelzorg, hoe langer hoe meer een bewuste keuze in plaats van een evidente tijdsbesteding. Toch blijft vrijwilligerszorg erg belangrijk. Een samenleving die niet kan rekenen op de inzet van vrijwilligers is immers ondenkbaar, onleefbaar en onbetaalbaar.

Het is belangrijk dat de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen de vrijwilligerzorg door en voor ouderen stimuleert, organiseert of samenwerkingsverbanden aangaat met organisaties die hetzelfde doel hebben.

Ouderen wenden ook buiten de welzijns- en gezondheidszorg hun kennis en ervaringen aan in diverse vormen van vrijwilligerswerk. Maatschappelijk ligt hier een zeer betekenisvol potentieel verborgen, dat nog onvoldoende geëxploreerd werd. De reeds in een belangrijke mate aanwezige belangeloze en geëngageerde inzet van ouderen in de samenleving dient maatschappelijk meer aantoonbaar gemaakt en gewaardeerd te worden. De toenemende zichtbaarheid van deze inzet zal ontegensprekelijk bijdragen tot de verhoogde maatschappelijke waardering van de ouderdom in het algemeen en de ondersteuning van de individuele zingeving van de ouder wordende persoon in het bijzonder.

Geplande beleidsacties zijn:

- de actualisering van het decreet vrijwilligerswerk
- de aanmoediging en de ondersteuning van initiatieven die de mantelzorg, vrijwilligerszorg en het vrijwilligerswerk stimuleren en ondersteunen
- de ontwikkeling van een juridisch-fiscaal statuut voor de vrijwilliger en de mantelzorger, in overleg met de federale overheid
- diverse maatregelen die de combinatie gezin-zorg-werk mogelijk maken zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling van het zorgkrediet.

3.4.2.5. Ouderenzorg op maat: de minst beperkende hulp- en dienstverlening

Ouderenzorg op maat is veel meer dan instaan voor een gevarieerd zorgaanbod. Zorg op maat wordt omschreven als die zorg die naar aard, tijdstip, duur, intensiteit en prijs is aangepast aan de noden en de mogelijkheden van de oudere persoon en de mantelzorgers, en die verleend wordt door de meest aangewezen zorgaanbieder.

Zorg op maat veronderstelt flexibiliteit. Concreet betekent dat in dit geval dat de welzijns- en gezondheidszorg veronderstelt dat de welzijns- en gezondheidszorgvoorzieningen soepel kunnen inspelen op de wisselende en evoluerende zorgvragen en -situaties van de oudere gebruiker(s) en hun mantelzorger(s). Flexibiliteit staat dus ten dienste van een vraaggerichte zorgverlening.

In de praktijk zijn er weinig problemen rond flexibiliteit. De ervaring leert dat heel wat zorgaanbieders, al dan niet in overleg met de verantwoordelijken van een voorziening, hun zorgaanbod vrij ongedwongen en spontaan moduleren in functie van de veranderende zorgvragen van de zorgbehoevende persoon.

Op het macro- en mesoniveau ligt zorg op maat iets moeilijker. Beleidsmatig aansturen op een vraaggestuurd in plaats van op een aanbodgestuurd zorgsysteem, vraagt een andere kijk op, en organisatie van, de hulp- en dienstverlening. Zo zal het huidige gesegmenteerde en aanbodgestuurde zorgsysteem dienen omgebogen te worden naar een meer geïntegreerd en vraaggestuurd systeem.

Geplande beleidsacties op dit terrein zijn:

- de ontwikkeling van beleidsinstrumenten die de hulpverlening kunnen bevorderen vanuit een sterkere positie van de gebruiker. Zo zal een geïntegreerd, objectief en onafhankelijk zorgindiceringsmodel dat uitgaat van de zorgvraag van de oudere persoon en zijn omgeving, worden ontwikkeld
- de ontwikkeling van een effectieve anamnesemethode (m.b.t. de voorgeschiedenis van een zorgvraag) om de werkelijke behoeften van de oudere in kaart te brengen
- de ontwikkeling en realisatie van programmaties afgestemd op de zorgvragen
- de ontwikkeling en realisatie van gebruiksvriendelijke registratiesystemen
- de ondersteuning van diverse initiatieven die de schotten tussen de diverse hulp- en dienstverleningsvormen opruimen (regiovisie, netwerken en samenwerkingsverbanden)
- acties die de rechten van de gebruikers(ouderen) beschermen
- wetenschappelijk onderzoek naar de doeltreffendheid van diverse hulpverleningsconcepten voor ouderenzorg

Deel 4: De gezondheid

De gezondheidszorg is in dit federale land een bij uitstek gedeelde bevoegdheid. Dat maakt het voor ons, als Vlaamse overheid, moeilijk om het thema van de gezondheid te integreren in alle delen van deze symfonie. Daarom hebben we besloten om gezondheid als een tot op heden 'onvoltooid' deel in deze Vlaamse symfonie te laten weerklinken.

4.1. Preventieve gezondheidszorg

De Vlaamse gemeenschap is bevoegd voor de preventieve gezondheidszorg. De middelen die we in onze samenleving uittrekken voor preventieve zorg zijn verwaarloosbaar in vergelijking met de 500 miljard die we investeren in de curatieve zorg.

Toch klinken de preventieve zorgvragen steeds luider door. De belangrijkste doodsoorzaken vandaag hebben immers veel, en steeds meer, te maken met onze manier van leven.

4.1.1. Een gezonde levensstijl en het maken van gezonde keuzes

De overheid heeft als opdracht de bevolking te informeren en het maken van gezonde keuzes te stimuleren. Gezond eten, niet roken, beperkt gebruik van genotsmiddelen.

Het gedrag van mensen beïnvloeden is niet eenvoudig in een tijd waar burgers mondig zijn en eigenzinnig reageren op overheidsboodschappen.

Grote campagnes tegen het roken of acties om minder vet te eten bv. slaan niet meer aan bij jongeren.

Jongeren roken opnieuw meer, zo blijkt uit recente studies. Ook de kloof tussen dik en dun was nooit groter dan vandaag. Sommige vrouwen roken en lijnen tot in het absurde om de ideale 'reclame-maten' te halen. Anderen gooien alle remmen los en leveren zich over aan de hamburgercultuur.

Sommige mannen forceren hun spieren bij bodybuilding, terwijl de conditie van de gemiddelde man er steeds meer op achteruit gaat.

Een beleid dat de juiste gezonde keuzes wil bevorderen zoekt naar nieuwe methodes. We stappen af van de louter kwantitatieve benadering van het ideale gewicht en werken programma's uit die jongeren, mannen en vrouwen leren omgaan met hun eigen lijf. De Vlaamse overheid laat daarvoor methodes uitwerken door het *Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)*.

De ervaring leert bovendien dat algemene campagnes over gezond leven in het niets verdwijnen bij de commerciële reclamecampagnes en dus nog weinig gedragsveranderend effect hebben. Bovendien bereiken dergelijke campagnes zelden de armsten in onze samenleving terwijl die, zo blijkt uit studies gemiddeld vier jaar minder oud worden.

In dat verband willen we het *Lokale Gezondheidsoverleg (LOGO)*, de lokale steunpunten voor preventieve gezondheid, verder uitbouwen.

Zij zijn immers lokaal ingebed en kunnen dus informatiecampagnes voeren op maat van de lokale bevolking. Het VIG levert hiervoor de basispakketten. De gezondheidsdoelstellingen zullen in dezelfde geest worden geëvalueerd en opnieuw geformuleerd zodat ook een meer procesmatige evaluatie van de LOGO's mogelijk wordt.

4.1.2. Gezondheid en milieu

De nieuwe beschavingsziekten zijn niet alleen het gevolg van fout gedrag van het individu.

De bevolking maakt zich terecht zorgen over de potentiële invloed van omgevingsfactoren op de eigen gezondheid en die van hun kinderen. De preventieve inspanningen op dit vlak worden opgedreven, onder meer vanuit een inclusieve benadering.

Daarnaast zal de overheid vragen van ongeruste burgers beantwoorden. Tevens zal ze vermoedens van een toename van bepaalde ziekten op een gestructureerde, transparante en wetenschappelijk verantwoorde wijze aanpakken. Daarbij wordt resoluut gekozen voor een publieksvriendelijke risicocommunicatie: een open dialoog over de resultaten en de risico's.

Een netwerk van medische milieukundigen in Vlaanderen

Als antwoord op deze maatschappelijke vragen rond gezondheid en milieu zal de Vlaamse overheid een operationeel medisch milieukundig netwerk tot stand brengen. Via dit netwerk krijgt de noodzakelijke multidisciplinaire en inclusieve aanpak van het beleid het meest kans op slagen.

Het wordt een netwerk met een getrapte, gedecentraliseerde structuur. Dus met een zo laag mogelijke drempel voor burgers en maatschappelijke actoren als huisartsen, gemeenten en milieuverenigingen. Een dergelijk systeem vergemakkelijkt ook een goede risicocommunicatie met, en participatie van, de bevolking en straalt tevens voldoende deskundigheid uit.

De LOGO's zullen worden versterkt met deskundigen zodat ze in dit systeem de eerste lijn kunnen vormen, dicht bij de burger. Ze zullen zorgen voor platformontwikkeling en overlegstructuren en optreden als een intermediaire instantie met en tussen belangengroeperingen, burgers, de curatieve sector en de lokale overheden. De LOGO's krijgen een vangnetfunctie waarbij ze instaan voor een eerste klachten- en vragenbehandeling. Ze worden ook actief betrokken bij de risicocommunicatie op het terrein van gezondheid en milieu. Klachten op medisch milieukundig terrein in de regio signaleren ze aan de tweede lijn.

Als tweede lijn wordt een medisch milieukundig expertisecentrum gecreëerd binnen het Team Gezondheidsinspectie van de Vlaamse overheid. Dit centrum en zijn subregionale cellen zullen een spilfunctie vervullen in Vlaanderen. Ze werken functioneel nauw samen met de diensten van AMINAL (*Administratie Milieu-, Natuur-, Land- en Waterbeheer*). Perifeer gebeurt dit vooral met de operationele

diensten van de milieu-inspectie, centraal met de milieubeleidsvoorbereidende entiteiten van AMINAL.

Het *Team Gezondheidsinspectie* wordt versterkt met deskundigen en middelen om zijn beleidsuitvoerende en -voorbereidende taken inzake binnenhuis- en buitenhuisproblematiek waar te maken.

Op het terrein ondersteunt het Team Gezondheidsinspectie de eerste lijn (LOGO'S) met adviezen en analyses rond meer complexe problemen, bij risicocommunicatie en bij interventie- en preventieprogramma's.

Preventief behoudt het Team Gezondheidsinspectie zijn adviesfunctie naar de lagere overheden aangaande *VLAREM (Vlaams Reglement inzake Milieuvergunningen)*.

Het expertisecentrum binnen het Team Gezondheidsinspectie is samen met andere actoren betrokken bij het opzetten en uitvoeren van medische milieukundige onderzoeksprojecten en het signaleert medische milieukundige probleemsituaties en landelijke ontwikkelingen.

Tot slot komt er ook een derde lijn die zorgt voor een goede wetenschappelijke onderbouw. De activiteiten van de derde lijn worden gestuurd vanuit de Vlaamse overheidsdiensten die een beroep doen op een wetenschappelijk instituut dat technisch en moreel onafhankelijk werkt. De derde lijn dient vooral inzicht te verschaffen in de toestand van de gezondheid van de Vlaamse bevolking in relatie tot het milieu, in de processen waardoor het milieu de gezondheid beïnvloedt, in de verwachte ontwikkelingen op korte en middellange termijn in de gezondheids- en milieutoestand. Dat gebeurt onder meer op basis van monitoring en continue observatie en bestudering van causale mechanismen. De derde lijn dient tevens databanken/gegevens toegankelijk te maken voor het medische milieukundige expertisecentrum en ze dient ook methodologische en technische ondersteuning te bieden bij het opzetten en uitvoeren van medische milieukundige onderzoeksprojecten.

Wij denken hierbij aan de volgende elementen :

- periodiek meten van de blootstelling van mensen aan specifieke stoffen. Indicatoren zoals concentraties in bloed of urine geven een 'indruk' van de blootstelling via verschillende routes over een bepaalde tijdsperiode. Dit periodiek meten is van belang voor de evaluatie van het beleid. Concreet wordt gedacht aan het periodiek meten van organochloorverbindingen in moedermelk en van zware metalen in bloed en urine
- wat het epidemiologisch luik betreft, opteren we voor een algemene monitoring van milieugerelateerde aandoeningen bij de bevolking via een koppeling van de bestaande bestanden aan milieugegevens. Deze bestanden worden verfijnd en gestandaardiseerd en we gaan eigenaars van bestanden die niet toegankelijk zijn, benaderen om ze toegankelijk te maken. Opvallende trends of regionale verschillen bij milieugerelateerde aandoeningen kunnen fungeren als een soort 'knipperlichten'. Oorzaak-gevolg relaties kunnen we op deze manier niet opsporen
- in specifieke situaties kunnen we overgaan tot literatuurstudies of gerichte onderzoeken (met stappenplannen)
- periodiek een hinder-enquête voeren is belangrijk om het subjectief aanvoelen van de bevolking te meten en daarover te kunnen communiceren. Hinder-

enquêtes en onderzoeken naar het ongenoegen in zones met veel hinder, of bij acute hinder, kunnen, gekoppeld aan een planmatige communicatieaanpak, veel negatieve gevoelens verminderen en geven de bevolking de kans zich te uiten, alternatieven uiteen te zetten, maatregelen voor te stellen

- aan de federale regering zal worden gevraagd de voedselkorf te onderzoeken op de aanwezigheid van gezondheidsbedreigende stoffen
- we willen ook dat er werk wordt gemaakt van technology and risk assessment bij technologische ontwikkelingen en dat gezondheidseffecten beter aan bod komen in milieueffectenrapporten (MER-onderzoeken).

4.1.3. Jeugdgezondheidszorg

De preventieve jeugdgezondheidszorg blijft een belangrijke peiler in het preventieve gezondheidsbeleid. *Kind en Gezin* en de *Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB)* vormen de basis van dit beleid. Deze basisopdracht kan echter niet los worden gezien van de opdracht van andere eerstelijnsverleners zoals huisartsen m.b.t. jongeren. Overleg en taakafspraken zullen worden aangemoedigd.

We willen dat de dienstverlening van *Kind en Gezin* en van de CLB's kwalitatief blijft verbeteren. De registratie van gegevens is hierbij een belangrijke opdracht, niet alleen voor de toetsing van de eigen werking, maar ook ter ondersteuning van het gezondheidsbeleid ('meten om te weten').

Naast andere intermediaire instanties hebben scholen, bijgestaan door de CLB's, een belangrijke opdracht inzake de gezondheidspromotie bij jongeren. Het *Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie* zal inspanningen doen om, in samenspraak met de *Vlaamse Onderwijsraad*, de kwaliteit van de methodes en het materiaal voor de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding verder te verbeteren.

Het gezondheidsbeleid zal de CLB's blijven sturen aangaande hun decretale opdracht inzake preventieve gezondheidszorg. Hiertoe zullen een aantal opdrachten worden omschreven. De praktische uitvoering hiervan zal gebeuren in overleg met het departement *Onderwijs* en zijn inspectiediensten. Een specifieke wetenschappelijke ondersteuning van de centra op vlak van de multidisciplinaire werking, maar ook voor hun opdrachten inzake preventieve gezondheidszorg blijft noodzakelijk.

Bij het opstellen van de beleidsplannen of -contracten zullen de centra en de scholen rekening houden met de behoeften van de jongeren. Een bevraging van de jongeren kan een element zijn van behoeftenbepaling.

Tevens is het nodig het jeugdgezondheidsbeleid via de CLB's af te stemmen op het globale Vlaamse beleid, op de acties van de Logo's en op de initiatieven van de andere centra. Hiervoor is het wenselijk per centrum een coördinator jeugdgezondheidsbeleid aan te duiden.

Om het decreet op de centra voor leerlingenbegeleiding volledig te kunnen realiseren zullen de nodige uitvoeringsbesluiten aan de regering worden voorgelegd. Dit gebeurt samen met de minister van Onderwijs.

4.1.4. Bedrijfsgezondheidszorg

De bedrijfsgezondheidszorg, die in theorie iedere Vlaamse werknemer bereikt, heeft een belangrijke plaats in het Vlaamse preventielandschap. Denken we bijvoorbeeld aan de preventie van arbeidsgebonden kankers en chronische aandoeningen, de campagnes rond drug- en alcoholgebruik op het werk, de psychische aspecten van de arbeid.

Tevens is er onmiskenbaar een relatie tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de zorg om milieu en gezondheid buiten het bedrijf.

Alhoewel preventie een duidelijke gemeenschapsbevoegdheid is, ziet de federale overheid de uitvoering van de bedrijfsgezondheidszorg als een onderdeel van het sociaal recht. Vandaar dat het toezicht op de bedrijfsgeneeskundige praktijk wordt uitgeoefend door het federale ministerie van *Arbeid en Tewerkstelling*. Vlaanderen staat alleen in voor de erkenning van de medische afdelingen van de preventiediensten, de werking ervan wordt door de federale overheid gevolgd. Deze dubbelzinnige situatie is niet bevorderlijk voor de uitvoering van de bedrijfsgezondheidszorg op het terrein. We onderzoeken of een Vlaams decreet op de bedrijfsgezondheidszorg wettelijk kan. Hierdoor zou het hele toezicht op de bedrijfsgezondheidszorg ondergebracht worden bij één overheidsdienst en bij één minister van de Vlaamse Gemeenschap.

In elk geval dient er een oplossing gevonden te worden voor de onduidelijke situatie die nu bestaat m.b.t. de jongeren die een onderwijsopleiding volgen waarbij een stage of tewerkstelling hoort. De federale wetgeving inzake de bescherming van de jongeren op het werk en de onderwijsreglementering (o.a. financiering, taak centra voor leerlingenbegeleiding) zijn momenteel onvoldoende op elkaar afgestemd.

4.1.5. Infectieziekten

Vaccinaties

Naast het leveren van drinkbaar water en het hygiënisch afvoeren van afvalwaters, is vaccinatie waarschijnlijk dé preventieve maatregel die de meeste impact heeft op de volksgezondheid. Vaccinatie is bovendien vaak ook kostenbesparend. Zoals voorgesteld door de *Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)* maken we van een goed vaccinatiebeleid ook een Vlaamse gezondheidsdoelstelling. De nodige vaccinatiegraden van 95% zijn zeker voor een aantal aandoeningen nog niet bereikt. Het is essentieel dat de Vlaamse overheid inspanningen doet om de laatste, moeilijkste, percenten te halen. Aandachtspunten hierbij zijn:

- gratis verspreiden van de entstof
 - kiezen voor de best aanvaardbare producten (minimale bijwerkingen, gecombineerde vaccins)
 - afwegen van de kostprijs
 - een goede sturing van het vaccinatiebeleid, met participatie van alle veldactoren.
- Bij de uitvoering van een efficiënt vaccinatiebeleid ligt een grote

verantwoordelijkheid bij de gestructureerde preventiediensten, de LOGO's en de individuele artsen.

- een goede registratie en uitwisseling van gegevens
- op basis van vastgestelde tekorten doelgroepgerichte acties ondernemen. Dit gebeurt best op het lokale niveau. Het lokaal gezondheidsoverleg kan hier alle plaatselijke actoren bijeenbrengen om samen de dekkingsgraad te verhogen
- door een goed vaccinatiebeleid komen heel wat infectieziekten nog weinig voor. Hierdoor bestaat het gevaar dat de bevolking en sommige hulpverleners het risico onderschatten van een minder strikt gevolgd vaccinatiebeleid. De nood aan vaccinatiecampagnes neemt hierdoor toe
- een vaccinatiebeleid is, zeker in ons gezondheidssysteem, niet zo eenvoudig te coördineren. Operationele en wetenschappelijke elementen zijn hierbij belangrijk. Zo speelt het toenemend belang van de (uniforme) communicatie met de bevolking een rol evenals de snelle wetenschappelijke evolutie en de ontwikkeling van nieuwe (gecombineerde) vaccins.

Om het Vlaams beleid inzake vaccinaties te sturen is er nood aan een structuur waarin alle belangrijke actoren participeren. De wetenschappelijke inbreng kan best gebeuren vanuit de federale Hoge Gezondheidsraad waar Vlaamse, Brusselse en Waalse wetenschappelijke deskundigheid op het vlak van vaccinaties gebundeld wordt.

Tuberculose

Tuberculose blijft een belangrijke overdraagbare infectieziekte, ook in Westerse landen. Het toegenomen intercontinentaal verkeer, het stijgend aantal asielzoekers en de kansarmoede bij een bepaald deel van de bevolking spelen hierbij een rol.

Een blijvende preventie en waakzaamheid, gestuurd vanuit een centrale structuur blijft noodzakelijk omwille van volgende redenen: de tuberculose-incidentie daalt in onze streken waardoor de deskundigheid bij de gemiddelde zorgverstrekker daalt, de aanpak van de problematiek van multiresistente kiemen vergt een specifieke deskundigheid, tuberculose komt vaak voor in groepen van onze samenleving die minder een beroep doen op de 'reguliere' gezondheidszorg, de internationale context dient van nabij gevolgd te worden.

De *Vlaamse Vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosbestrijding (VRGT)* bezit hiertoe momenteel de nodige deskundigheid.

De pijlers van een doelmatige tuberculosebewaking zijn:

- vroegtijdig opsporen, behandelen en opvolgen van tuberculosepatiënten
- onderzoek van alle contactpersonen in de omgeving van een besmette persoon
- actieve screening van risicogroepen, bepaald op basis van Vlaamse, nationale en Europese registratiegegevens

Om van een doeltreffende tuberculosebewaking te kunnen spreken dienen al deze onderdelen op een gecoördineerde wijze ingevuld te worden. Taakafspraken tussen de verschillende actoren zijn hierbij essentieel. We denken daarbij vooral aan de Vlaamse Gezondheidsinspectie, VRGT, OCMW's, wijkgezondheidscentra, thuisverpleging, straathoekwerkers, longartsen en huisartsen. Taakafspraken zijn

ook noodzakelijk tussen de diverse bevoegde overheden: de Gemeenschappen, het Brussels Gewest en de federale overheid. Denken we maar aan het risico op tuberculose bij asielzoekers.

Naast een centrale deskundigheid blijft er nood aan voldoende mankracht op lokaal niveau voor de begeleiding van tuberculosepatiënten (het opvolgen van de therapietrouw: Directly Observed Therapy), voor de laagdrempelige consulten en de mobiele röntgeneenheid en voor de opsporing van risicogroepen.

Seksueel overdraagbare aandoeningen, aids

De Vlaamse overheid wenst een duidelijk en gecoördineerd soa- en aidsbeleid dat beter wordt gecoördineerd. Dat betekent dat zij de verschillende groepen en organisaties die actief zijn op het terrein wil samenbrengen om een kwaliteitsvol beleid uit te voeren. De convenant met Ipac, Soa en Aids vzw zal in dit licht worden bekeken.

Deze eenheid in verscheidenheid is niet eenvoudig maar biedt de beste garanties voor de toekomst. Het samengaan van informatie en preventie, hulp en ondersteuning, van vrijwilligers en professionelen, van management en ' dicht bij de hulpvrager staan ' houdt veel verrijkende kansen in.

Er zal onderzocht worden in hoeverre de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen dient te kaderen in een ruimer beleid rond 'seksuele gezondheid' en hoe dit best gerealiseerd wordt.

De gezondheidsinspectie

Een goed uitgebouwde en een efficiënte gezondheidsinspectie is een essentiële component voor een adequate preventie van infectieziekten. Hiervoor worden volgende taken verder uitgebouwd:

- verdeling gratis entstoffen aan de bevolking via de artsen
- informatieverstrekking over vaccinaties aan de artsen
- bron - en contactopsporing in het kader van de verplichte aangifte van infectieziekten door artsen en laboratoria (bv. hersenvliesontsteking door meningokokken, voedselinfecties)
- informatieverstrekking (o.a. richtlijnen inzake profylaxe) en feedback aan het artsenkorps

De Vlaamse gezondheidsinspectie heeft in elke provincie een equipe onder leiding van een arts-inspecteur. De huidige permanentie zal worden versterkt, voor het geval zich belangrijke maatschappelijk relevante infecties voordoen. De bestaande interventiestrategieën worden geëvalueerd en permanent bijgewerkt, conform de nieuwste wetenschappelijke inzichten.

4.1.6. Kankerscreening

Borstkankerscreening

Vlaamse en internationale studies tonen aan dat een georganiseerde borstkankerscreening duidelijk gezondheidswinst kan opleveren bij de vrouwelijke bevolking. Vandaar dat dit ook een van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen is. De Vlaamse overheid zal een screeningprogramma ondersteunen met het doel zo veel mogelijk vrouwen tussen 50 en 69 jaar om de twee jaar te screenen op borstkanker, door middel van een kwaliteitsvolle screeningsmammografie. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:

- een hoge participatie verkrijgen, ook van vrouwen die momenteel weinig gebruik maken van het reguliere gezondheidsszorgsysteem
- geen screening van vrouwen die minder dan twee jaar geleden een mammografie kregen
- geen screening van vrouwen die behandeld worden/werden voor borstkanker
- éénzelfde beleid voor heel Vlaanderen, doch met een gedecentraliseerde uitvoering, zo dicht mogelijk bij de doelgroep
- het belang van de te screenen vrouwen staat centraal
- uitvoering vanuit een tweesporenbeleid: via de reguliere contacten die de doelgroep heeft met huisarts en/of gynaecoloog en via een georganiseerd oproepsysteem
- call-recall systeem: bij het uitnodigen van de doelgroep voor een volgend screeningonderzoek na twee jaar wordt rekening gehouden met de datum en het resultaat van het vorige onderzoek
- goede kwaliteit van het screeningonderzoek. Hiervoor zal men zich baseren op de Europese richtlijnen
- een screeningmammografie onderscheidt zich duidelijk van een 'diagnostische' mammografie.
- een goede registratie.

De realisatie van dit programma wordt voorbereid door een functionele werkgroep waarin alle actoren betrokken zijn.

De *LOGO's (Lokaal gezondheidsoverleg)* zullen een overeenkomst afsluiten met een *regionaal screeningcentrum (RSC)* en het programma op lokaal niveau coördineren. Deze centra hebben onder meer tot taak de kwaliteit te ondersteunen (o.a. de zogenaamde tweede lezingen van de mammografiën te organiseren, de registratie uit te voeren, het call-recall systeem te ondersteunen en de betrokkenen te informeren (o.a. feedback naar de artsen, vrouwen inlichten). Hiervoor worden de RSC-centra gesubsidieerd door de Vlaamse overheid.

De radiologische eenheden zullen zorgen voor een voldoende toegankelijkheid (eventueel kunnen (semi)mobiele eenheden ingeschakeld worden) en kwaliteitsbewaking (Europese richtlijnen).

Er is overleg opgestart met de federale minister van *Sociale Zaken* om een regeling uit te werken voor de financiering van de röntgenopnames. Een uitbreiding van het screeningprogramma naar de totale bevolking is niet haalbaar zolang hiervoor geen oplossing is gevonden. Momenteel is in de RIZIV-nomenclatuur geen prestatie

‘screeningmammografie’ voorzien en is een mammografie enkel terugbetaalbaar na een voorschrift van een arts.

Baarmoederhalskankerscreening

De richtlijnen uit de *‘European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening’*, die aansluiten op het programma van *‘Europe against Cancer’*, bepalen dat vrouwen van 25 tot 64 jaar oud om de drie jaar een uitstrijkje laten nemen. De Europese richtlijnen willen bereiken dat de bevolking zoveel mogelijk participeert in de georganiseerde screening en dat de kwaliteit van afname, interpretatie en follow-up van de screentest zoveel mogelijk wordt bewaakt.

Momenteel verloopt het screenen nog te weinig volgens deze normen, die ook voor Vlaanderen ontwikkeld werden. Uit studies blijkt dat in Vlaanderen een deel van de doelgroep overscreend wordt, terwijl een ander deel niet of onvoldoende bereikt wordt.

Een functionele werkgroep waarin alle actoren betrokken zijn, bereidt een efficiënte aanpak voor van de screening naar baarmoederhalskanker. Dit zal leiden tot een algemeen aanvaard en éénduidig screeningbeleid.

4.1.7. Genotsmiddelengebruik

De Vlaamse overheid wil de preventie van middelenmisbruik op een geïntegreerde wijze aanpakken. Coördinatie is evenwel essentieel, al is het maar om eenduidige boodschappen en onderlinge afstemming mogelijk te maken.

Hiertoe is een convenant afgesloten met de *Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD)*. Het werkterrein omvat alle problemen rond het gebruik van legale en illegale middelen, evenals rond de gokproblematiek.

Enkele opdrachten van de VAD zijn: vorming geven aan intermediairen, projecten beoordelen en informatie verschaffen. Deze doelstellingen maken dat projecten op een zinvolle en doelmatige manier uitgevoerd worden en dat de intermediairen op een correcte wijze hun doelgroepen benaderen. Vooral de coherentie tussen het veld van de hulpverlening en dat van de preventie blijven hierbij belangrijk.

Er zal onderzocht worden op welke wijze de preventie van het misbruik dat wordt gemaakt van geneesmiddelen nog beter kan worden ondersteund.

Preventie van gebruik van tabak valt niet onder de convenant met de VAD. Deze problematiek wordt benaderd vanuit het *Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)*.

4.1.8. Decreet betreffende de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen

Een decreet is noodzakelijk om de voorzieningen die actief zijn op het vlak van gezondheidspromotie en ziektepreventie een goede juridische basis te verschaffen. Het beschrijft ook de globale visie op een geïntegreerd beleid ter zake.

Voor het ontwerp van decreet zijn (niet limitatief en in willekeurige volgorde) de volgende aandachtspunten belangrijk:

- het principe om te werken met gezondheidsdoelstellingen
- de keuze voor het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie als de belangrijkste opdrachthouder
- de ontwikkeling van een continuüm van gezondheidspromotie tot ziektepreventie
- een gestructureerde, wetenschappelijke ondersteuning van de preventie, vertrekkend van de expertise die nu reeds bestaat in diverse sectoren
- de continue bewaking van de relatie milieu en gezondheid als onderdeel van het preventiebeleid
- de organisatie, juridische onderbouw en financiering van het lokaal gezondheidsoverleg
- de positie van de eerstelijnsgezondheidszorg in het algemeen en van de huisartsgeneeskunde in het bijzonder
- de rol van *Kind en Gezin*, Centra voor leerlingenbegeleiding, de Bedrijfsgezondheidszorg en de *Vlaamse Vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosbestrijding (VRGT)* in het preventief gezondheidsbeleid, hun onderlinge samenwerking en de samenwerking met andere eerstelijnsverleners
- de methodes die worden gebruikt in screeningprogramma's en de rol van de verschillende betrokken actoren
- de plaats van de predictieve gezondheidszorg in het ontwerpdecreet
- maatregelen om de toegankelijkheid van de preventieve gezondheidszorg op alle terreinen te verbeteren, specifiek gericht op kansarmen en gehandicapten.

4.2. Gezondheidszorg op maat

4.2.1. De eerstelijnszorg

De eerstelijnsgezondheidszorg is de basis van de gezondheidszorg. We willen ze dan ook versterken zodat iedereen die zich daar aanmeldt er professioneel wordt opgevangen, ongeacht het probleem. Op die manier krijgt de patiënt echt de centrale positie die haar toekomt.

Hierbij is een louter monodisciplinair zorgbeleid achterhaald. De overheid wil de complementariteit van de vele actoren beter benutten. Hiervoor zal ze overleg, taakafspraken, gegevensuitwisseling en netwerkvorming stimuleren. Dit zal leiden tot een betere samenwerking en het zal de efficiëntie van de zorg verhogen. Tal van personen en diensten hebben een belangrijke rol in de eerstelijnsgezondheidszorg. Op gevaar af onvolledig te zijn denken we, in alfabetische volgorde, aan: apothekers, bedrijfsgezondheidszorg, centra voor leerlingenbegeleiding, diëtisten, ergotherapeuten, huisartsen, *Kind en Gezin* (huisbezoeken van verpleegkundigen,

consultatiebureau's), kinesitherapeuten, kraamzorg (vroedvrouwen), logopedisten, maatschappelijk werkers, psychologen, (ortho)pedagogen, tandartsen, verpleegkundigen en wijkgezondheidscentra.

De eerste lijn biedt kwaliteit als de eerstelijnswerker elke zorgvrager kan vooruit helpen met zijn probleem. De eerstelijnswerker zal dus vooral geschikte informatie geven, begeleiden, behandelen of doorverwijzen. Doorverwijzen gebeurt zo naadloos mogelijk, met een minimum aan tussenstappen. Tegelijk zal de eerstelijnswerker, na toestemming van de betrokkene, met andere betrokken zorgverleners overleggen of hen inlichten.

De Logo's zijn een belangrijk instrument om de verschillende eerstelijnswerkers bij elkaar te brengen. Dit lokaal gezondheidsoverleg zal worden gestimuleerd om zich verder te ontwikkelen.

De positie van de huisarts dient te worden versterkt. Het is immers noodzakelijk dat de huisarts, naast de behandeling van patiënten, ook preventieve zorg aanbiedt en zorg op maat garandeert via netwerkvorming op de eerste lijn. In het huidige financieringssysteem per prestatie wordt de huisarts onvoldoende gewaardeerd voor deze onontbeerlijke inzet.

Het geïdealiseerde beeld van de huisarts die de hele familie kent en zijn patiënt van de wieg tot het graf begeleidt wordt meer en meer vervangen door een veeleer functionele patiënt-artsrelatie. De patiënt is kritisch en laat zich niet zomaar een behandeling aanpraten. Is zij niet tevreden dan stapt zij gewoon naar een andere arts.

Als we de positie van de huisarts willen herwaarderen en tegelijkertijd iets willen doen aan de tanende patiëntentrouw moeten we kiezen voor het medische dossier. Gezien het belang van dit dossier voor het voeren van een Vlaams gezondheidsbeleid zal hierover overleg worden georganiseerd met de federale overheid en met de andere gemeenschappen in dit land.

4.2.2 Thuisgezondheidszorg

De beleidsopties met betrekking tot de thuisgezondheidszorg worden op een geïntegreerde wijze besproken onder de rubriek 'Thuiszorg' (Zie deel 2: De eerste lijn).

4.2.3 Palliatieve zorg

De palliatieve netwerken waarbij de verschillende partners per regio worden samengebracht en die samenvallen met de federaal ondersteunde samenwerkingsverbanden, worden blijvend ondersteund.

Om zorg, op maat van de patiënt, te kunnen aanbieden zijn verschillende zorgsystemen nodig, waaronder de thuiszorgequipes, de palliatieve zorg in RVT's, de dagcentra, de residentiële eenheden, de palliatieve teams in ziekenhuizen en de forfaitaire tegemoetkoming voor terminale patiënten. De drempel voor die zorg is zo

klein mogelijk. Er zal onderzocht worden hoe de toegankelijkheid kan verbeterd worden. Een betere financiering zal zich wellicht opdringen.

4.2.4. Zorg voor dementerenden

Er is heel wat deskundigheid opgebouwd met betrekking tot dementie. Deze wordt toegankelijk gemaakt voor iedereen, ongeacht de omstandigheden (bv. stadium, ernst, verblijfplaats, woonomgeving) waarin de betrokkene zich bevindt. Het is niet de bedoeling nieuwe zorgverlening te creëren maar wel de zorg voor de dementerende en zijn omgeving deskundig te ondersteunen, te begeleiden en te coördineren. De Vlaamse gemeenschap financiert expertisecentra verspreid over Vlaanderen.

4.2.5. Residentiële gezondheidszorg, de ziekenhuizen

Zorg op maat vraagt een andere invulling in Vlaanderen dan in Brussel en Wallonië. Zelf sturen wordt voor Vlaanderen meer en meer een noodzaak. Daarbij is wel permanent overleg nodig met de federale overheid, bv. om gebiedsoverschrijdende problemen of moeilijkheden met de federale wetgeving op te lossen.

De federale overheid is bevoegd voor de financiering, programmatie en erkenningsnormen van ziekenhuizen in Vlaanderen. De federale wetgeving geeft de ziekenhuizen echter mogelijkheden die niet in overeenstemming zijn met de geest van de regelgeving, bijvoorbeeld associaties op lange afstand, fusies op vier campussen met op alle campussen bijna elke dienst. De Vlaamse overheid wil het oneigenlijke gebruik van lacunes in de federale wetgeving tegengaan door gebruik te maken van haar erkennings- en subsidiëringsbevoegdheid.

Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om inzake erkenningen in beroep te gaan bij de federale beroepscommissie (administratief) tegen de beslissingen van de Vlaamse minister. Dit ontkracht de Vlaamse beslissing. Er wordt gezocht naar een manier om deze beroepsmogelijkheid in de toekomst te vermijden. Het aantal diensten dat kan worden erkend is vaak beperkt. Om te vermijden dat de programmatie geblokkeerd wordt door ziekenhuizen die de erkenning in "portefeuille" houden, zal een termijn worden opgelegd waarbinnen de erkende dienst operationeel dient te zijn.

Ziekenhuizen hebben een openbaar of een particulier statuut. De samenwerking tussen beide is al fel vereenvoudigd, maar er zijn nog steeds gevallen waarbij twee ziekenhuizen vlak bij elkaar liggen, maar niets samen organiseren. Een eenheidsstatuut zal het, ongeacht de eigenaar, gemakkelijker maken te komen tot gestructureerde samenwerking, bijvoorbeeld via een associatie of een fusie.

4.2.6 De Geestelijke Gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg is er om het psychisch evenwicht van patiënten te herstellen of om psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving draaglijk te maken. Via een verantwoord zorgaanbod kunnen patiënten de competenties verwerven of ontwikkelen die ze nodig hebben voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

Patiënten hebben recht op de juiste zorg. Een inclusieve werking van de voorzieningen m.b.t. de geestelijke gezondheidszorg is daartoe onontbeerlijk. De samenwerking tussen de extra- en intramurale sector zal aanleiding geven tot het ontstaan van netwerken en zorgcircuits waardoor patiënten, onafhankelijk van hun toegang tot de psychiatrische sector, 'over de muren heen' zullen kunnen gevolgd en behandeld worden. Samenwerkingsovereenkomsten maken een vlotte overgang tussen de verschillende zorgtypes (centra voor geestelijke gezondheidszorg, beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen) mogelijk. Nieuwe begrippen zoals psychiatrische thuiszorg doen ook hun intrede.

Verder dient een optimalisatie van de verwijzingen en de verdere opvolging te worden nagestreefd, zodat een continue en naadloze zorg wordt aangeboden. Naast de bovengenoemde partners denken we (in alfabetische volgorde en niet limitatief) ook aan: centra voor algemeen welzijnswerk, centra voor leerlingenbegeleiding en scholen, drughulpverlening, huisartsen, *Kind en Gezin* (kinderopvang, consultatiebureau-artsen, regioverpleegkundigen, vertrouwenscentra), comités voor bijzondere jeugdzorg.

De centra voor geestelijke gezondheidszorg zijn tweedelijnsvoorzieningen. Zij werken bij voorkeur na verwijzing en besteden speciale aandacht aan kinderen.

De bestaande convenanten : daderhulp, middelengebruik, preventie zelfmoord en kindermishandeling worden binnenkort geïntegreerd in de werking van de centra.

Aandachtspunten bij de verdere uitbouw zijn onder meer:

- het uitwerken van een correcte enveloppefinanciering waarbij bijsturing mogelijk is volgens de noden van de gebruikers
- de patiëntenbijdrage
- extra aandacht voor de toegankelijkheid voor kansarmen, hoewel ze niet systematisch ondervertegenwoordigd zijn
- registratie
- toezicht en visitatie
- het voorkomen van te lange wachtlijsten
- het wegwerken van drempels bij dringende kinderpsychiatrische problemen.

Onderzoek wijst uit dat een toenemend deel van de bevolking ooit geconfronteerd wordt met depressie. Depressie kan in een aantal gevallen uitmonden in zelfmoord. Gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en op de expertise uit de sector zal worden nagegaan hoe dit kan worden voorkomen.

De vele psychosociale problemen bij kinderen, met inbegrip van gedragsproblemen en kindermishandeling, blijven een breed verspreid gezondheidsprobleem in Vlaanderen.

Naast andere eerstelijnswerkers hebben *Kind en Gezin* en de *centra voor leerlingenbegeleiding (CLB)* een opdracht bij de vroegtijdige opsporing van risico's of problemen ter zake. Hierbij hebben de CLB's ook een remediërende taak, in samenwerking met andere diensten, in een aanwijsbaar netwerk. In samenwerking met het departement *Onderwijs* zal de performantie van de CLB's in deze problematiek worden geëvalueerd en geoptimaliseerd.

4.3. Toegankelijkheid van de gezondheidszorg

Een toegankelijke zorgverlening maakt integraal deel uit van de kwaliteitszorg. Zo is, voor de ziekenhuizen, de tevredenheid van de patiënt over de kwaliteit van verschillende deelaspecten van de opvang, nu reeds een kwaliteitsindicator.

Waar ongelijke toegang voorkomt zullen extra inspanningen gedaan worden om dit te verhelpen, ongeacht of het te maken heeft met de voorziening zelf of samengaat met sociaal-economische of fysieke factoren.

Van elke eerstelijnszorgverstrekker wordt verwacht dat zij de hulpvrager wegwijs kan maken in het hulpverleningslandschap.

Op lokaal niveau wordt deze functie versterkt door een infoloket (als onderdeel van het *Sociaal Huis*) dat op een onafhankelijke manier, oriënterend werkt voor iedereen met vragen rond gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

Er zal onderzocht worden op welke wijze de functie van interculturele medewerkers en van ervaringsdeskundigen optimaal kan ingezet worden om de zorg aan specifieke doelgroepen te verbeteren, maar ook om het welslagen van preventiecampagnes in die groepen te ondersteunen. Er zullen hierbij specifieke methodes worden gebruikt, zonder daarom een parallelle dienstverlening te gaan oprichten die veeleer stigmatiserend kan overkomen.

Inzake de geestelijke gezondheidszorg voeren de centra geestelijke gezondheidszorg een voorrangsbepaalde ten aanzien van achtergestelde groepen. Dit zal vertaald worden in een toename van het aandeel van de sociaal en financieel zwakkere patiënten binnen hun patiëntenpopulatie.

Kind en Gezin heeft in haar aanbod blijvend aandacht voor een specifieke werking gericht op kansarmen.

Bij de centra voor leerlingenbegeleiding is een voorrangsbepaalde ingeschreven in de reglementering.

4.4. Van diagnose naar dialoog, een behoeftengestuurd beleid

Om de actieve participatie van de patiënt te bevorderen wil de Vlaamse overheid, naast het ondersteunen van de patiëntenrechten, maatregelen nemen op volgende terreinen:

De overheid wil de zorggebruiker een stem geven bij de formele advisering en evaluatie op het vlak van het gezondheidsbeleid en hem betrekken bij de conceptopbouw. Hiertoe zal een 'forum' van patiëntenverenigingen ondersteund worden als aanspreekpunt voor de overheid en zal een vertegenwoordiging van patiëntenverenigingen worden opgenomen in de Vlaamse Gezondheidsraad.

Tevens zal nagegaan worden hoe de patiënt op lokaal en regionaal vlak zichtbaarder aanwezig kan zijn bij het gezondheidsoverleg en bij de organisatie van de zorg. Mogelijkheden zijn: een decentrale inspraak bij de besluitvorming rond planning en organisatie van het lokale gezondheidsbeleid en het betrekken van patiëntenverenigingen bij de werking van de LOGO's.

Op het niveau van de voorziening zal het meten van de tevredenheid van patiënten als kwaliteitsthema bijdragen tot een verhoogde aandacht voor de participatie van patiënten. Wanneer de inspectie zal omgebouwd zijn tot een geïntegreerd visitatiemodel, wordt het mogelijk om elementen uit het visitatieverslag aan de gebruikers voor te leggen. Dit zal ongetwijfeld een positieve dynamiek teweegbrengen.

4.5. Ethisch verantwoorde keuzes in de zorg

Ongetwijfeld zullen in de toekomst, meer dan vroeger, maatschappelijke keuzes worden gemaakt met betrekking tot de gezondheidszorg. De Vlaamse overheid wil de maatschappij de kans geven zich hierop voor te bereiden.

Daartoe zal ze de communicatie en dialoog met en tussen dragers van maatschappelijke waarden aanmoedigen.

Op die manier wil de overheid anticiperen op de maatschappelijke gevolgen van genetische en biotechnologische evoluties. Ze wil ook een referentiekader ontwikkelen om de beschikbare middelen in de gezondheidszorg op een ethisch verantwoorde wijze te benutten.

Speciale aandacht kan gaan naar de problematiek met betrekking tot de genetische informatie en de predictieve gezondheidszorg.

4.6. De juiste beleidsinstrumenten ter ondersteuning van een kwalitatief beleid

4.6.1. Verzamelen van relevante beleidsinformatie: 'Meten om te weten'

Het Vlaams gezondheidsbeleid steunt, conform het regeerakkoord, op wetenschappelijk onderbouwde beleidsinformatie. De overheid wil een efficiënt gezondheidsbeleid met aandacht voor preventie, kwaliteitsbewaking, evaluatie en bijsturing, monitoring, verhelpen van ongelijkheden en van milieugerelateerde gezondheidsproblemen. Hiertoe dient op systematische wijze informatie verzameld en verwerkt te worden.

Deze beleidsinformatie is dé kritische succesfactor om beleidsbeslissingen te verantwoorden en verantwoording af te leggen over de aanwending van middelen door de overheid en over de performantie van diverse actoren op het werkveld. Kortom, om een beleid te voeren dat inspeelt op de behoeften van de gebruiker en niet op die van de zorgaanbieder.

Het kader voor deze beleidsinformatie bestaat uit de doelstellingen "Gezondheid voor allen" van de *Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)*, de Vlaamse Gezondheidsdoelstellingen, het Vlaamse regeerakkoord en de wetenschappelijke literatuur.

Monitoring

Monitoring dient een dubbel doel. Het leidt tot een betere curatieve of preventieve inspanning en het genereert beleids- en beheersinformatie.

Bij de verdere uitbouw van het *Informatiesysteem voor Gezondheid (ISG)* zijn de aandachtspunten voor de volgende jaren onder meer:

- de integratie van bestaande registers met inbegrip van de definiëring van welke gegevens op welke manier verzameld en doorgegeven worden
- het verder uitdiepen van de keten mortaliteit-morbiditeit/invaliditeit-risico en van de optimale preventie
- de terugkoppeling van de gegevens naar de actoren op het veld
- het verzamelen en ter beschikking stellen van vaccinatiegegevens ten behoeve van de gevaccineerden, de artsen en het beleid
- het bijsturen van de kankerregisters, onder meer op basis van de aanbevelingen van de *IARC (International Agency on Research on Cancer)*
- het ontwikkelen van indicatoren, die aanduiding geven over de gezondheidstoestand van de Vlaamse jeugd en de geestelijke gezondheid van de Vlaamse bevolking
- het verwerken van de gegevens om de verwezenlijking van de gezondheidsdoelstellingen op te volgen
- het verwerken van de gegevens om prioritaire gezondheidsproblemen te identificeren waardoor gezondheidsdoelstellingen kunnen worden bijgestuurd of opnieuw geformuleerd.

Opvolgingssysteem

De performantie van het zorgaanbod wordt geobjectiveerd en meetbaar gemaakt. Voorzieningen krijgen een spiegel voorgehouden waardoor zij zich kunnen positioneren ten overstaan van andere voorzieningen. Op het niveau van de instelling zal een proces op gang worden gebracht dat gericht is op permanente verbetering.

Op basis van een geïnfomatiseerde gegevensuitwisseling tussen de voorzieningen en de overheid verwerft de *Administratie Gezondheid* informatie die vlot toegankelijk is, up-to-date en uniform. Voor de invoering van het visitatiemodel in de verzorgingsvoorzieningen is een dergelijk instrument onmisbaar.

4.6.2. Visitatie

De inspectie die de *Administratie Gezondheidszorg* bij de voorzieningen uitvoert, zal worden gemoderniseerd. De overheid zal haar controle op de aanwending van de gemeenschapsgelden in de gezondheidssector en op de kwaliteit van de geleverde zorg, zal op een proactieve en adviserende wijze uitoefenen. Zo begeleidt de overheid de voorzieningen in de richting van de beleidsprioriteiten van de Vlaamse Gemeenschap.

De kwaliteit van de doorlichting wordt verhoogd via moderne audittechnieken.

Simultaan aan de verdere ontwikkeling van de kwaliteitszorg zal het inspectieproces geleidelijk aan hervormd worden tot een geïntegreerd visitatiemodel. Een 'visitatie' is een periodieke globale audit van een voorziening binnen duidelijk gedefinieerde toepassingsgebieden en uitgevoerd door een multidisciplinair team waaraan ook ambtenaren van de federale overheid met hun eigen deskundigheid kunnen participeren.

Een visitatie door een team van deskundige auditoren zal, op basis van de verzamelde gegevens en in dialoog met de voorziening, permanent tot verbetering kunnen leiden.

Daarbij zal het mogelijk zijn in te zoomen op bepaalde probleemthema's of op beleidsprioriteiten die steunen op de bevolkingsmonitoring.

De resultaten van deze visitaties zijn bepalend voor de (verlenging van de) erkenning.

4.6.3. Zorgplanning

De overheid heeft als opdracht het aanbod van de zorg te sturen, teneinde dit aanbod af te stemmen op de huidige en toekomstige noden.

Dit zal gebeuren aan de hand van afgesproken indicatoren waarbij zowel de zorgverstrekkers als de zorgvragers worden bevraagd.

Deze kennis laat toe een zorgstructuurplanning uit te werken die een optimale spreiding van de voorzieningen waarborgt. Deze zorgstructuurplanning is de aangewezen leidraad voor de programmering zowel van curatieve en preventieve als van welzijnsvoorzieningen.

Bovendien wil de Vlaamse overheid de planning van het zorgaanbod tot een dynamisch gegeven omvormen, dat voortdurend wordt getoetst aan de wijzigende behoeften, de vooruitgang van de wetenschap en de financiële mogelijkheden.

Het bewaken van de keuzevrijheid van de gebruiker blijft hierbij essentieel.

Zorgstrategische plannen die de voorzieningen momenteel enkel opstellen naar aanleiding van een aanvraag voor bouwsubsidies, zullen worden omgevormd tot een planningsinstrument. Eén van de belangrijke meerwaarden van het zorgstrategisch plan is immers dat het de overheid in staat stelt om het zorgaanbod van verschillende voorzieningen in een regio, in globo op elkaar af te stemmen.

Indien er geen subsidie van de Vlaamse Gemeenschap gevraagd wordt, zal de inhoud van de zorgstrategisch plannen enigszins beperkter en eenvoudiger zijn dan wanneer er wel een beroep wordt gedaan op *VIPA-subsidies (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden)*. De volgende elementen zijn noodzakelijk:

- de huidige situatie van de voorziening m.b.t. zorgaanbod, infrastructuur, ligging en samenwerkingsverbanden
- de toekomstvisie
- een omgevingsanalyse
- de onderbouwing van de wenselijkheid en haalbaarheid van deze toekomstvisie, op basis van een omgevingsanalyse met een projectie van zorgbehoeften en zorgaanbod, een afstemming met andere zorgverstrekkers in de relevante invloedssfeer en een zelfevaluatie
- een beschrijving van het project, de doelgroep, de geplande capaciteit per onderdeel.

Dit vereist een gereguleerde zorgstructuurplanning. Het uiteindelijke doel bestaat erin de noden en het aanbod van alle zorgverstrekkers optimaal op elkaar af te stemmen.

Deel 5: De ‘Horizontale’

Het inclusief beleid steunt op twee belangrijke peilers: enerzijds sterke personen, gezinnen en lokale netwerken en anderzijds sterke doelgroepen in alle beleidsdomeinen. In dit vijfde en laatste deel van de welzijnssymfonie hebben we het over een inclusief doelgroepenbeleid.

Gelijke Kansen (GK) voor iedereen is een basiswaarde in onze democratie

Er is de voorbije decennia zeer belangrijk wetgevend werk verricht. Heel wat duidelijke tekenen van discriminatie zijn weggewerkt, veel rechten zijn gegarandeerd. En toch, niet iedereen is bij machte om deze rechten op te eisen. Drempels belemmeren de toegang tot die rechten. Groepen mensen kennen ze niet. Nieuwe maatschappelijke evoluties veroorzaken nieuwe discriminaties, bv. op het vlak van de leeftijd.

Het Gelijkekansenbeleid (GKB) wil de feitelijke ongelijkheden in de samenleving zichtbaar en bespreekbaar maken. En vooral wegwerken.

Bij gelijke kansen (GK) worden opbouwende oplossingen gezocht om gediscrimineerde groepen gelijkheid en gelijkwaardigheid te garanderen in de samenleving en om ze meer kansen te geven om geïntegreerd en autonoom te leven.

Het GKB wil voorkomen dat nieuwe ongelijkheid wordt gecreëerd en zal daarom impliciete en expliciete drempels aanpakken via onderzoek, het opsporen en installeren van meldpunten en het verzamelen en verwerken van (meet)gegevens over feitelijke ongelijkheid. Dit als belangrijke en ondersteunende stap in het wegwerken van ongelijkheid. Zo geven we een aanzet voor een GK-label .

Vormgeven aan GKB als een inclusief beleidsdomein (de waakhondfunctie of de verleidingsfunctie)

In de lijn van haar horizontale opdracht zet de minister van Gelijke Kansen haar collega's in de Vlaamse regering ertoe aan een GKB te voeren binnen hun beleidsbevoegdheden. Dit streven blijkt uit enkele specifieke onderdelen in dit beleidsplan.

In samenspraak met de collega-ministers en de interdepartementale commissie Gelijke Kansen zal de minister in 2000 een actieplan GK opstellen, waarin per beleidsdomein ten minste één structurele oplossing wordt gerealiseerd tegen het einde van de legislatuur. Ook hier zal bijzondere aandacht worden besteed aan gelijke kansen voor alle doelgroepen.

5.1 Gelijke kansen voor vrouwen voorop

5.1.1 Participatie in de besluitvorming

5.1.1.1. De paritaire democratie: utopie of tergend haalbaar?

‘Luister naar mijn woorden, maar kijk niet naar mijn daden’.

In 1998 werd de vijftigste verjaardag van het vrouwenstemrecht in België gevierd. Tijdens de voorbije vijftig jaar zijn de mensen anders gaan denken over de deelname van vrouwen aan het besluitvormingsproces. Weinig mensen vinden nog dat vrouwen niet thuishoren in de besluitvorming. En iedereen verkondigt dat de afwezigheid van vrouwen een democratische tekortkoming is. De feitelijke situatie vertelt een totaal ander verhaal.

Niet aanwezig zijn op het besluitvormingsniveau zorgt er enerzijds voor dat de noden en behoeften van een groot deel van de bevolking niet rechtstreeks worden meegenomen in de besluitvorming en anderzijds dat er een voortdurend correctiebeleid gevoerd wordt, met allerhande complexe effectenrapportage.

Daarom is er nood aan een paritaire samenstelling van advies-, beheers- en besluitvormingsorganen. En binnen die pariteit is diversiteit het terechte devies. Organen worden een afspiegeling van de diverse samenstelling van de bevolking.

5.1.1.2. Quotaregelingen

De paritaire democratie kan er komen via quotaregelingen. In een eerste fase wordt er gestreefd naar een 1/3-2/3-regeling maar de uiteindelijke doelstelling is de 1/2-1/2-samenstelling. Het is een enorme uitdaging om dit om te zetten in de praktijk. De minister van Gelijke Kansen zal de twee bestaande quotadecreten strikt uitvoeren. Een uitzondering zal de uitzondering zijn, met een tijdelijk karakter en een overtuigende motivatie.

5.1.1.3. Pluspunt

De minister zal de advies-, bestuurs- en besluitvormingsorganen bij hun streven naar pariteit niet aan hun lot overlaten maar hen met raad en vooral daad bijstaan. Dit doen we door de verdere uitbouw en diversifiëring van Pluspunt binnen de *cel Gelijke Kansen* in Vlaanderen. Pluspunt is een databank voor vrouwen met bestuurskwaliteiten en biedt deskundigheid aan bij de selectie van kandidaten. Door allerlei ondersteunende activiteiten en onderzoek zal Pluspunt blijven ijveren voor objectievere selectieprocedures, voor sensibilisering over het concept diversiteit in besturen (ook gericht op allochtonen en gehandicapten) en voor onderzoek over deze thema's.

5.1.1.4. Voorbeeldfunctie

In de loop van de komende legislatuur zal de minister alle organisaties die onder haar bevoegdheid vallen fel aansporen om hun raden van bestuur paritair en daarbinnen zo divers mogelijk samen te stellen. Ook aangaande de tewerkstelling in de voorzieningen dient er aandacht te zijn voor diversiteit in het personeelsbeleid en in het bestuur.

Het GKB ontwikkelt toetsingsinstrumenten m.b.t. gender en een inclusief personeelsbeleid.

Op het einde van deze legislatuur kan de samenstelling van de bestuursorganen en de teams een van de criteria zijn bij de subsidiëring.

5.1.1.5. EER en LEER

Zolang vrouwen onvoldoende betrokken zijn bij de besluitvorming blijft het een opdracht om de voorbereiding, ontwikkeling en effecten van het beleid te screenen op gendereffecten. Daarom zal de minister de EER (Emancipatie-effectenrapport) en de LEER (Lokaal Emancipatie-effectenrapport) verspreiden, promoten en toepassen.

Haar eigen beleidsplan, de diverse onderdelen en strategische doelen zullen op hun gendereffecten gescreend worden. In het kader van het inclusief beleid zullen ook genderscreeningen worden aangemoedigd in de andere beleidsdomeinen. Gelijke Kansen heeft een budget om genderscreeningen in andere beleidsdomeinen deskundig te ondersteunen.

5.1.1.6. Samen sterk

Belangrijke aandacht gaat naar de positie van vrouwen in de politieke besluitvorming. De minister van het Gelijkekansenbeleid zal zich inzetten om alle inspanningen op het terrein te ondersteunen ('empowerment' van de politieke/politiserende vrouwengroepen). Zij wil vrouwen zichtbaar maken en steunen in hun eisen tot volwaardige participatie in elk onderdeel van het politieke gebeuren.

Een eerste rondetafelconferentie gaat van start. Doel is de vrouweneis voor verkiesbare plaatsen en participatie in het lokale beleid te ondersteunen en er de motor van te zijn.

Deze rondetafel sluit aan bij de campagne voor meer vrouwen in de gemeentelijke besluitvorming, n.a.v. de lokale verkiezingen in oktober 2000, en voor een betere ondersteuning van vrouwelijke mandatarissen na de verkiezingen. Het instrument "gendertrainingen voor politici" dat voor gelijke kansen werd ontwikkeld door het BVVO zal via dit project mee geïmplementeerd worden.

5.1.2. De gelijkwaardige positie van vrouwen en mannen in de combinatie van arbeid en gezin bevorderen

De niet altijd evidente combinatie van buitenshuisarbeid (recht op arbeid) en zorgarbeid (recht om zorg te geven en zorg te krijgen) veroorzaakt bij heel wat mensen stress en spanning. Deze spanning is deels te wijten aan een gebrek aan flexibele oplossingen in het bedrijfsleven en in de maatschappij om dit probleem op te vangen. Er is in het verleden weinig aandacht besteed aan dit thema. Men ging er al te gemakkelijk vanuit dat dit tot de privésfeer behoorde en dat mensen dit dan ook maar zelf dienden op te lossen.

Heel wat onderzoek wijst uit dat het nog steeds vrouwen zijn die de eindverantwoordelijkheid van de zorgtaken op zich nemen en toebedeeld krijgen. Dat maakt hun positie op de arbeidsmarkt en bij de participatie in besluitvorming kwetsbaar en geeft hen een andere en ongelijke startpositie (vrouwen met de eindverantwoordelijkheid over kinderen en huishouden, en mannen die veel vrijer zijn omdat ze kunnen terugvallen op de zorg, de reproductiefunctie van hun gezin).

De herverdeling van de zorgtaken over alle gezinsleden is geen debat dat tot de privésfeer behoort. Het verdient maatschappelijke aandacht. Het is een debat over gelijke kansen. Mensen met zorgverantwoordelijkheid verdienen de ruimte en de steun om deze taken tot een goed einde te brengen.

De minister van Gelijke Kansen wil in eerste instantie de mannen (en de kinderen) op de zorgvloer uitnodigen. Samen werken, samen zorgen, samen spelen is een kwestie van gelijkheid en van rechtvaardigheid. De minister gaat het debat omtrent zorg uit de privésfeer halen en op de maatschappelijke agenda plaatsen.

Bij onderhandelingen met het maatschappelijke middenveld en de diverse sociale partners zal dit thema ook op de agenda worden geplaatst.

Daarbij is het erg belangrijk om hefboomen te creëren in samenspraak en overleg met alle betrokkenen.

De realisatie van een zorgkrediet

Is het echt onontbeerlijk dat ambtenaren in een leidinggevende functies voltijds werken? Wat zijn de mogelijkheden voor duobanen in dit verband? Dit kan worden onderzocht.

De minister wil bedrijven en organisaties die gezinsvriendelijker zijn. Via betere auditinstrumenten en nieuwe aanbevelingen kan daaraan worden gewerkt.

5.2. Gelijke kansen voor iedereen

5.2.1. Doorbreken van traditionele beeldvorming over diverse doelgroepen

Een GKB wil vooral de traditionele en stereotiepe beeldvorming over bepaalde groepen in de samenleving doorbreken. Vooroordelen vormen immers de grootste bedreiging voor emancipatie.

Zowel de overheid, de sociale partners, de politieke partijen en organisaties, de socio-culturele verenigingen, de onderwijs- en opleidingsinstellingen, de media als de hulpverleners en welzijnswerkers dragen een grote verantwoordelijkheid in het brengen van realistische en volledige beelden over vrouwen, mannen, holebi's, allochtonen en over de competenties van kinderen en ouderen, vrij van discriminerende vooroordelen over rollen en vaardigheden.

Bestaande vooroordelen dienen met alle middelen te worden ontkracht.

Erg belangrijk daarin is dat de diverse doelgroepen zelf vaardigheden en competenties kunnen ontwikkelen en valoriseren (via opleiding en tewerkstelling). In een democratische en rechtvaardige samenleving is het nodig dat het hoger en universitair onderwijs ook openstaan voor diverse groepen die nu in de kou blijven staan. Een fors groeiende in- en uitstroom van allochtone jongeren in het onderwijs is een noodzaak.

Expliciete en impliciete drempels en uitsluitingsmechanismen opsporen en aanpakken, zijn doelstellingen en cruciale hefboomen voor het GKB.

Allochtone kleuterleiders en hoogleraars, een allochtone arts, een vrouwelijke minister, een homoseksuele zangersgroep of voetballer, een lesbische hulpverleenster, een welzijnswerk/st/er met een handicap, een oudere als voorzit(s)ter van een bestuursraad, een kind in het adviesorgaan van de speelpleinwerking, zullen de beste ambassadeurs zijn van een positieve en juiste beeldvorming.

Het is belangrijk dat de overheid helpt om deuren te openen en drempels te verwijderen.

Campagnes en lokale educatieve projecten zullen daarin een grote rol spelen. Wat de communicatiemedia betreft is er samenwerking nodig met de bevoegde minister om te voorkomen dat het gelijkekansenbeleid wordt ondergraven door een negatieve beeldvorming.

5.2.2. Uitbouwen van een sterk middenveld als actor bij de beleidsvoering

Wie het Gelijkekansenbeleid structureel wil uitbouwen, dient een sterk middenveld van alle doelgroepen te creëren.

Dit middenveld heeft als opdracht een aanspreekpunt te zijn voor de doelgroep, een meldpunt voor discriminatie, een coördinator en doorverwijzer bij vragen en problemen. Dit middenveld heeft een signaalfunctie: het informeert, sensibiliseert en responsabiliseert de Vlaamse regering en haar diensten (beleidsaanbevelingen).

Het GKB kan hierbij steunen op organisaties zoals *ROSA (Rol en samenleving)*, *NVR (Nederlandstalige Vrouwenraad)*, *VOK (Vrouwenoverlegcomité)*, *GYNAIKA*, *FWH (Federatie Werkgroepen Homoseksualiteit)*, het *Toegankelijkheidsbureau Hasselt*, en de vzw *Integratieproject voor personen met een handicap regio Waasland (IPW)*. Een andere partner op het terrein is het *Intercultureel Centrum voor Migranten (ICCM)*.

Het is dus belangrijk dit middenveld zoveel mogelijk te ondersteunen, o.m. via subsidies.

Organisaties die subsidies willen, zullen voortaan resultaatsverbintenissen dienen aan te gaan, die specifiek aansluiten bij hun eigenheid en de doelgroepen die ze willen helpen. Zo zal er wat betreft de holebibeweging met het FWH worden gewerkt aan een strategisch plan om een volwaardig gesprekspartner te worden voor de overheid en om een aantal doelstellingen van de beweging te realiseren.

Voor een aantal andere doelgroepen - namelijk kinderen, ouderen, verstandelijk gehandicapten - zijn met de subsidies van 1999 al belangrijke voorzetten gegeven. In de loop van de komende maanden wordt ook met hen verder gekeken welke doelen er binnen de komende vijf jaar gerealiseerd kunnen worden en hoe het GKB vanuit haar horizontale en verticale bevoegdheid daarbij kan helpen.

Het GKB zoekt in elk geval nauw contact en een open communicatie met de doelgroepen.

Het middenveld zal via thematische workshops worden betrokken bij lopende onderzoeksprojecten rond het GKB. Dat verkleint de kloof tussen wetenschappers en burgers en het creëert openingen om onderzoek te doen dat relevant is voor het beleid. Het belangrijkste aspect is hier het op gang brengen van de dialoog tussen de onderzoekers, het middenveld en de beleidsactoren.

De minister voor Gelijke Kansen wil ook specifieke doelgroepen zoals mentaal gehandicapten, blinden en kinderen bij het beleid betrekken. Ze wil dat ook deze groepen weten wat haar beleidsintenties en -doelen zijn en vooral ook wil ze hun mening erover kennen. Daarom zal deze beleidsnota worden hertaald en uitgegeven in vormen die toegankelijk zijn voor iedereen.

5.2.3. Toegankelijkheid

Het *Vlaams Steunpunt Toegankelijkheid* binnen de cel '*Gelijke Kansen in Vlaanderen*' wordt verder ontwikkeld om ervoor te zorgen dat alle diensten binnen de Vlaamse Gemeenschap meehelpen om de samenleving toegankelijker te maken. Dit beleid streeft zowel naar een fysiek toegankelijke leefomgeving als naar een toegankelijk informatieaanbod.

Het Vlaams Steunpunt Toegankelijkheid doet dienst als draaischijf bij het verzamelen, inventariseren en ontsluiten van informatie over initiatieven van de Vlaamse overheid en van de intermediairen die in Vlaanderen op alle echelons werkzaam zijn.

Voor de uitbouw van dit Steunpunt wordt nauw samengewerkt met de intermediairen. Deze zullen worden ondersteund en geresponsabiliseerd voor de rollen die ze op alle niveaus spelen.

De minister voorziet een toegankelijkheidsbureau per provincie. Via haar verticale bevoegdheid en met behulp van projectsubsidies zal zij investeren in duurzame projecten.

5.2.4. Instrumenten voor een Vlaams gelijkekansenbeleid

De cel '*Gelijke Kansen*' wordt een volwaardige afdeling binnen het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

In de vorige legislatuur werd al gepoogd om de cel duidelijker te positioneren en te versterken. Nu komt het erop aan de onderdelen *Pluspunt* en *Vlaams Steunpunt Toegankelijkheid* uit te bouwen tot een volwaardige afdeling met voldoende personeel om het beleid te ondersteunen.

De interdepartementale commissie *Gelijke Kansen* wordt heropgestart en krijgt meer impact.

Er wordt een overleg georganiseerd om te komen tot een betere werking die een inclusief beleid bevordert.

5.3. Armoede niet meer van deze tijd !?

Ondanks alle welvaart, tewerkstellingsplannen, beleidsnota's en inspanningen telt Vlaanderen, volgens cijfers van het *Centrum voor Sociaal Beleid*, nog steeds 5,4% armen.

Onze beleidsdoelstellingen steunen o.m. op het *Algemeen Verslag over de Armoede*, de motie van het Vlaams Parlement van 19 februari 1998 en het samenwerkingsakkoord tussen de federale staat, de gemeenschappen en gewesten van 14 januari 1999. We vertrekken vanuit de drie grote beginselen uit het memorandum van de verenigingen waar armen het woord nemen (23/2/1999): de nood aan een globaal beleid, de nood aan een partnerschap met de armen en de waarborg voor de effectieve toegang van elke burger tot alle mensenrechten.

5.3.1. Globaal beleid

Een inclusieve benadering van armoedebestrijding vraagt een aanpak op alle beleidsdomeinen. In al haar beleidsmaatregelen zal de Vlaamse Regering prioriteit geven aan het voorkomen, verminderen en oplossen van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting voor alle burgers. Daartoe zal dit beleid tot stand komen in dialoog met alle betrokkenen, in het bijzonder de armen zelf, en getoetst worden op zijn effect voor de armsten. Een coördinerend minister armoedebestrijding volgt de inclusieve benadering binnen de Vlaamse regering op.

Om het beleid beter te evalueren en te vernieuwen steunt dit op een efficiënte dataverzameling op basis van indicatoren. Daarbij wordt een beroep gedaan op het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting, en op de Vlaamse instrumenten die ondertussen ontwikkeld werden, namelijk het Jaarboek rond armoede en sociale uitsluiting van Prof. J. Vranken, *VRIND (Vlaamse Regionale Indicatoren)*.

Uiteraard is er een gestructureerd overleg tussen de verschillende overheidsdiensten, het werkveld en de armen zelf nodig. De bestaande *Vlaamse intersectoriële commissie Armoedebestrijding (VICA)* kan hiervoor, via een bijgestuurde werking, een geschikt instrument zijn. Ze wordt binnenkort geëvalueerd op de volgende punten: taakomschrijving, ondersteuning van haar werkzaamheden, samenstelling, manier van werken en afstemming op de overlegorganen van het *Sociaal Impulsfonds* en het *Steunpunt* tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. De minister zal hiertoe op korte termijn het initiatief nemen.

Een effectieve armoedebestrijding is slechts mogelijk in samenhang met een Europees en een federaal beleid ter zake.

Binnen de interministeriële conferentie voor *Maatschappelijke integratie* zal het overleg met de federale regering worden voortgezet. De Vlaamse regering wil dat de uitbouw van de sociale dienstverlening van de OCMW's op de agenda van de eerstvolgende conferentie staat.

Het *Steunpunt tot bestrijding van Armoede, Bestaansonzekerheid en Sociale Uitsluiting*, dat opgericht is binnen het samenwerkingsakkoord tussen de federale staat, de gemeenschappen en gewesten, wordt uitgebouwd zodat het een belangrijke hefboom vormt bij de afstemming en de samenhang van de initiatieven van de verschillende beleidsniveaus.

In het kader van het Europees voorzitterschap van België, wil de *Vlaamse Gemeenschap* de ontwikkeling van een Europese niet-monetaire armoedenorm mee op de politieke agenda plaatsen.

Armoede is immers geconcentreerd in bepaalde buurten en verweven met een algemene verloederings van de woon- en leefomgeving. Dat vraagt dus prioritaire aandacht o.m. via het *Sociaal Impulsfonds*.

De invoering van het planningsconcept van het *Sociaal Impulsfonds* heeft in alle 308 gemeente- en OCMW-besturen een ommekeer teweeg gebracht: het gemeentelijk armoede- en welzijnsbeleid werden bovenaan op de politieke agenda geplaatst. Dit wordt dus voort ondersteund en gestimuleerd. Ook wordt het *Sociaal impulsfonds* systematisch geëvalueerd. Daaruit zal blijken of de armoede en sociale uitsluiting bij de bewoners van kansarme buurten effectief vermindert en of het SIF geen onvermoede mogelijkheden en beperkingen heeft. Voor de reguliere werking van lokale besturen zullen SIF-middelen worden geheroriënteerd. Dat staat centraal in ons lokaal armoede- en welzijnsbeleid.

Plattelandsarmoede vertoont een aantal specifieke aspecten: een gebrek aan zichtbaarheid, een grotere individualisering, andere overlevingsstrategieën (wederkerigheid) en beperktere bestuurskracht van de lokale besturen.

De bestaande beleidsmiddelen worden dus best aangevuld of bijgestuurd (bv. via meer personeel voor de kleine en middelgrote OCMW's, dat kan zorgen voor een meer gedecentraliseerde en toegankelijke dienstverlening). We denken ook aan meer differentiatie binnen de regelgeving. De kleinere OCMW's worden via een wijziging van de regelgeving alvast in staat gesteld om gezamenlijk een vzw structuur op te zetten.

De maatregelen ter bestrijding van de kansarmoede binnen de verschillende beleidsdomeinen worden voor maart 2000 in een strategisch meerjarenplan ondergebracht. De *Vlaamse intersectoriële commissie Armoedebestrijding* zal hierbij een cruciale rol spelen. Het welzijns- en gezondheidszorgsbeleid zal onder meer volgende thema's uitwerken:

'Schuldoverlast'

- preventie van overkreditering
- een kritische evaluatie van de wet op de collectieve schuldenregeling en het decreet op de schuldbemiddeling, en van de mogelijkheden tot budgetbegeleiding en budgetbeheer, enz.
- een evaluatie van (de uitvoering van) het decreet op een gewaarborgde levering van water, gas en elektriciteit

‘Jeugd en kinderen’

- mogelijkheden van (vrijwillige en professionele) opvoedingsondersteuning voor kansarme gezinnen
- onderzoek naar specifieke opvang en begeleiding van jonge bestaansminimumtrekkers
- ondersteuning van het schoolopbouwwerk
- ondersteuning van het buurtgericht werken van scholen met een hoge concentratie van kansarme kinderen
- meer ondersteuning van kansarme allochtone jongeren

‘Gezondheidszorg’

- ondersteuning van initiatieven in de preventieve gezondheidszorg en gezondheidspromotie, waarbij het al dan niet bereiken van kansarme doelgroepen een evaluatiecriterium is.

5.3.2. In partnerschap met de armen

Het *Algemeen verslag over de armoede (AVA)* verschenen in 1994 is en blijft voor het Vlaamse beleid een belangrijk referentiewerk voor de bestijding van armoede en sociale uitsluiting. Hiermee willen we bevestigen dat we de armen erkennen als gesprekspartner.

De kansarmen zullen dus worden betrokken bij de voorbereiding en evaluatie van alle beleidsinitiatieven die hen aanbelangen. Zo wordt ook de krachtlijn ‘van diagnose naar dialoog’ concreet vertaald.

Concrete maatregelen:

- het uitbouwen van hefboomen om de vrijwilliger en de verenigingen waar armen het woord nemen te versterken. Het budget dat hiervoor beschikbaar wordt gesteld zal niet langer gelinkt zijn aan het SIF
- het voortzetten van de dialoog tussen de Vlaamse regering en de verenigingen waar armen het woord nemen
- het stimuleren van de dialoog tussen lokale besturen en instellingen enerzijds en de verenigingen waar armen het woord nemen anderzijds
- het ondersteunen van het steunpunt armoedebestrijding dat de dialoog kan stofferen
- het uitbouwen van de werking en regelgeving voor de opleiding én de inschakeling van ervaringsdeskundigen, ‘tolken in de armoede’.
- prioritaire aandacht voor kennis van armen en armoede in de vorming en bijscholing van welzijnswerkers, zorgverstrekkers en ambtenaren.

5.3.3. Effectieve toegang van elke burger

Preventie bij kansarmoedebestrijding is ervoor zorgen dat armen dezelfde rechten hebben als iedereen.

Daarbij is het van belang dat er instrumenten worden ontwikkeld die bestuursverantwoordelijken (van lokale besturen tot raden van bestuur) in staat

stellen om uitsluitingsmechanismen ten opzichte van bepaalde doelgroepen op te sporen en tegen te gaan.

Dat kan onder meer door:

- organisatorische aanpassingen: het verhogen van de territoriale bereikbaarheid (dienstverlening aan huis, in de buurten, éénloketsystemen)
- methodologische aanpassingen: versterken van maatzorg, basisschakelmethodiek, straathoekwerk, wijk(gezondheidszorg/welzijns)centra
- 'culturele' aanpassingen: vorming van welzijnswerkers (kennis van armoede en armoedebeleving), inschakeling van ervaringsdeskundigen, tolken in de armoede

Zo kunnen initiatieven inzake preventieve gezondheidszorg en gezondheidspromotie worden geëvalueerd op het feit of ze kansarme doelgroepen al dan niet bereiken. Bv. de LOGO's (*lokaal gezondheidsoverleg*) evalueren op het bereiken van kansarmen.

Ook binnen de kwaliteitszorg in het welzijnswerk zullen uitspraken gedaan worden over de mate waarin en de wijze waarop de kansarme doelgroep wordt bereikt. Hiertoe wordt een basiszorgpakket geformuleerd.

Van OCMW's en particuliere welzijnsvoorzieningen wordt verwacht dat ze aandacht hebben voor de toegankelijkheid van kansarmen.

5.4. Verdraagzaam Vlaanderen: integratie en racismebestrijding

5.4.1. De contouren

Door de staatshervorming van 8 augustus 1980 is Vlaanderen bevoegd geworden voor het beleid inzake de opvang en integratie van inwijkelingen. In de voorbije twintig jaar is dit beleid geëvolueerd van een categoriaal welzijnszorgbeleid (de jaren '80) over een geïntegreerd en gecoördineerd migrantenbeleid (begin jaren '90) naar een inclusief en gecoördineerd minderhedenbeleid (sinds 1996).

Met het strategisch plan voor het Vlaamse minderhedenbeleid is de fase van visieontwikkeling en plannen - voorlopig althans – afgerond. Nu kunnen de plannen worden uitgevoerd, moet Vlaanderen verdraagzamer worden en kunnen de doelgroepen van het minderhedenbeleid meer kansen krijgen.

We kunnen echter alleen slagen als er een politieke consensus bestaat binnen de Vlaamse regering en het Vlaams Parlement. Werken aan een verdraagzaam Vlaanderen dat oog heeft voor het gebrek aan kansen waarmee heel wat allochtonen, vluchtelingen en asielzoekers, woonwagenbewoners en mensen zonder papieren nog steeds te kampen hebben, is een zaak van de voltallige regering en alle beleidssectoren. Onderwijs en werkgelegenheid zijn evenwel dé sleutelinstrumenten op weg naar gelijke kansen. Samenwerking over de sectoren heen om op deze domeinen daadwerkelijk vooruitgang (en resultaten) te boeken, zal dan ook een prioritair aandachtspunt zijn. De *interdepartementale commissie Etnisch-Culturele Minderheden (ICEM)* is het geschikte platform om deze samenwerking concreet vorm te geven.

Het lokale niveau zal prioritaire aandacht krijgen. Het streven naar een verdraagzamer en kansrijker Vlaanderen wordt immers gedragen door de lokale overheden.

Het lokaal sociaal beleid en de lokale integratiesector zijn belangrijke instrumenten om deze consensus te bevorderen en het lokale minderhedenbeleid te ondersteunen. Uit de praktijk blijkt dat via het SIF de aandacht van de lokale besturen voor de minderhedenthematiek werd aangescherpt. Het blijft echter nodig de lokale besturen te ondersteunen, begeleiden en sensibiliseren bij het voeren van een lokaal minderhedenbeleid. Voorts kan worden nagedacht over de instrumenten van een inclusief lokaal en sociaal beleid, bv. om het huidige criterium 'SIF-vreemdelingen' accurater toe te spitsen op de doelgroepen van het minderhedenbeleid.

Bij dit alles zal er voldoende oog zijn voor een continu proces van dialoog met de lokale overheden. Waar nuttig en relevant zal dit aansluiten bij de besprekingen in het kader van het Pact tussen de Vlaamse regering en de Vlaamse gemeenten en OCMW's.

Ook de samenhang met het federaal en Europees beleidsniveau zal de nodige aandacht krijgen. Binnen de *interministeriële conferentie voor Sociale Integratie en Migrantenbeleid* zal het overleg worden voortgezet. Ook met het *Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding* zal er worden gepraat over samenwerking.

Niet alleen inhoudelijk, maar ook organisatorisch gaan we verder op de ingeslagen weg.

De doelgroepen en de integratiesector zullen worden gestimuleerd om samen een actieve inbreng te hebben in de beleidsvoorbereiding en beleidsuitvoering op lokaal, provinciaal en Vlaams niveau. Er komt een wettelijke regeling voor ICEM, de bestaande coördinerende commissie voor het Vlaamse minderhedenbeleid, en binnen de Vlaamse overheidsdiensten zullen een aantal coördinatoren inzake minderhedenbeleid worden aangesteld.

5.4.2. In partnerschap met de doelgroepen

Emancipatie en participatie gaan hand in hand. We kunnen geen gelijke kansen creëren voor allochtonen, vluchtelingen en woonwagenbewoners zonder inspraak van de betrokkenen zelf. Zij zijn het best geplaatst om hun noden, behoeften en verwachtingen te vertolken. Bovendien hebben zij als betrokken partij een eigen verantwoordelijkheid bij het realiseren van hun emancipatie en participatie.

Het forum van verenigingen van etnisch-culturele minderheden biedt de kans om de dialoog van de doelgroepen met de Vlaamse overheid te structureren. Dit forum is immers de plaats bij uitstek waar de verschillende gemeenschappen kunnen samenkomen om hun noden, behoeften en verwachtingen te bespreken en kenbaar te maken. Tegelijk kan het de eigen gemeenschappen meer zelfvertrouwen geven. Het forum zal de nodige middelen krijgen om te kunnen uitgroeien tot een volwaardige conferentie.

Ook de Vlaamse overheidsdiensten en openbare instellingen zullen steeds meer inspanningen leveren om de doelgroepen bij het beleid te betrekken. Zij dienen de

nodige initiatieven te nemen om de doelgroepen waar en wanneer nodig bij de beleidsvoering te betrekken. Daarnaast nemen zij concrete maatregelen om de doelgroepen bij de besluitvorming van de adviesorganen te betrekken. De volgende jaren zullen wij alvast concrete initiatieven nemen om deze samenspraak concreet vorm te geven. Van ICEM wordt verwacht dat er op dit vlak deskundigheid wordt opgebouwd zodat zij de sectoren kunnen ondersteunen bij dit proces van samenspraak en inspraak.

5.4.3. In communicatie met de bevolking

Over het minderhedenbeleid bestaan uiteenlopende opvattingen en het doelpubliek van dit beleid is niet altijd en overal welkom. Dit besef dwingt tot de nodige realiteitszin maar mag in geen geval leiden tot immobilisme of tot het ontlopen van onze verantwoordelijkheden. Daarbij is het nodig systematisch en continu met de bevolking te communiceren over het gevoerde beleid. Maatschappelijke voorzieningen moeten hun deuren willen openzetten voor etnisch-culturele minderheden en de publieke opinie moet overtuigd zijn van de noodzaak en het belang van dit beleid. Een antiracistische samenleving is immers de beste preventie tegen etnische discriminatie.

De marges van de overheid om houdingen en meningen van mensen in de gewenste zin te veranderen zijn (gelukkig) beperkt. Hoe bescheiden de rol van de overheid in deze ook is, toch zullen we de komende jaren zoeken naar geschikte instrumenten om de boodschap over te brengen dat Vlaanderen een multiculturele samenleving is en dat de overheid de nodige inspanningen wil doen om dit samenleven harmonieus te laten verlopen.

Daarnaast zal systematisch in woord en daad kenbaar worden gemaakt dat de Vlaamse overheid geen onverdraagzaamheid duldt en dat racisme in onze samenleving ontoelaatbaar is. Via een doorgedreven antidiscriminatiebeleid zullen we bestaande vooroordelen proberen weg te werken. Zo wordt voorkomen dat etnische herkomst tot ongelijke kansen leidt. Samen met het *Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding* zal een doorgedreven antidiscriminatiebeleid en een actief antiracismebeleid worden uitgetekend.

5.4.4. Effectieve toegang tot de maatschappelijke voorzieningen

Maatschappelijke voorzieningen staan open voor alle burgers. Allochtonen, vluchtelingen, woonwagenbewoners en mensen zonder papieren hebben evenwel veelal minder of zelfs geen toegang tot onze voorzieningen. Zij hebben nog steeds ongelijke kansen. Dit is niet correct en evenmin verstandig.

Om deze groepen een effectieve toegang te geven tot de voorzieningen, werden er in het strategisch plan voor het minderhedenbeleid drie strategische doelstellingen geformuleerd: het emancipatiebeleid, het onthaalbeleid en het opvangbeleid. Zij blijven ook de komende jaren de drie sporen waarop we zullen werken.

5.4.5. Emancipatiebeleid

Het emancipatiebeleid is en blijft het belangrijkste spoor van het minderhedenbeleid. De volwaardige deelname aan de samenleving van de minderheidsgroepen die hier blijvend gevestigd zijn, is het einddoel.

Via ICEM zullen alle sectoren worden aangespoord om ter zake hun verantwoordelijkheid te blijven nemen en de kansengelijkheid te bevorderen.

Bijzondere aandacht zal hierbij gaan naar de gelijke toegang tot onderwijs. Zonder degelijke en juiste scholing blijft volwaardige deelname aan onze samenleving immers dode letter. Allochtone kinderen en jongeren kennen nog steeds geen gelijke instroom en doorstroom in ons onderwijs. En ook voor kinderen en jongeren van woonwagenbewoners en zigeuners blijft de toegang tot onderwijs problematisch. Binnen ICEM zal bekeken worden hoe er vanuit het minderhedenbeleid impulsen kunnen komen om de deelname aan onderwijs voor deze groepen te bevorderen.

Bijzondere aandacht zal ook gaan naar de gelijke toegang tot de arbeidsmarkt. Dat heel wat allochtonen een zeer zwakke arbeidsmarktpositie hebben is bekend. Dat dit niet alleen met achterstand maar ook met achterstelling te maken heeft, is ook bekend. De huidige hoogconjunctuur zal dan ook maximaal benut worden om meer allochtonen aan het werk te krijgen én te houden. Samen met ICEM zal worden bekeken hoe het VESOC-akkoord *Tewerkstelling Migranten* kan worden uitgevoerd.

ICEM werkt ook aan een globaal plan 'allochtone jongeren'. Investeren in kinderen en jongeren betekent immers investeren in onze samenleving van morgen. Dit geldt des te meer voor maatschappelijk kwetsbare groepen. Via een impulsprogramma zullen de uitkomstmogelijkheden van allochtone jongeren – meisjes en jongens – versterkt worden. Dit emancipatorisch impulsprogramma zal ruim aandacht hebben voor de samenspraak met de jongeren en hun volwassen omgeving. Zij zijn immers niet alleen voorwerp van actie maar hebben ook een eigen verantwoordelijkheid bij het verwerven van betere kansen.

In dit plan zullen onderwijs en arbeid een centrale plaats innemen. Hierbij zal maximaal gebruik worden gemaakt van de huidige economische hoogconjunctuur. In samenspraak met onderwijs, VDAB en sociale partners zullen voorstellen worden uitgewerkt om de aansluiting/overgang van onderwijs naar arbeidsmarkt voor deze jongeren te verbeteren. Het deeltijds onderwijs zal hierbij bijzondere aandacht krijgen. Daarnaast zal een concreet tewerkstellingsplan voor allochtone jongeren worden uitgewerkt.

Voorts willen we dat de interculturalisering van de instellingen wordt voortgezet. Interculturalisering van instellingen heeft niet alleen te maken met het optimaliseren van het hulpverleningsaanbod, maar ook met de mate waarin de voorzieningen banen creëren voor deze doelgroepen. Deze hulpvraag is nog te veel een onbekende voor de maatschappelijke voorzieningen en hun personeel. Dat vloeit voort uit de cultuurverschillen die er zijn. Vaak is het ook gekoppeld aan taalproblemen en aan het feit dat de 'vreemde' klant onbekend is met onze ruimer waaier aan voorzieningen. Dit verhelpen is de uitdaging van de Ondersteuningsstructuur voor de bevordering van de toegang voor minderheden en armen tot algemene voorzieningen in de welzijnssector.

Specifieke aandacht zal ook gaan naar de woonwagenbewoners. Ze hebben een eigen wooncultuur. De traditionele woonvormen bieden geen oplossing voor hun woonbehoeften. Om deze internationaal erkende wooncultuur maximaal toegankelijk te maken, zal het beleid inzake woonwagenterreinen – voortbouwend op de adviezen van de *Vlaamse Woonwagencentrale* – verder ontwikkeld worden.

ICEM krijgt de opdracht om voorstellen te formuleren om deze maatschappelijk kwetsbare groep beter aan onze voorzieningen te laten participeren.

De trekkende beroepsgroepen - schippers, foorreizigers en circusartiesten – zullen de komende jaren eveneens de nodige aandacht krijgen. Op basis van onderzoek naar het profiel van, en de noden, behoeften en verwachtingen die bij hen leven zullen maatregelen worden genomen om de voorzieningen – waar nodig – zo goed als mogelijk ook af te stemmen op deze doelgroep. Ook hier zal ICEM een stimulerende en coördinerende rol vervullen.

5.4.6. Onthaal- en integratiebeleid voor een positieve inburgering

Bijzondere aandacht zal ook gaan naar het onthaal- en integratiebeleid voor nieuwkomers. Nieuwkomers in onze samenleving en allochtonen die hier reeds verblijven, moeten zo goed mogelijk deelnemen aan onze samenleving. Dit houdt in dat ze onze taal spreken, actief participeren aan onze democratische waarden en zich op de arbeidsmarkt kunnen integreren. Daarvoor is natuurlijk een goed en voldoende aanbod nodig. Dit nog jonge spoor van het minderhedenbeleid, mag tijdens deze legislatuur uitgroeien tot een volwaardig beleidsdomein, gestoeld op een duidelijke, stevig onderbouwde beleidsvisie. Uitgangspunt hierbij is dat alle nieuwkomers die tot de doelgroep van het onthaal- en integratiebeleid behoren zo vlug mogelijk na aankomst de kans krijgen om in een degelijk integratietraject te stappen zodat zij hun weg vinden in onze samenleving. Bij de organisatie van het integratieaanbod zal rekening worden gehouden met de lokale diversiteit. Wat dit precies inhoudt wordt momenteel in kaart gebracht. Daarnaast zal ook rekening worden gehouden met de diversiteit van de doelgroep, het profiel van de nieuwkomers en met hun noden, behoeften en verwachtingen. Wetenschappelijk onderzoek zal hier op korte termijn de nodige inzichten verschaffen. Het integratiebeleid is niet alleen belangrijk voor de nieuwkomer zelf die zo de kans krijgt om zo vlug mogelijk zelfstandig te functioneren en in een nieuwe omgeving een nieuw leven op te bouwen. Het is ook van belang voor de samenleving zelf. Nieuwkomers brengen immers hun kennis, kunde en vaardigheden mee. Via een adequaat onthaal- en integratieaanbod kunnen we dit maatschappelijk potentieel benutten. Goed onderwijs, toegang tot vorming en opleiding, reële kansen op de arbeidsmarkt en toegang tot de socio-culturele organisaties: bij deze “inburgering” die voor deze groep nodig is, gaat het bovenal om het scheppen en aanbieden van gelijke kansen.

Omdat dit beleidsdomein zo belangrijk is, zal hierover een afzonderlijke beleidsnota worden opgemaakt die in het voorjaar 2001 zal worden voorgesteld.

5.4.7. Opvangbeleid

Mensen zonder papieren vormen een zeer kwetsbare groep binnen onze samenleving. De uitdaging bestaat er hier in om – binnen de toegemeten beleidsruimte – voldoende aandacht te hebben voor deze groep en de nodige inspanningen te leveren zodat de fundamentele mensenrechten – het recht op gezondheidszorg, voeding, onderwijs en huisvesting – niet worden geschonden. De uitdaging bestaat er ook in om bij het uitstippelen van maatregelen niet alleen oog te hebben voor de opvang van de mensen die in nood om hulp en bijstand vragen maar ook voor het oriënteren van deze mensen, hetzij naar een integratie in onze samenleving, hetzij naar een terugkeer naar het land van herkomst. Bijzondere aandacht zal gaan naar diegenen die naar aanleiding van de regularisatiecampagne het recht op verblijf zullen verwerven. Deze mensen zullen de kans krijgen om een integratietraject te doorlopen. In samenspraak met de categoriale sector zullen we hen actief aansporen om hiervan gebruik te maken.

5.4.8. Kinderrechten

Bij de coördinatie van het kinderrechtenbeleid van de Vlaamse regering is het vooral van belang dat het beleid aansluit bij de reële verwachtingen en noden van de kinderen en de jongeren. Dat veronderstelt veel overleg met het kinderrechtencommissariaat en de organisaties die op dit terrein actief zijn, met respect voor hun autonomie. Vandaar dat we positieve impulsen willen geven aan het belevingsonderzoek en aan initiatieven die de kindparticipatie daadwerkelijk bevorderen. Daarnaast streven we ernaar om de formele instrumenten die het parlement decretaal in het leven riep, aan te wenden als daadwerkelijke hefboomen voor een efficiënt beleid. De Vlaamse regering wil haar jaarlijks verslag aan het parlement dan ook dynamisch en beleidsgericht invullen. Het algemene verslag over de verdere implementatie in Vlaanderen van het *Internationaal Verdrag inzake de rechten van het Kind (IVRK)* zal daarbij worden afgestemd op de verslaggeving omtrent de eerbiediging van de kinderrechten in die landen of regio's waarmee de Vlaamse gemeenschap een decretaal goedgekeurd exclusief en algemeen samenwerkingsakkoord heeft gesloten. Ook het *Kindereffectrapport (KER)* dat de impact van een ontwerpdecreet op de levenssituatie van kinderen in kaart brengt zal uitgroeien tot een doeltreffend beleidsinstrument. Er zullen methodes worden ontwikkeld om het KER op een ernstige, maar niet-bureaucratische manier te verankeren in het besluitvormingsproces.

Daarbij is een rol weggelegd voor *Kind en Gezin*, o.m. via het strategisch plan “Maatschappelijke positie van het kind”, maar ook voor het *Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies (CBGS)*. Meer dan voorheen zal het CBGS beleidsondersteunend werken en wetenschappelijke antwoorden formuleren op gerichte beleidsvragen.

HOOFDSTUK 3: HET ORKEST

De meest schitterende partituur komt pas tot leven als ze wordt gespeeld door een orkest dat als ploeg de symfonie tot leven brengt. Elke speler is even belangrijk, speelt zijn partituur met overtuiging en bouwt mee aan de harmonie en muzikaliteit van het geheel.

Deel 1. Regering en parlement, partners in beleid

Het Vlaams parlement is actief en assertief en wil dicht bij het beleid worden betrokken. Dat hoort zo in de moderne democratie die de Vlaamse regering voorstaat.

Welzijn gaat reëel samen met welvaart. Het Vlaams welzijns-, gezondheids- en gelijkheidsbeleid vormt één van de fundamenteën van de Vlaamse actieve en kwalitatieve welvaartstaat. Het stuurt een omvangrijke sector die grote uitdagingen aankan en daar terecht fier op is. Het beleid wordt, via een open dialoog en overleg, met de steun van het Vlaams Parlement uitgebouwd.

De grote beleidsthema's voor de komende jaren zijn o.m. de uitbouw van een Vlaamse Zorgverzekering en de opvoeding van kinderen (gaande van opvoedingsondersteuning tot eventueel noodzakelijke opvang in de *Bijzondere Jeugdbijstand*). We hopen dat ze zullen leiden tot pittige en diepgravende debatten in de commissies en in de plenaire vergadering van het Vlaams Parlement.

De Vlaamse regering wil de komende jaren een constructief en vernieuwend beleid voeren, dat een gezond elan geeft aan het welvarende Vlaanderen: open voor de noden en problemen, luisterend naar de parlementsleden, het middenveld, de belangenorganisaties en de cliënten, oplossingsgericht maar eveneens bewust van de kracht en dynamiek van de Vlaamse samenleving.

Deel 2: Ministerie en Vlaamse Openbare Instellingen (VOI's)

De Vlaamse Regering heeft het voorrecht te kunnen beschikken over dynamische en modern georganiseerde ministeries. Het is dan ook essentieel om deze ministeries nauw te betrekken bij de beleidsvoorbereiding, -sturing en -uitvoering. Samen kunnen we heel wat bereiken.

De Vlaamse ministeries en overheidsinstellingen (zoals *Kind & Gezin* en het *Vlaams Fonds*) zullen zich inspannen om de noodzakelijke kwaliteit van de interne werking en externe dienstverlening te waarborgen.

In dit proces vormt de goede onderlinge samenwerking tussen gebruikers/cliënten, voorzieningen en de overheid het kritieke punt. Als we willen slagen dient deze samenwerking op alle mogelijke manieren te worden aangemoedigd én bewaakt. Dat is cruciaal voor een transparante en open dialoog die kan leiden tot de voorbereiding, ontwikkeling en uitvoering van een reëel beleid.

De trefkracht van dit beleid hangt sterk af van de dagelijkse werking en structuur van de Vlaamse overheidsinstellingen.

Het regeerakkoord streeft ernaar de slagkracht en de doelmatigheid van deze overheidsinstellingen te optimaliseren en verder te moderniseren, om aldus de maatschappelijke veranderingsprocessen te kunnen voorzien en beheersen, binnen een verantwoorde budgettaire context.

Tot slot willen we het beleid, de ministeries en de VOI wetenschappelijk onderbouwen vanuit een dynamisch *CBGS (Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudien)* dat als wetenschappelijk beleidsgericht onderzoeksinstituut zowel voor de overheid en als de sector zal werken.

Deel 3: De werkgevers en werknemers van een steeds belangrijker socialprofitsector

De centrale actor in het orkest in deze sector is meestal de professionele zorgverlener, die zijn deskundigheid en zijn inzet wil vertalen in warme menselijke betrokkenheid naar en voor de individuele zorgvrager. Soms gebeurt dit met ondersteuning van de mantelzorger of vrijwilliger, maar meestal gaat het om een rechtstreekse persoonlijke opdracht.

De voorbije decennia werden in de social sector, via diverse (nep)statuten vele (duizenden) mensen tewerkgesteld in opdrachten die ondertussen als absoluut noodzakelijk worden erkend en dus 'onbepaald' tijdelijk verlengd. Zo snel als mogelijk zal deze anomalie en onrechtvaardigheid worden weggewerkt. En dit zal zowel op het regelgevende als op het budgettaire vlak een grote planmatige inspanning van de Vlaamse regering vragen. We willen van deze inspanning ook gebruik maken om anomalieën in de verloning tussen mensen met eenzelfde diploma en/of opdracht weg te werken zodat orkestleden die eenzelfde partituur spelen ook eenzelfde verloning ontvangen. In samenspraak met de werkgevers zullen we vormings- en bijscholingsinitiatieven voor zorgverleners stimuleren en ondersteunen zodat de kwaliteit van de zorg kan worden gewaarborgd en verbeterd. De nieuwe vzw *VIVO (Vlaams Instituut voor Vorming en Opleiding)*, die de sociale partners een belangrijke verantwoordelijkheid toeschuift, is reeds een eerste zeer belangrijke aanzet tot een eigen sectorspecifiek opleidings- en vormingsbeleid. Een verdere accentuering en keuze voor een meer persoonlijk gebonden zorgbudget en vraaggestuurde zorg, betekent ook dat er werk dient te worden gemaakt van een verdere deregulering en uniformisering van het financieringssysteem en van een grotere responsabilisering van de gebruikers en de voorzieningen. Het financieringssysteem wordt performant, transparant en kostendekkend. De blijvende verbetering van de kwaliteit van de zorg en de nog steeds absoluut noodzakelijke verdere uitbouw van het zorgaanbod, zal ook in de volgende jaren aandacht en veel middelen vragen. De groeiende schaarste op de arbeidsmarkt zal het daarenboven noodzakelijk maken dat het statuut en het loopbaantraject van de zorgverlener concurrentieel en aantrekkelijk genoeg blijft om de vele deskundige en goede professionelen aan te trekken en blijvend te motiveren. De werkgevers zullen als sociale partners ook volwaardig en expliciet aanwezig zijn in de geëigende Vlaamse overlegstructuren SERV en VESOC zodat de eigen sociaal-economische rol en betekenis van deze sector ook in het geïnstitutionaliseerd overleg een plaats krijgt.

Deel 4: Een samenhangend en inclusief beleid

Onze samenleving zit wel logisch, maar daarom niet minder complex in elkaar. Niemand zal ontkennen dat de talrijke regels voor de gebruiker, maar ook voor de zorgverstrekker zelf vaak zeer ingewikkeld zijn en soms onsamenvattend overkomen. Hier iets aan doen is niet eenvoudig. Historisch gegroeide situaties laten zich niet gemakkelijk ombuigen.

Toch wil de Vlaamse regering werk maken van een consistent en transparant welzijns-, gezondheids- en gelijkekansenbeleid. Dat zal uiteraard veel overleg vragen met verschillende partners en overheden. Hierbij onderstrepen we de verbondenheid met de Brusselse Vlamingen en zullen we in samenwerking met de VGC (Vlaamse Gemeenschapscommissie) een duidelijk welzijns-, gezondheids- en gelijke kansenbeleid voor Brussel uitbouwen.

Door samenwerking en responsabilisering in diverse relevante beleidsdomeinen willen we komen tot een performant inclusief beleid.

Vanuit diverse invalshoeken is Vlaanderen opgedeeld in talloze regio's of werkingsgebieden. Zowel binnen als tussen de sectoren welzijn en gezondheidszorg vallen de regio's vaak niet samen. Bij het streven naar een klantgericht en inclusief beleid blijken deze uiteenlopende gebiedsindelingen vaak een handicap te zijn. Het maakt er ook de vorming van netwerken en samenwerkingsverbanden niet gemakkelijker op. Er zal onderzocht worden hoe en in welke mate deze indeling kan worden geharmoniseerd. Dat is nodig om de organisatie en ondersteuning van de zorgsectoren beter af te stemmen op de regionale maatschappelijke samenhang.

Binnen de Vlaamse bevoegdheden ligt de klemtoon op de volgende aandachtspunten:

- planning, erkenning, kwaliteit en visitatie van rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen
- decreet thuiszorg en de reglementering over *Samenwerkingsinitiatieven Thuiszorg (SIT)*
- *Kind en Gezin* in relatie tot het globale gezondheidszorgbeleid in Vlaanderen
- het afstemmen van de VIPA-reglementering op de planning van verzorgingsvoorzieningen (ziekenhuizen, RVT, PVT, BW, CGG), in het kader van het zorgstrategisch plan in de ziekenhuissector.

In relatie tot de federale bevoegdheden ligt de klemtoon op de volgende aandachtspunten:

- de beperkte mogelijkheden van de Vlaamse overheid om het beleid te sturen (bv. wat betreft borstkankerscreening). De financiering van de volksgezondheid is immers grotendeels federaal.
- de programmatie en de normering van de ziekenhuizen. Deze behoren tot de bevoegdheid van de federale minister van Volksgezondheid.
- het Vlaams kwaliteitsdecreet en de federale reglementering op het vlak van kwaliteit

- de federale en Vlaamse inspectie.

Overleg tussen de Vlaamse minister en de federale ministers is nodig telkens als:

- de regelgeving op een niveau aanleiding geeft tot moeilijkheden op het andere niveau
- de kwaliteit van de zorg in gevaar komt
- het efficiënt gebruik van de voorziening in het gedrang komt
- het raakvlak tussen beide regels onduidelijk is
- beide wetgevingen op dezelfde personen of diensten van toepassing is.

Deel 5: Eigen instrumenten

5.1. De zorgverzekering: Een hefboom voor een kwalitatieve en betaalbare zorg op maat voor iedereen in de 21^{ste} eeuw.

Met het decreet van 30 maart 1999 heeft het Vlaams parlement het kader gecreëerd voor een Vlaamse zorgverzekering. Aanleiding hiervoor was de vaststelling dat zorgbehoevenden, naast medische kosten die deels vergoed worden via RIZIV en ziekenfondsen, ook andere zorgkosten hebben, die niet vergoed worden. Voor heel wat betrokkenen is of wordt de betaalbaarheid van deze niet-medische kosten een probleem.

Het Vlaams parlement nam dit initiatief nadat was gebleken dat de federale regering er niet in geslaagd was hiervoor een systeem uit te bouwen binnen het socialezekerheidsstelsel. Gezien de Vlaamse bevoegdheden, is de zorgverzekering echter beperkt tot de niet-medische hulpverlening.

De toenemende nood aan bijkomende niet-medische hulp aan ernstig zorgbehoevenden heeft verschillende maatschappelijke oorzaken. Zo leven de mensen langer, onder meer door de groeiende welvaart en door de verbeterde medische verzorging en behandeling. De kwaliteit van het leven van het toenemende aantal ouderen hangt echter vaak af van de niet-medische hulp die kan worden verstrekt.

Samen met de steeds toenemende levensduur manifesteert zich echter een andere maatschappelijke realiteit. De menselijke of sociale omgeving waarin wij leven, evolueert voortdurend. Het gezin, de familie en de buurt functioneren niet meer zoals enkele tientallen jaren geleden. Kleinere gezinnen, een hogere professionele activiteitsgraad van man en vrouw en een grotere woon- en werkmobiliteit hebben als gevolg dat de spontane hulp in de nabije omgeving kleiner is dan vroeger.

Er werd in Vlaanderen reeds veel geïnvesteerd in vele vormen van professionele hulpverlening en dat was een terechte beleidskeuze die voortgezet zal worden. Maar om te kunnen beantwoorden aan de grote zorgvraag, die nog aanzienlijk gaat toenemen, zal het nodig zijn om ook in de toekomst een beroep te kunnen blijven doen op mantelzorgers en vrijwilligers.

Omdat het draagvlak hiervoor verkleint door de evolutie van onze samenleving, zullen er positieve acties noodzakelijk zijn om de mantelzorg en het vrijwilligerswerk te erkennen, aan te moedigen en te bevorderen.

Naast de vaststelling dat de zorgbehoeften stijgen en dat het reguliere zorgaanbod moeilijk aan de vraag zal kunnen beantwoorden, stelt zich eveneens de vraag naar de betaalbaarheid. Het is zonder meer duidelijk dat de noodzakelijke zorg voor een kwaliteitsvol leven voor een aanzienlijk deel van onze bevolking onbetaalbaar is of wordt.

Aan al deze problemen willen wij voor een stuk tegemoetkomen met de verdere invulling van de zorgverzekering. Het decreet is hierbij het referentiekader en het uitgangspunt. De doelstellingen van de zorgverzekering zijn duidelijk geformuleerd bij de Memorie van Toelichting.

“Het garanderen van de kwaliteit van het leven en het zoveel mogelijk in standhouden van de autonomie van personen die geconfronteerd worden met een ernstig, langdurig en verminderd zorgvermogen door:

- het deels of geheel ontlasten van de kost van de niet-medische hulp en dienstverlening bij personen die langdurig en ernstig belemmerd worden in hun vermogen tot zelfzorg
- het voorkomen dat deze personen onvoldoende noodzakelijke hulp zouden krijgen omwille van de onbetaalbaarheid van deze zorg thuis of in een instelling.”

Bovendien is het volgens de memorie van toelichting ook goed om het vrijwilligerswerk en de mantelzorg te vrijwaren en hiervoor de nodige ondersteuning te voorzien.

Dit decreet willen wij met volle overtuiging invullen om de vermelde doelstellingen te realiseren.

Bij de verdere uitwerking zullen wij ons, in de lijn van ons beleid, maximaal richten op de vraagzijde, d.w.z. dat het in eerste instantie de zorgbehoevende zelf is die mag bepalen welke zorg zij wenst en wie die zal verstrekken.

Deze zorgverzekering wordt verplicht in Vlaanderen en de bijdrage ervoor wordt gekoppeld aan het inkomen, wat het solidariteitsprincipe versterkt. Anderzijds willen wij een maximale keuzevrijheid van de zorgbehoevende garanderen. Zowel op het gebied van de zorgkas als van de hulpverstrekker zal de vrije keuze van de zorgvrager veilig worden gesteld.

Voorts blijven we de autonomie van de zorgbehoevende beklemtonen. Wij willen vermijden dat de uitkering de zelfredzaamheid zou verminderen. Dat zou het geval kunnen zijn indien vanuit de aanbodzijde vooraf bepaalde standaardpakketten worden aangeboden.

Volgens het verzekeringsprincipe is de uitkering door de zorgverzekering dus een recht en de aanwending ervan moet kunnen gebeuren met een minimum aan betutteling, regelgeving en controles. Tegelijk zullen wij erop toezien dat de eigen werkingskosten van het systeem binnen een aanvaardbare verhouding blijven tot de uitgekeerde bedragen die uiteindelijk ten goede komen aan de verzekerden.

De graad van zorgbehoevendheid zal de norm zijn om het niveau van de uitkering te bepalen. Essentieel hierbij is een onafhankelijke en éénduidige indicatiestelling. De organisatie van deze indicatiestelling is dan ook één van de belangrijkste prioriteiten in een werkbare zorgverzekering.

In uitvoering van het regeerakkoord zal de zorgverzekering eerst worden ingevoerd voor de mensen die het meest zorg behoeven. Stapsgewijs zullen we de zorguitkeringen dan, gekoppeld aan de invoering van de persoonlijke bijdrage, uitbreiden naar andere doelgroepen.

Het gemengd systeem van herverdeling en kapitalisatie zal het grootste deel van de inkomensgebonden bijdragen gebruiken voor kapitalisatie. Vanuit de algemene middelen wordt de nodige financiering voorzien om aan de huidige behoeften te voldoen en om de toekomstige demografische pieken op te vangen.

5.2. VIPA: het aanbieden van een gepast onderdak

De ‘missie’ van het VIPA, *Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden*, werd als volgt geformuleerd:

“Het VIPA zorgt ervoor dat de Vlaamse zorginstellingen hun aanbod optimaal afstemmen op de vraag, en hun hulp- en dienstverlening efficiënt en effectief organiseren. Met de financiële middelen die we aandragen, scheppen we de materiële voorwaarden voor een infrastructuur die dat mogelijk maakt.”

Deze missie blijft in ons beleid overeind. Het VIPA zal een belangrijk financieringsinstrument zijn om ons behoeftengestuurd beleid in de verschillende zorgsectoren te ondersteunen en om vernieuwende impulsen te geven.

De VIPA-financiering met gemeenschapsgeld zal de toegankelijkheid – ook de financiële – waarborgen voor de zorgbehoevende. Verdienstelijke en vernieuwende initiatieven worden aangemoedigd, ook zonder de steun van financieel krachtige organisaties.

Samen met de verschillende sectoren, en steunend op hun kennis van het werkveld, zal het VIPA instrumenten ontwikkelen of verfijnen om die initiatieven te selecteren die het best de doelstellingen van het Vlaams zorgbeleid helpen realiseren.

De zorgstrategische plannen zijn het instrument bij uitstek om het zorgaanbod met maximale doeltreffendheid te richten op de reële zorgvraag. Het zorgstrategisch plan is hét criterium zowel voor erkenning als voor financiering. Het VIPA zal er, in samenspraak met de functionele *Administraties Welzijn en Gezondheidszorg*, op toezien dat de zorgstrategische plannen passen in het Vlaams beleid.

Met de beschikbare VIPA-middelen, die per definitie beperkt zijn, zullen wij prioritair die initiatieven ondersteunen die maximaal aansluiten bij onze toekomstgerichte beleidsvisie. Dit betekent bijvoorbeeld dat voorrang gegeven wordt aan dié ziekenhuizen die zich op één campus inplanten. Het VIPA zal, samen met de betrokken *Administraties*, een kritische maar constructieve partner zijn van de zorginstellingen bij het opmaken van de zorgstrategische plannen.

Deze constructieve houding wordt vertaald in ondersteuning, overleg en samenwerking. Dit partnerschap wordt voortgezet in de *commissies Zorgstrategie voor de Ouderenvoorzieningen en voor de Algemene Ziekenhuizen*. Naast het VIPA en de betrokken *Administratie* zetelen hierin ook de vertegenwoordigers van het werkveld. Het zijn deze gemengde commissies die de subsidiering van een project al dan niet goedkeuren.

Eind 1999 hebben wij de werking van de commissie *Zorgstrategie voor de Ouderenvoorzieningen* al doorzichtiger gemaakt door de initiatiefnemer zelf uit te nodigen om zijn dossier voor de commissie aanvullend toe te lichten. De eerste

ervaringen met deze werkwijze zijn positief en na evaluatie zullen wij deze werkwijze wellicht doortrekken naar de commissie *Algemene Ziekenhuizen*.

Elk initiatief zal worden getoetst aan de regionale behoeften en aan het criterium van de klantgerichte spreiding. Telkens zal worden gezocht naar de mogelijkheden van optimale netwerkvorming en afstemming onder de diverse actoren binnen eenzelfde regio. Met deze werkwijze willen wij verkeerde investeringen en overinvesteringen vermijden en het gemeenschapsgeld met het beste resultaat aanwenden ten voordele van de zorgbehoevende.

Naast de mogelijke financiering van vernieuwende initiatieven en de denkpiste i.v.m. alternatieve financieringen, gaat onze aandacht ook naar bestaande sectoren die niet van de VIPA-financiering genieten. Momenteel laten wij de voor- en nadelen onderzoeken van een VIPA-financiering voor de bijzondere jeugdzorg en de centra voor ontwikkelingsstoornissen.

De doelstelling van deze VIPA-aanpak is duidelijk: meer zorgresultaat halen uit de geïnvesteerde middelen.

5.3. De kwaliteitsdecreten: overheid en voorzieningen, partners op zoek naar kwalitatieve zorg in Vlaanderen

Mede door de invoering van de kwaliteitsdecreten inzake welzijns- en verzorgingsvoorzieningen evolueren we de laatste jaren steeds meer in de richting van een gerichte, systematische inclusieve kwaliteitszorg.

De kwaliteit van de zorg kan niet meer aan het toeval of intuïtie worden overgelaten. Dat komt o.m. door de alsmaar complexere hulp- en dienstverleningsvragen, de toenemende mondigheid van zowel gebruiker als patiënt en de vraag naar verantwoording van de voorzieningen wat de besteding van de middelen betreft.

De kwaliteitsdecreten sporen de welzijns- en verzorgingsvoorzieningen ertoe aan een doorzichtig, meetbaar, aantoonbaar en open kwaliteitsbeleid te voeren en dat met behulp van een kwaliteitssysteem, kwaliteitsplan en kwaliteitshandboek.

In het huidige kwaliteitsbeleid krijgt de gebruiker/patiënt een centrale plaats toebedeeld, ligt de nadruk op permanente verbetering en wordt kwaliteit beschouwd als de taak van alle medewerkers. Welzijns- en Gezondheidsvoorzieningen gebruiken dezelfde methodes, maar de aandachtspunten kunnen wel verschillen.

Bij de gezondheidszorgvoorzieningen worden de resultaten van de inspanningen via indicatoren opgevolgd. Deze metingen maken de progressie zichtbaar en vormen de basis voor het bepalen van nieuwe streefdoelen en acties. In de welzijnszorg trachten we de voorzieningen aan de hand van sectorspecifieke minimale kwaliteitseisen aan te sporen een sterkte-zwakte analyse op te stellen en op basis hiervan een verbeteringsplan voor te stellen, uit te voeren en te evalueren.

Voor beide sectoren zijn betrokkenheid, wederkerigheid en verbondenheid essentiële kenmerken van een kwaliteitsvolle hulp- en dienstverlening. Inclusieve kwaliteitszorg in de welzijns- en verzorgingsvoorzieningen impliceert dan ook een respectvolle omgang met cliënten en patiënten.

Om de inclusieve kwaliteitszorg in de welzijns- en verzorgingsvoorzieningen voort te ontwikkelen en te ondersteunen, kiezen we voor de volgende stappen:

- het ondernemen van acties om de welzijns- en gezondheidszorgsvoorzieningen voort te ondersteunen bij de implementatie van hun kwaliteitsbeleid
- het stapsgewijs op elkaar afstemmen van beide kwaliteitsdecreten
- het nastreven van meetbare resultaten
- het ontwikkelen en invoeren van het visitatieconcept
- vorming en opleiding van de inspecteurs aangaande de nieuwe inspectietechnieken en instrumenten eigen aan het ontwikkelde concept
- aanmoediging en ondersteuning van de vorming en het wetenschappelijk onderzoek in verband met kwaliteitszorg (technieken, instrumenten, indicatoren)
- ontwikkelen en implementeren van inspraakconcepten en -methodes voor gebruikers / patiënten (gebruikerspanels, ombudsdiensten, tevredenheidsmetingen).

Voor bepaalde sectoren waar de bepalingen van het kwaliteitsdecreet nog niet helemaal waren ingevoerd op 31/12/1999, omwille van een onafgerond sectoraal overleg of een fundamentele herziening van de regelgeving, wordt een bijkomende termijn van 2 jaar toegestaan.

LIJST AFKORTINGEN

AMINAL	Administratie milieu-, natuur-, land- en waterbeheer
ATB	Arbeidstrajectbegeleiding
AVA	Algemeen verslag over de armoede
AWW	Algemeen welzijnswerk
BJB	Bijzondere jeugdbijstand
BVVO	Bond van vormings- en ontwikkelingsorganisaties
BW	Beschutte werkplaats
CAW	Centra algemeen welzijnswerk
CBGS	Centrum voor bevolkings- en gezinsstudies
CGGZ	Centra geestelijke gezondheidszorg
CKG	Centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning
CLB	Centra voor leerlingenbegeleiding
EER	Emancipatie-effectenrapport
FWH	Federatie werkgroepen homoseksualiteit
GK	Gelijke Kansen
GKB	Gelijkekansenbeleid
IARC	International agency on research on cancer
ICCM	Intercultureel centrum voor migranten
ICEM	Interdepartementale commissie etnisch-culturele minderheden
IMB	Individuele materiële bijstand
ISG	Informatiesysteem voor gezondheid
IVRK	Internationaal verdrag inzake de rechten van het kind
KER	Kindeffectrapport
LEER	Lokaal emancipatie-effectenrapport
LOGO	Lokaal gezondheidsoverleg
MER	Milieueffectenrapporten
MIS	Managementinformatiesysteem
NVR	Nederlandstalige vrouwenraad
OCMW	Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
PAB	Persoonsgebonden assistentiebudget
PVT	Psychiatrisch verzorgingstehuis
RIZIV	Rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
ROSA	Rol en samenleving
RSC	Regionaal screeningscentrum
RVT	Rust- en verzorgingstehuis
SERV	Sociaal-economische raad van Vlaanderen
SIF	Sociaal impulsfonds
SIT	Samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging
SOA	Seksueel overdraagbare aandoeningen
VAD	Vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen
VAR	Vlaamse adviesraad
VDAB	Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling en beroepsopleiding
VESOC	Vlaams sociaal-economisch overlegcomité
VFSIPH	Vlaams fonds voor sociale integratie van personen met een handicap
VGC	Vlaamse Gemeenschapscommissie
VGR	Vlaamse gezondheidsraad
VIG	Vlaams instituut voor gezondheidspromotie
VIPA	Vlaams infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden

VK	Vertrouwenscentra kindermishandeling
VLAREM	Vlaams reglement inzake milieuvergunningen
VOI	Vlaamse openbare instelling
VOK	Vrouwenoverlegcomité
VRGT	Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding
VRIND	Vlaamse regionale indicatoren
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
WVC	Departement welzijn, volksgezondheid en cultuur