

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



Zitting 2004-2005

22 oktober 2004

BELEIDSNOTA

Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

2004-2009

ingediend door mevrouw Inge Vervotte,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Met deze beleidsnota wordt voor de periode 2004-2009 een meer concrete uitwerking gegeven aan de basisopties in het regeerakkoord. Een beleidsnota geeft de grote strategische keuzen en opties van het beleid voor de duur van de regeerperiode weer. De nota is de weergave van de visie van de functioneel bevoegde minister en vormt de basis van een debat in het Vlaams Parlement. In voorkomend geval zullen de uitvoeringsmaatregelen, daar waar nodig, ter goedkeuring aan de Vlaamse Regering of het Vlaams Parlement worden voorgelegd.

INHOUD

Blz.

Inleiding.....	7
Algemene krachtlijnen van het beleid.....	13
DEEL 1 WELZIJNS- EN GEZINSBELEID	17
Hoofdstuk 1 Gezinsbeleid.....	17
1.1. Algemene krachtlijnen	17
1.2. Centrale boodschap... naar ouders: de perfecte ouder?.....	17
1.3. Specifieke accenten.....	18
1.3.1. Naar kinderopvang als kwaliteitsvolle basisvoorziening	18
1.3.2. Aandacht voor opvoedingslast	19
1.3.3. Werk maken van familiale bemiddeling	20
1.3.4. Expertise van de vertrouwenscentra maximaliseren	20
1.3.5. Opvang voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen	20
1.3.6. Rechtspositieregeling van de minderjarige exploreren.....	20
1.3.7. Adoptie	21
1.3.8. Gezinszorg, een eerste stap naar ondersteuning voor de gezinnen	21
Hoofdstuk 2 Ouderen	23
2.1. Inleiding.....	23
2.2. De verwachtingen.....	23
2.3. Gedragenheid door meer participatie	24
2.4. Participatie geeft meer kwaliteit aan het leven	24
2.5. Ouderenparticipatiedecreet	24
2.6. Participatie als instrument voor sociale betrokkenheid.....	25
2.7. Strijden tegen alle vormen van geweld en mis(be)handeling	25
2.8. En wat als de zorggraad toeneemt?.....	26
2.9. Thuiszorgondersteuning.....	26
2.9.1. Thuiszorg, een keuze	26
2.9.2. Gezinszorg, ook voor ouderen mogelijks een eerste stap.....	26
2.9.3. Tijdelijke opvangmogelijkheden	27
2.9.3.1. Het bestaande aanbod bestendigen	27
2.9.3.2. Aandacht voor vernieuwing	27
2.9.4. Een betaalbare thuiszorg	28
2.9.4.1. Geen financiële discriminatie in de zorgverzekering	28
2.9.4.2. Een betaalbaar vervoer in het kader van de dagverzorgingscentra	28
2.9.5. Geen thuiszorg zonder mantelzorg!	28
2.9.6. Vrijwilligerswerk in de thuiszorg	29
2.9.7. Stimulans voor gebruik van technologische hulpmiddelen.....	29
2.9.8. Oog voor de psychiatrische thuiszorgpatiënt.....	30
2.9.9. Overleg: nodig maar functioneel!.....	30
2.9.9.1. Structureel samenwerkingsoverleg	30
2.9.9.2. Cliëntgebonden overleg.....	30
2.9.9.3. Financiering overleg.....	31
2.9.10. Thuiszorg kent haar grenzen	31
2.10. Residentiële voorzieningen	32

2.10.1. Actualisering van de beleidsinstrumenten	32
2.10.2. Programmatie voor residentiële voorzieningen in stijgende lijn	32
2.10.3. Meer zware zorg vergt meer en correct gespreide RVT-erkenningen	33
2.10.4. Op weg naar een geïntegreerd woon-zorgdecreet	33
2.10.5. Betaalbaarheid van het zorgaanbod	34
Hoofdstuk 3 Jeugdhulp: Verder bouwen op aanwezige kracht	35
3.1. Integrale jeugdhulp	35
3.1.1. Vraaggericht werken	35
3.1.2. Zorgzaam implementeren	35
3.2. Bijzondere jeugdzorg: focus op krachten en mogelijkheden	38
3.2.1. Kwaliteit van de sector	38
3.2.2. Kwaliteit versterken	38
3.2.3. Gedwongen hulp	39
Hoofdstuk 4 Mensen met een handicap	41
4.1. Inleiding	41
4.2. Vrije keuze garanderen door voldoende en aangepast aanbod	41
4.2.1. Persoonlijk Assistentiebudget	41
4.2.2. Individuele Materiële Bijstand	42
4.2.3. Wachtlijsten in de residentiële sector wegwerken	42
4.3. Een inclusief beleid met oog voor toegankelijkheid en betrokkenheid	43
4.3.1. Inclusief naar andere beleidsdomeinen	43
4.3.2. Maar ook binnen welzijn en volksgezondheid	43
4.4. Intern reorganiseren ten behoeve van de persoon met een handicap	44
4.5. Tewerkstelling	44
Hoofdstuk 5 Algemeen en lokaal welzijnsbeleid	46
5.1. De ruimte en de kracht aan het lokale bestuur	46
5.2. Krachtige mensen	48
5.3. Niet meer, maar slagkrachtig en geëngageerd	49
5.4. Problemen van overmatige schulden en afbetalingsproblemen worden aangepakt	50
5.5. Krachtige sectoren als werkbare instrumenten in het Vlaamse welzijnsbeleid	50
5.5.1. Het maatschappelijk opbouwwerk	51
5.5.2. Het algemeen welzijnswerk	51
5.5.3. Het ruime forensisch welzijnswerk	53
DEEL 2 GEZONDHEIDSBELEID	54
Hoofdstuk 6 Preventief gezondheidsbeleid	55
6.1. Inleiding	55
6.2. Prioriteiten	55
6.3. Aanpak van middelengebruik	55
6.4. Bevoegdheidsverdeling	56
6.5. Uitgangspunten van het beleid	57
6.6. Stand van zaken en beleidsopties	57

Hoofdstuk 7 Curatief gezondheidsbeleid	59
7.1. Zorg op maat via netwerken	59
7.2. Registratie	59
7.3. Regeldrift beteugelen en regelgeving flexibiliseren	60
7.4. Kwaliteitszorg in de geneeskunde	60
7.5. De vergrijzing heeft ook hier zijn repercussies	60
7.6. Structurele ondersteuning aan de diensten voor aangepast vervoer	61
Hoofdstuk 8 Geestelijke gezondheidszorg.....	62
8.1. Inleiding.....	62
8.2. Huidige toestand en uitdaging.....	62
8.3. Een gemeenschapsgerichte en geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg	62
8.4. Zorgvraag en doelgroepen als uitgangspunt	63
8.5. Forensische psychiatrie.....	65
8.6. Op evidenties en waarden gebaseerd.....	65
8.7. Samenwerking bevorderen	66
8.8. Residentieel zorgaanbod : Psychiatrische Ziekenhuizen en Psychiatrische Afdelingen in een Algemeen Ziekenhuis	66
DEEL 3 SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN	68
Hoofdstuk 9 Zorgverzekering	68
9.1. Financiering, leefbaarheid én zekerheid	68
9.2. Mensen zoveel mogelijk de voordelen toekennen waarvan ze kunnen genieten	69
9.2.1. Niet-discriminatie en minimale uitsluiting	69
9.2.2. Maximale toegankelijkheid.....	69
9.2.3. Maximale toekenning van voordelen	70
9.3. Aandacht voor Brussel.....	70
9.4. Aandacht voor de Europese regelgeving.....	71
9.5. Zorgvuldige voorbereiding van een maximumfactuur zorg.....	71
Hoofdstuk 10 Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) .	72
10.1. De behoeften zijn groot	72
10.2. Rechtszekerheid garanderen	72
10.3. Ook hier vereenvoudiging en flexibilisering van de regelgeving.....	73
10.4. Nieuwe beleidsaccenten	73
10.5. Nieuwe financiële paden	74
Hoofdstuk 11 Kwaliteitszorg	76
11.1. Uitvoering kwaliteitsdecreet voor de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen	76
11.2. Administratieve lastenverlaging	76
11.3. Verfijnen en vereenvoudigen van een onafhankelijke en kwaliteitsvolle diagnose van zorgvragen en indicatiestelling	77
Hoofdstuk 12 Vrijwilligerswerking.....	78
Hoofdstuk 13 Meer Vlaanderen: Meer wel-zijn	79

Inleiding

Het regeerakkoord van de Vlaamse regering voor de legislatuur 2004-2009, draagt het motto "Vertrouwen geven, verantwoordelijkheid nemen". Onder dit motto passen volgende hoofdlijnen: meer werk, meer zorg, minder regels, meer participatie, meer Vlaanderen.

Dit motto en deze hoofdlijnen staan evenzeer voorop in mijn beleidsnota voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Vanzelfsprekend staat de hoofdlijn "meer zorg" hier prioritair. Maar ook de andere hoofdlijnen moeten aan bod komen in deze beleidsnota. En het dynamisch evenwicht tussen vertrouwen en verantwoordelijkheid kan in de zorgsector een bijzondere invulling krijgen, meer bepaald ter concretisering van de volgende passus uit de inleiding op het regeerakkoord:

"Immers, een overheid die niet investeert in de samenleving kan geen inspanning van de samenleving verwachten. Maar, een samenleving die haar verantwoordelijkheid niet neemt, kan moeilijk eisen stellen aan de overheid."

De coöperatieve verhouding tussen overheid en samenleving die hier beschreven wordt, moet kunnen gelden tussen de hoofdactoren uit de welzijnssector: de zorgvragers¹, de initiatiefnemende organisatoren uit de welzijnssector, de werkers uit die sector, de vele mantelzorgers en vrijwilligers, en de overheid die regels vastlegt en tegelijkertijd als financier namens de belastingbetaler optreedt.

Deze actoren moeten op elkaar kunnen rekenen, maar altijd met de focus op de zorgvrager. Bij de beleidsbepaling en beleidsuitvoering primeren de behoeften van de zorgvragers op de belangen van de andere partners. Ook in de ogen van de beleidsvoerders mogen "de zorgvragers" geen abstracte, homogene groep zijn. We streven naar een specifieke benadering in functie van de zeer diverse en wijzigende behoeften van kinderen, jongeren, volwassenen, ouderen, gezinnen, personen met een handicap,... Enkel zo brengen we respect op voor het unieke van iedere zorgvrager.

*

¹ Om de leesbaarheid van deze Beleidsnota te vergroten, werd ervoor geopteerd om steeds de termen zorgvrager en zorgverstrekker te gebruiken in zowel de beleidsdomeinen Gezondheid, Welzijn als Gezin. In deze termen zijn dus ook de hulpverleners en hulpvragers vervat.

Zoals in de meest Europese landen, heeft ook Vlaanderen ervoor gekozen om bij de organisatie van de gezondheids- en welzijnszorg niet uit te gaan van de beginselen van de vrije markteconomie. Deze keuze is geïnspireerd door volgende overwegingen:

- Wie ziek of zorgbehoevend is, moet in sterke mate kunnen rekenen op solidariteit van zijn familie en omgeving, maar ook van de hele samenleving. Daarom willen we voor de welzijnssector het principe "De gebruiker betaalt", niet laten gelden;
- Ook al erkennen we dat het winst oogmerk in vele sectoren een belangrijke stimulans is voor efficiëntieverhoging, toch menen we dat winstmaximalisatie niet de eerste drijfveer mag zijn voor de ondernemers uit de welzijnssector: dit zou immers een te grote bedreiging kunnen vormen voor de kwaliteit en de solidariteit.

Meer dan in vele andere Europese landen speelt de private social-profitsector in Vlaanderen een grote rol bij de zorgverlening. Wij blijven daarvoor kiezen, omdat via dit private initiatief groepen uit de samenleving hun verantwoordelijkheid nemen tegenover de overheid en de zorgbehoevenden; precies in de lijn van het motto van het regeerakkoord.

Private initiatieven zijn vaak laboratoria van de zorgverlening in een steeds evoluerende samenleving, door in te spelen op nieuwe noden en uitdagingen. Hun specifieke inspiratie kan een oorsprong vinden in hun levensbeschouwing, hun betrokkenheid bij een specifieke doelgroep, hun bijzondere bekwaamheden. Die inspiratie kan een meerwaarde betekenen, maar mag geen reden zijn tot uitsluiting van bevolkingsgroepen uit hun zorgverlening.

In toenemende mate ontwikkelen lokale overheden ook creatieve en op specifieke noden gerichte initiatieven. Zij kunnen de soepelheid en dynamiek van private initiatieven evenaren. Door ruimte te maken voor verschillende actoren, creëren we ook een zekere mate van keuzevrijheid voor de zorgvrager.

Dit creëert een verantwoorde vorm van concurrentie, die echter niet op winstmaximalisatie is gestoeld en prijsverschillen binnen de perken houdt. Initiatiefnemers uit de private en uit de overheidssectoren zijn in beginsel voor de Vlaamse overheid evenwaardige partners.

De sociale ondernemers uit de private en uit de overheidssector, moeten we ruimte geven om hun managementtaken ten volle op te nemen en hun bekwaamheid op dat vlak te versterken. Zij zijn op deze terreinen de experts. De Vlaamse overheid mag zeker niet van de veronderstelling uitgaan dat zij via detailregelgeving de managementtaken moet of kan overnemen. Ieder zijn job.

De regelgeving van de overheid moet ruimte laten voor betrokkenheid en emancipatie van de zorgvrager. De eigen krachten van de zorgvrager versterken, behoort mee tot de kernopdrachten van de werkers en ondernemers uit de sector, maar zal nooit vanuit regelgeving kunnen afgedwongen worden. Ook hiervoor is er nood aan evenwicht tussen vertrouwen en verantwoordelijkheid.

*

Ook al functioneren ze niet volgens de regels van de vrije markteconomie, toch zijn de welzijnssectoren volwaardige economische sectoren. Zoals de marktsector creëren ze toegevoegde waarde, dragen ze integraal bij tot het bruto nationaal product, tot welvaart, welzijn en geluk van de Vlamingen en tot volwaardige werkgelegenheid. We gaan niet akkoord met een voorstellingswijze alsof de social-profitsector slechts zou bestaan dankzij of bij de gratie van de marktsector.

De marktsector en de social-profitsector zijn partners die elkaar nodig hebben. Zij verhouden zich niet als taartenbakkers en taarteneters; de ene vormt niet het draagvlak van de andere. De Vlaamse Regering wil ernaar streven ze beiden in harmonie en organische samenwerking te laten groeien.

Bij onvoldoende groei van de marktsector ontstaan er financieringsproblemen voor de socialprofitsector. Bij ontoereikend aanbod van kinderopvang en zorg voor zieken, personen met een handicap en anderen zal het niet mogelijk zijn de Lissabondoelstellingen te realiseren; deze doelstellingen beogen een forse groei van de activiteitsgraden in Vlaanderen en België. De zorgsector is wat dit betreft enigszins te vergelijken met de onderwijssector. Wie zal ontkennen dat kwaliteitsvol onderwijs van cruciaal belang is voor de groeikracht voor Vlaanderen? Toch is ook onderwijs grotendeels buiten de marktsector georganiseerd.

*

Dit alles betekent vanzelfsprekend niet dat de bomen van de socialprofitsector tot in de hemel groeien. Als beleidsverantwoordelijken zullen we evident keuzes moeten maken, met schaarste en budgetbeperkingen geconfronteerd worden, efficiëntie en de zichtbaarheid ervan moeten nastreven.

De groei van de uitgaven van de welzijnssector was tijdens de afgelopen jaren sterker dan de economische groei en dan de algemene uitgavengroei in de overheidssector. Op die manier is de sector ook een belangrijke bron van bijkomende tewerkstelling.

Verschillende groeifactoren zullen in de toekomst de uitgavenontwikkeling in die richting sturen:

- de verhoging van de gemiddelde leeftijd en van de levensverwachting, die gepaard gaat met een minstens proportionele groei van het aantal levensjaren waarvoor zorg gewenst is;
- de verwachting vanuit de mantelzorg om meer dan in het verleden steun te krijgen vanuit de professionele zorg, of er zelf deels door te worden vervangen;
- de breed gedragen bekommernis om de kwaliteit van de hulpverlening verder te verbeteren;
- de vraag van de werknemers uit de sector naar een pakket arbeidsvoorwaarden dat nog beter de vergelijking kan doorstaan met de arbeidsvoorwaarden in de commerciële sector;
- door de eigen aard van de zorgverlening is productiviteitsgroei er bijzonder moeilijk te realiseren.

Het is niet de bedoeling van deze beleidsnota om een uitgewerkt begrotingsscenario voor de hele legislatuur te creëren. Het bepalen van prioriteiten en posterioriteiten is een opdracht voor de ganse legislatuur. Maar nu is reeds duidelijk dat het niet mogelijk zal zijn om de verschillende vermelde groeifactoren zonder beperking doorgang te laten vinden.

Voor de eerste jaren van de legislatuur is de begrotingsruimte erg beperkt. De keuzes die tijdens de afgelopen legislatuur werden gemaakt, zorgen in verschillende deelsectoren voor een

opstoot van de uitgaven. We vermelden enkele belangrijke elementen:

- de tijdelijke wijziging in de toekenningsmodaliteiten van individuele materiële bijstand door het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap; (het zogenaamde korvensysteem);
- de dotatie aan datzelfde Fonds voor de financiering van de residentiële sector, ligt reeds meer dan 5 jaar telkens lager dan de vergoeding waarop deze sector jaarlijks aanspraak mag maken. De terechte beslissing om de voorschotten van deze sector te verhogen en de afrekeningen te versnellen, doet de uitgaven in 2004 fors toenemen tot boven het peil van de uitgaven voor 2004.
- ook de dotatie aan VIPA moet gevoelig opgetrokken worden om de engagementen uit het verleden na te komen.

De afgelopen periode heeft het Vlaams Parlement op verschillende terreinen belangrijk decreetgevend werk geleverd. Het preventiedecreet, het armoededecreet, het ouderendecreet, het decreet op de integrale jeugdhulp,...: ieder van deze decreten gaat ervan uit dat de uitgaven in deze sectoren de komende jaren gevoelig kunnen en moeten stijgen. Groeipaden verspreid over verschillende jaren zijn in het vooruitzicht gesteld maar niet altijd gekwantificeerd. Het uitgangspunt was blijkbaar dat de begrotingsperspectieven voor het komende decennium het zouden toelaten om bovenop de spontane groeimechanismen nog substantiële beleidsuitbreidingen te financieren.

*

Het is vandaag zeker geen uitgemaakte zaak dat al deze verwachtingen ten volle zullen kunnen beantwoord worden. De belangrijkste actoren uit de zorgsector zullen bij het uitwerken en propageren van beleidsscenario's voor de middellange termijn hiermee rekening moeten houden.

Het regeerakkoord beoogt het vertrouwen van de bevolking in de overheid te versterken. Wij kunnen die doelstelling niet realiseren wanneer we verwachtingen ten aanzien van de overheid creëren, die we om budgettaire redenen niet zullen kunnen waarmaken. Dit uitgangspunt sluit realistisch voluntarisme nochtans zeker niet uit.

Zorgbehoevenden, werkers uit de sector, de instellingen en hun leveranciers..., allen hebben recht op een correcte en tijdige uitvoering door de overheid van haar financiële engagementen. Daarop moeten onze partners kunnen vertrouwen, om op basis daarvan hun verantwoordelijkheid te kunnen nemen.

Samen zullen we verder moeten zoeken naar vraaggerichte zorg, wat dus ook een zoektocht veronderstelt naar zorgvormen die de autonomie van de zorgbehoevende en de mogelijkheden van de mantelzorgers valoriseert. Maar we moeten blijven erkennen dat sommige zorgvragers, bepaalde categorieën ouderen en personen met een handicap, sommige kinderen en jongeren, weinig of niet aan vraagsturing en autonomie toekomen. Zij verdienen daarom van de overheid eerder meer dan minder aandacht.

Sinds mensenheugenis leveren vele vrijwilligers zorg op maat aan hun familie en buren, vaak ook aan zorgbehoevenden waarmee ze geen band van nabijheid hebben. Om begrotingsredenen is het onmogelijk om hun inzet te vervangen door die van bezoldigde krachten. Maar de vrijwilligersinzet heeft nog een andere meerwaarde: hij maakt de solidariteit op een bijzondere wijze zichtbaar voor wie geholpen wordt. Ook om die reden zijn vrijwilligers onmisbare partners in de zorgverlening.

Algemene krachtlijnen van het beleid

Het is een open deur intrappen als we zeggen dat de samenleving – zowel op micro- als op macrovlak vandaag anders omgaat met verzorging van mensen dan pakweg 20 jaar geleden. Vooral op microvlak, binnen gezinnen en families, is er heel wat veranderd. Vaak gaan beide partners werken – of in eenoudergezinnen de ouder – soms zijn middelen niet voorhanden of laten de omstandigheden het niet toe en moet de zorg voor kinderen, zieken, zorgbehoevende ouderen en mensen met een handicap,... door derden opgenomen worden. Vlaanderen heeft natuurlijk het voordeel om te mogen rekenen op vele mantelzorgers die zich ten dienste stellen van mensen met een zorgvraag. Zij verdienen meer erkenning en waardering.

In dit kader wil ik ook zoeken naar een antwoord op een specifieke verzuchting van heel wat mensen die een zorgbehoevende wensen te verzorgen, maar het niet mogelijk achten om deze zorg zeven dagen op zeven te dragen, elk uur van de dag.

De gewijzigde gezinssituatie heeft ook haar impact op het opvoeden van kinderen. Heel wat ouders worstelen met opvoedingsvragen, wat trouwens niet abnormaal is. Opvoedingsonzekerheid moet dan ook meer bespreekbaar gemaakt worden.

Op macrovlak is de sector ondertussen verder geprofessionaliseerd. Toch blijft de doelstelling dezelfde: iedereen heeft recht op een kwaliteitsvol leven, in elke fase van dat leven.

*

In deze beleidsnota wil ik binnen de beleidsdomeinen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin – en rekening houdend met de budgettaire beperkingen – trachten een antwoord te geven op deze gewijzigde maatschappelijke context en noden.

In dit antwoord staat elke mens centraal, zowel de zorgbehoevende, met inbegrip van zijn of haar omgeving, als de zorgverstrekker. **De basis van mijn beleid is de menselijke waardigheid:** ik wens de zorgbehoevende in de eerste plaats te benaderen als mens, dan pas als zorgvrager. Het unieke van elke mens, het waardevolle van elk menselijk leven is hierbij het uitgangspunt. **Het ultieme doel van mijn beleid is dat elke mens zich goed kan voelen in zijn vel.** Dit houdt een betere gezondheid voor iedereen in, maar ook het algemeen welbehagen van elke mens.

Mijn beleid gaat uit van een respect voor de diversiteit van de mensen in onze samenleving. Het gaat erom dat iedereen kan

betrokken worden, dat ten overstaan van ieder respect aanwezig is. Van de welzijns- en gezondheidssector verwacht ik dan ook dat de oriëntatie op deze diversiteit wordt verder gezet. Hulpaanbod, methodieken, ... moeten gericht zijn op het bereiken van deze diversiteit. Sectorale verkokering van het aanbod naar doelgroepen moet verder worden omgebogen naar een geïntegreerd werken. Gerichte samenwerking en afstemming is hiervoor nodig.

Natuurlijk kan de overheid deze persoonlijke en subjectieve behoeften niet zelf invullen. Het is een samenspel van vele actoren en factoren. Dit uit zich niet alleen in de wijze van verzorging, maar ook in de rol die de overheid hierin speelt. De Vlaamse Gemeenschap heeft hierbij twee belangrijke taken. Ze trekt de grote lijnen waardoor voldoende zorg voorhanden en betaalbaar is. Daarnaast waakt ze over de kwaliteit van deze verzorging. In deze rol zal ze sturend maar zeker niet betuttelend optreden. Een beleid dat van onderuit wordt uitgedacht en grotendeels wordt gerealiseerd, biedt immers de beste waarborgen voor kwaliteit, nabijheid en doelmatigheid. De sector, de instellingen, de plaatselijke en intermediaire besturen, ... zijn vaak het best geplaatst om een goede zorg 'op maat' aan te bieden.

Ik ben ervan overtuigd dat ook het middenveld een belangrijke rol te vervullen heeft in het beleidsvoorbereidend en -evaluerend werk. Als (gespreks)-partners van het terrein staan zij tussen mensen en overheid in. Zij vormen het sociaal kapitaal waarmee een maatschappij zichzelf kan versterken.

Ik zal hierbij dan ook, in het kader van een verdere implementatie van het Beter Bestuurlijk Beleid, streven naar evenwichtige en objectief samengestelde raadgevende comités, na overleg en inspraak van alle betrokken partners in de sectoren. Het oprichten van de strategische adviesraad zal toelaten om het beleid beter af te stemmen op de noden van vandaag.

*

Om doelmatig en efficiënter, en dus kostenbesparend, te kunnen werken is het belangrijk dat de planlast en de administratieve lasten verminderen. De efficiëntie verhoogt als de expertise van een geïntegreerd, inclusief en coherent plan kan gebruikt worden bij het opstellen van verschillende deelplannen. Dit komt trouwens ook de doelmatigheid ten goede.

Het is niet normaal dat administraties en diensten aan mensen en instellingen vragen om steeds opnieuw allerhande

formulieren en attesten voor te leggen. Mensen hebben recht op een menselijke en meer gebruiksvriendelijke dienstverlening, wat trouwens meer is dan een beter toegankelijke dienstverlening.

In mijn beleid zal ik er eveneens over waken dat de initiatieven die genomen worden binnen de beleidsdomeinen Gezin, Volksgezondheid en Welzijn maximaal toepasbaar zijn in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, ten behoeve van de Brusselse Vlamingen.

*

Vlaanderen heeft het geluk om goed geschoold, zeer geëngageerd en bijzonder dienstig personeel in de zorg- en welzijnssector te hebben. Hun daadkracht en empathie mag niet verloren gaan door inefficiëntie van beleid en organisatie. Niet meer en harder werken, maar verhoogde werkbaarheid is de doelstelling. De middelen (instellingen, overlegstructuren,...) die aangewend worden moeten daadwerkelijk werken en leiden tot oplossingen. Een vraag moet een antwoord krijgen. Dit betekent niet noodzakelijk: meer structuren, instellingen, gebouwen,... Het antwoord moet evenwel op de juiste plaats gegeven worden.

De samenwerking tussen verschillende (deel-)sectoren kan een belangrijk synergie-effect opleveren bij de dienstverlening, therapieën en zorgtrajecten, als de zorgvrager centraal blijft staan en op een snelle en adequate wijze bij de juiste zorgverlener terechtkomt. In deze beleidsnota wordt daarom ook geopteerd om de tendens naar meer horizontaal en integraal denken en werken te ondersteunen. Doel is de verkokering en het hokjesdenken verder te verlaten en te streven naar meer verwevenheid tussen de verschillende sectoren. Het is evident dat deze samenwerking en dit overleg ertoe leiden dat de effectieve tijd voor hulpverlening gemaximaliseerd wordt.

Ik wil bovendien pleiten om nog meer gedifferentieerd en complementair te werken. Dit betekent dat ook de regelgeving flexibeler moet worden, zonder in te boeten op rechtszekerheid. De regelgeving moet soepel genoeg zijn om het juiste antwoord te geven op (nieuwe) evoluties die van onderuit (vanuit de sector, het werkveld, de zorgvrager,...) ervaren worden. Ze moet van dien aard zijn dat ze deze evoluties onderkent zonder ze te promoten of tegen te werken. Het beleid moet immers geen waardeoordeel over bepaalde tendensen in de samenleving uitspreken: in de beleidskeuzes moet er wel rekening mee gehouden worden.

Het is goed dat welzijns- en gezondheidszorg steeds meer gebaseerd zijn op evidenties. Deze evidenties verwerft men uit

de wetenschap en uit ervaring. Het is de verantwoordelijkheid van beleidsvoerders en professionele organisaties om 'Evidence based'-keuzes te maken, maar om ethisch verantwoord te werken moeten zij minstens ook rekening houden met de verscheidenheid aan waarden in de samenleving (Value based).

Daarbij zal ik ook, zeker binnen mijn beleidsdomeinen, wetenschappelijk onderzoek doen en ondersteunen.

In dit kader is het nuttig dat de Europese ontwikkelingen (nieuwe trends of methodes) van het welzijns-, gezondheids- en het gezinsbeleid op de voet gevolgd worden. Ook de bilaterale samenwerking met buurlanden en prioritaire landen voor het Vlaamse buitenlandse welzijns- en gezondheidsbeleid wordt verdergezet. Bovendien kan de bestaande expertise van het Vlaams welzijns- en gezondheidsbeleid ook ingezet worden bij de uitbouw van de Vlaamse ontwikkelingssamenwerking.

*

Ik heb, tot slot, getracht om in deze beleidsnota niet te redeneren vanuit eventuele problematische gegevens, maar naar oplossingen en uitdagingen toe. Een betere beschikbaarheid en betaalbaarheid van kwaliteitsvolle zorg is hierbij primordiaal. Ik zal in dit streven de budgettaire realiteit niet uit het oog verliezen en eerst de bestaande engagementen nakomen, en daarna pas nieuwe initiatieven nemen en ze ook daadwerkelijk realiseren.

DEEL 1 WELZIJNS- EN GEZINSBELEID

Hoofdstuk 1: Gezinsbeleid

1.1. Algemene krachtlijnen

Het gezin is dé experimenteerruimte waarbinnen kinderen en jongeren leren (over) deelnemen aan de samenleving. In dit gezin worden kinderen meer en meer partners in het opvoeden en opgroeien.

Ik wil een gezinsbeleid voeren dat gelooft in de kracht van de opvoeding. Een beleid dat uitgaat van positief ouderschap waarbij ouders zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van hun kind.

Het gezinsbeleid houdt rekening met alle gezinsvormen. Daarbij moet het zorgen voor een gedifferentieerd (hulp)aanbod dat ook kwetsbare groepen en gezinsvormen bereikt. Elk hulpaanbod naar gezinnen moet aandacht hebben voor deze diversiteit en de participatie van deze kwetsbare groepen stimuleren. Het inzetten van ervaringsdeskundigen binnen Kind & Gezin is hierbij een krachtig voorbeeld.

1.2 Centrale boodschap... naar ouders: de perfecte ouder?

Een gezin leeft niet op een eiland. Het staat in het midden van het maatschappelijke leven. Het gezin ontkomt niet aan de toenemende druk van de samenleving. Zo staan gezinsleden ondermeer voor de steeds grotere uitdaging om het gezinsleven aan bvb. de arbeidssituatie(bvb. flexibiliteit, prestatiedruk, stress) te koppelen. Zorgen voor het welzijn van de gezinsleden en het gezin, betekent dat met deze brede invloedstroom wordt rekening gehouden.

Teveel nog is het hebben van opvoedingsvragen taboe. Het lijkt dan alsof de ouder 'het' niet goed doet. Ouders blijven vaak - te lang- met deze vragen zitten.

Opvoeden kan soms lastig zijn. Het is heel normaal dat ouders hier soms vragen bij hebben, het niet meer weten, onzeker worden.

Opvoedingsonzekerheid moet meer bespreekbaar worden. Ik streef ernaar de preventieve gezinsondersteuning zo vorm te geven dat elk gezin die ondersteuning krijgt die het nodig heeft. Het moet voor ouders vanzelfsprekend zijn om met hun bekommernissen en vragen naar buiten te komen. Daarom is het

nodig verder te investeren in een volwaardig en complementair aanbod, waarlangs gezinnen kwalitatief worden onthaald en zich snel en correct kunnen informeren, via een kanaal dat hen op dat ogenblik het best schikt.

Concreet zal ik nagaan hoe binnen de preventieve zorg van Kind & Gezin het psychosociaal en pedagogisch luik verder kan uitgebouwd worden. Ook moet informatie naar gezinnen met jonge kinderen toegankelijk en begrijpelijk zijn. De dienstverlening die openstaat voor alle gezinnen en aangeboden wordt in de eerstelijnsvoorzieningen, moet toegankelijk en zoveel mogelijk beschikbaar zijn.

Het huidige decreet inzake opvoedingsondersteuning moet geëvalueerd worden. Naast bestaande initiatieven vanuit het sociaal-culturele werk, wil ik opvoedingsondersteuning waar mogelijk verbreden. Ouders en kinderen of jongeren moeten gemakkelijk in hun omgeving terecht kunnen voor dergelijke vroegtijdige ondersteuning.

In nauw overleg met de beleidsdomeinen onderwijs en jeugd zal ik nagaan hoe onder meer de Centra voor Leerlingbegeleiding, de Jongeren Informatiepunten, de Jongeren Adviescentra nog meer hun belangrijke brugfunctie naar kinderen en jongeren kunnen waarmaken.

...Naar beleid: horizontaal en inclusief

Het voeren van een gezinsbeleid betekent dat we breed moeten kijken. Maatregelen uit alle beleidsdomeinen die een invloed hebben op het gezin, moeten zoveel mogelijk gescreend worden op hun impact op het gezinsleven. Daarom zal ik in overleg met belangrijke actoren een gezinsindex aanmaken. In deze index zullen ondermeer indicatoren als psycho-emotionele, financiële, relationele, pedagogische draagkracht opgenomen zijn. Alleen zo wordt het gezin inclusief benaderd en verankerd in het gehele Vlaamse beleid.

1.3 specifieke accenten

1.3.1. Naar kinderopvang als kwaliteitsvolle basisvoorziening

Vele kinderen worden dagelijks met succes in de eigen familie opgevangen. Wanneer dit niet of onvoldoende mogelijk is, moet een gezin in zijn directe omgeving een beroep kunnen doen op een kwaliteitsvolle, toegankelijke en veilige kinderopvang. Kinderopvang is immers niet alleen een economische hefboom, maar voor kinderen ook een unieke sociale en pedagogische opportuniteit. Het professioneel werken in de kinderopvang wordt daarom versterkt, o.m. door na te gaan welke de

noodzakelijke competenties zijn en het verwerven ervan te ondersteunen.

Ten aanzien van de kinderopvang zal een meersporenbeleid gevoerd worden. In het kader van de Barcelonanorm zal ik 5000 bijkomende plaatsen in de kinderdagopvang realiseren. Voor het beschikbaar stellen van de voorziene middelen zal ik overleg plegen met de Minister bevoegd voor sociale economie. Het aanbod in de buitenschoolse opvang wordt verder kwalitatief en kwantitatief uitgebreid. Ik onderzoek hoe specifieke opvangbehoeften buiten dit basisaanbod, met name flexibele en occasionele opvang, meer structureel georganiseerd kunnen worden. Dit gebeurt binnen een duidelijk afgebakend kwaliteitskader, als antwoord op specifieke noden en met behoud van kostenefficiëntie. De dienstencheques kunnen hierbij als instrument gebruikt worden. Het regelgevend kader zal gestroomlijnd worden tot een coherent geheel, met aandacht voor gebruiksvriendelijkheid, kwaliteit, betaalbaarheid en administratieve eenvoud. Deze regelgeving moet het initiatief nemen en het beantwoorden aan nieuwe opvangbehoeften faciliteren.

De fundamentele kwaliteitstoets voor de kinderopvang kan als volgt worden samengevat: wat goed is voor de ouders, moet beter zijn voor het kind.

1.3.2 aandacht voor opvoedingslast

De gezins- en opvoedingszorg wordt ook versterkt voor gezinnen waarbij de draagkracht en de draaglast uit balans is of dreigt te raken. Indien de opvoeding moeilijk verloopt moet de overheid aan ouders en kinderen of jongeren een gebruiksvriendelijk en lokaal ingebed dienstverleningsaanbod aanbieden.

De Centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning blijven belangrijke voorzieningen om hulp te verlenen aan gezinnen met tijdelijke opvoedingsbehoeften en -noden. Zij sluiten goed aan op het bredere aanbod inzake opvoedings- en gezinsondersteuning. Ik streef een verhoging van de programmatienormen van deze centra na. Ook hun preventieve taak inzake de ontwikkeling van antisociaal gedrag bij kinderen moet verruimd worden via het toepassen van nieuwe methodieken en werkwijzen.

Het gezins- en relationeel welzijnswerk moet voor deze meer kwetsbare doelgroep gemakkelijk toegankelijk zijn. Waar nodig en mogelijk, stuur ik aan op een versterking van dit aanbod.

1.3.3. Werk maken van familiale bemiddeling

De problematiek van echtscheiding is complex. Ik wil vanuit het beleid impulsen geven aan familiale bemiddeling. In deze scheidings- en ouderschapsbemiddeling zal – zeker ten voordele van de kinderen – aandacht uitgaan naar de juridische, pedagogische en psychosociale invalhoek.

Ik opteer voor een versterking van het gezins- en relationeel welzijnswerk binnen de centra voor algemeen welzijnswerk.

Tevens wil ik bij het federaal niveau bepleiten om verder werk te maken van de installatie van een familiekamer, van jeugdadvocaten, van spreekrecht voor de minderjarige en met aandacht voor het co-ouderschap.

1.3.4. Expertise van de vertrouwenscentra maximaliseren

De vertrouwenscentra moeten een cruciale rol spelen in de hulpverlening rond kindermishandeling blijven.

Hiervoor moeten de kerntaken van deze centra beter uitgetekend worden, rekening houdend met de positie van andere actoren die preventief en/of curatief werken rond de problematiek van kindermishandeling. Vanuit een dergelijke samenwerking wens ik, in overleg met deze actoren, werk te maken van het beter in kaart brengen van deze hulpverleningsbehoeften. Dit zal dan mee de basis vormen van de evaluatie van de huidige capaciteit.

1.3.5. Opvang voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen

De problematiek van de niet-begeleide minderjarige vreemdelingen neem ik expliciet op binnen dit gezinsbeleid. Het gaat hier met name over kinderen en jongeren die in een bijzonder kwetsbare positie zitten en die niet kunnen terugvallen op ouderlijke ondersteuning. Zonder inbreuk te plegen op het federale asielbeleid, en binnen het budgettaire kader, wens ik bijkomende opvangmogelijkheden na te streven. Daartoe pleeg ik overleg met de bevoegde ministers.

1.3.6. Rechtspositieregeling van de minderjarige exploreren

Met de goedkeuring van het decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdzorg treedt een legistiek kader in werking dat uitvoering geeft aan de bepalingen van het Internationaal Verdrag van de Rechten van het Kind. Het heeft uiteraard heel wat impact het statuut

van het kind of de jongere in de jeugdhulp. Ik wil dat vooreerst de impact op de gezins- en opvoedingszorg in kaart wordt gebracht. Ten tweede wens ik voorbereidingen te treffen voor het aanpassen van de bestaande en het opmaken van de nieuwe regelgeving. Tenslotte zal onderzocht worden welke middelen nodig zijn voor de vorming van hulpverleners en de communicatie naar jongeren, ouders en hulpverleners over het decreet rechtspositie.

1.3.7. Adoptie

De totale sector van adoptie heeft de voorbije jaren heel wat onzekerheid gekend. De nieuwe federale wet en het nieuwe Vlaamse adoptiedecreet hertekenden het landschap inzake adoptie, maar werden nog niet uitgevoerd. In eerste instantie wens ik het Vlaamse decreet inzake adoptie te evalueren en te zoeken naar haalbare realisaties binnen deze hertekening. Ik wens ondermeer na te gaan of de specificiteit van de binnen- en buitenlandse adoptie voldoende gevrijwaard kan blijven. Mijn grootste bekommernis hierbij is dat gezinnen die de stap zetten naar adoptie opnieuw duidelijkheid krijgen rond wat hun te wachten staat en dat ze maximaal ondersteund worden in het adoptieproces. Belangrijk hierbij zal het streven naar een toegankelijke en snelle procedure zijn, met bijzonder veel aandacht voor empathie en begrip ten aanzien van adoptiekind, en -ouder en de afstandsouder bij binnenlandse adoptie. Het uitklaren van wie de evaluatie van de kandidaat-adoptieouders in de toekomst zal doen, is hierbij een prioriteit. Daarbij zal ik aandacht hebben voor de expertise binnen de huidige evaluatieteams. Verder wil ik de adoptiediensten verder professionaliseren en zorgen voor voldoende nazorg.

1.3.8. Gezinszorg, een eerste stap naar ondersteuning voor de gezinnen

Uit onderzoek van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies blijkt bij jonge gezinnen, vooral bij tweeverdieners, een grote behoefte aan gezinshulp onder de vorm van bvb. poetshulp, boodschappendienst, klusjes.

Eind jaren '90 werden de behoeften aan gezinszorg geanalyseerd in een wetenschappelijk onderzoek. Niet alleen werd de toen actuele nood in kaart gebracht, ook de toekomstige noden werden ingeschat in het kader van de verwachte demografische explosie. Een groeipad voor de diensten gezinszorg bleek noodzakelijk.

Ook in de praktijk is de nood duidelijk zichtbaar: wachttijden in de gezinszorg zijn geen uitzondering, maar regel. Het gezin met zijn vraag naar ondersteuning staat hierbij in de kou.

Ik wil dan ook inspanningen leveren om binnen de budgettaire ruimte een groeipad voor de diensten gezinszorg te realiseren dat overeenkomt met de demografische evolutie.

Een uitbreiding van de urencontingenten, samen met het bewaken van een optimale invulling ervan zullen hiertoe een bijdrage leveren.

Hoofdstuk 2 Ouderen

2.1. Inleiding

Tegen 2010 zal een kwart van de Vlaamse bevolking ouder zijn dan 60 jaar en tegen 2020 zal dit aandeel bijna 1/3 zijn. In 2000 telde Vlaanderen iets meer dan 200.000 80-plussers, de demografische prognose voorspelt in 2010 een aantal van ruim 300.000 80-plussers. Een toename met meer dan de helft.

Vlaanderen kleurt dus langzaam grijs. Of misschien zeggen we beter: zilver. Zilver verwoordt immers beter de waarde die de 50- en 60-plussers hebben. Ik vind het belangrijk dat we in de beleidsvisie ook aangeven welke plaats ouderen innemen in deze maatschappij en rekening houden met hun behoeften.

Senioren worden op hun juiste waarde geschat en in die waarde erkend. Na hun inzet tijdens hun actieve professionele loopbaan hebben zij immers het recht zelf een eigen invulling te geven aan deze volgende fase in hun leven. Zij verdienen sowieso ons respect, of ze nu gewoon puur genieten van een rustige oude dag, dan wel of ze zich nog actief willen inzetten in het sociale en culturele leven of in de managementwereld.

Ik wil pleiten voor een inclusief, een geïntegreerd ouderenbeleid. Dit zal minder verengend werken. In eerste instantie moeten we immers nadenken hoe we de maatschappij kunnen inrichten opdat iedereen zich er maximaal in thuis voelt, zich gewaardeerd voelt, zinvol kan zijn. Dat gaat evenzeer over de aanleg van straten en pleinen, over het mobiliteitsvraagstuk, het tijdskrediet, het cultureel aanbod, een antwoord zoeken voor het toenemend gevoel van onveiligheid tot levenslang wonen/bouwen.... De zoektocht naar antwoorden moet immers meer zijn dan alleen maar aanpassingen aan het bestaande aanbod aanbrengen.

2.2. De verwachtingen

Op de vooravond van de verzilveringsgolf van de babyboomgeneratie stellen we vast dat de woon-, leef- en zorgbehoeften van de ouderen aanzienlijk veranderd zijn. De ouderen van de toekomst, de huidige vijftigers en zestigers, zijn veel diverser: mondiger, veeleisender en hebben andere comfortbehoeften.

Door deze verscheidenheid binnen het ouderenpubliek moeten we anticiperen op de toekomstige verwachtingen. Een grotere verscheidenheid in het aanbod en een breder pallet aan ondersteunende maatregelen zijn een mogelijk antwoord.

Ik wil ouderen zo lang mogelijk zo normaal mogelijk laten leven, mensen maximaal thuis ondersteunen en zo min mogelijk verplichten te verhuizen, meer nadruk leggen op woon- en leefaspecten i.p.v. enkel focussen op zorg, ouderen maximaal laten participeren aan de samenleving en het afbrokkelende sociale weefsel meer actief gaan ondersteunen.

2.3. Gedragenheid door meer participatie

Wanneer we een beleid willen uittekenen is het belangrijk om ouderen zelf te laten participeren aan beleidsvoorbereidend en adviserend werk. Als ze hun ervaringsdeskundigheid inbrengen creëren we een gericht en meer gedragen antwoord op hun behoeften en verwachtingen. Participatie creëert betrokkenheid. Zelf organiseren en participeren, geeft meer voldoening dan louter moeten ondergaan wat anderen voor u bepalen.

2.4. Participatie geeft meer kwaliteit aan het leven

Voor elke mens, dus ook voor de ouderen, is de grootste bekommernis een zinvolle dagbesteding, voldoende levenskwaliteit. Om deze kwaliteit, dit wel-zijn, mogelijk te maken, wil ik in mijn beleid aandacht hebben voor actiepunten die zorgen voor een voldoende actieve participatie van ouderen aan onze samenleving. Ik vind het belangrijk dat we focussen op hun zelfredzaamheid, zelfstandig leven en het onderhouden van sociale contacten. Fenomenen als vereenzaming, armoede, slechte huisvesting, vrees voor de eigen veiligheid, gebrek aan informatie en armoede horen immers nog te vaak bij de leefwereld van veel ouderen.

2.5. Ouderenparticipatiedecreet

Het ouderenparticipatiedecreet heeft de regelgevende basis gelegd voor deze participatie. Tijdens deze legislatuur wil ik uitvoering geven aan dit decreet. Deze uitvoering gebeurt afgestemd op het Lokaal Sociaal Beleid.

Om de participatie mogelijk te maken wil ik zorgen voor een goede ondersteuning van de lokale seniorenadviesraden. Zo kunnen zij een stevige partner zijn om in harmonie met de lokale verantwoordelijken een lokaal ouderenbeleid vorm te geven. Hier kan de lokale diversiteit, waar ook plaats is voor allochtone ouderen, personen met een andere geaardheid of

ouderen die in armoede leven, zorgen voor een extra rijkdom in het beleid.

Het lokale seniorenbeleid moet de sterke ondergrond zijn van een algemeen ouderenbeleidsplan, dat gedragen wordt door alle partners.

Om de vertaling te maken naar het Vlaamse beleidsniveau wil ik de Vlaamse Ouderenraad oprichten. Deze moet een weerspiegeling zijn van alle geledingen van de seniorengroep. Thema's als onveiligheid, eenzaamheid en vereenzaming mogen geen vaststellingen blijven. Ik wil ze bespreekbaar maken en dan samen zoeken naar passende antwoorden en initiatieven.

Ik wil ook op zoek gaan naar vernieuwende methodes van bevraging om de echte behoeften in beeld te brengen. Dit kan gebeuren via een behoeftenonderzoek bij ouderen.

2.6. Participatie als instrument voor sociale betrokkenheid

De actieve ouderen moeten ernstig genomen worden. De rijkdom aan competentie en inzet van onze senioren wens ik te verzilveren door initiatieven te nemen die deze rijkdom omzetten in actieve participatie aan het sociale en culturele leven, onder meer bij het verenigingsleven en de aanwezigheid in raden van beheer.

Ik wil hun rol in het vrijwilligerswerk zichtbaar maken en erkennen. Hiervoor ga ik de dialoog aan met vrijwilligersorganisaties en lokale initiatiefnemers.

Ik wens duidelijk stappen te zetten naar de organisatie van vorming, training en opleiding (bvb. inzake nieuwe technologieën en informatica) voor en door senioren.

2.7. Strijden tegen alle vormen van geweld en mis(be)handeling

De jongste jaren worden geregeld gevallen van agressie op en mis(be)handeling van ouderen vastgesteld. Niet alleen ouderen in een residentiële omgeving, maar vooral ouderen in hun thuissituatie zijn hiervan vaak het slachtoffer.

Via projectwerking zijn, naast het centrale meldpunt voor ouderenmis(be)handeling, nu ook in elke Vlaamse provincie én in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, meldpunten opgestart.

Omwille van de maatschappelijke relevantie van deze problematiek wil ik dit probleem structureel benaderen. Hierbij denk ik aan de verdere uitbouw van laagdrempelige en herkenbare meldpunten en aan de ontwikkeling van een uniforme aanpak (registratie, coördinatie, opvolging) van ouderenmis(be)handeling. De zwaarste opdracht blijft: de eigen verantwoordelijkheid stimuleren en de maatschappij

sensibiliseren. Daarvoor wil ik onderzoeken hoe de overheid binnen haar budgettaire kader kan zorgen voor een structurele ondersteuning van deze meldpunten.

2.8. En wat als de zorggraad toeneemt ?

Langer leven betekent echter ook dat de zorggraad toeneemt. En net de zorggraad is vaak de sleutel om te beslissen tot rusthuisopname. Zolang het kan, wordt een oudere liefst thuis verzorgd en ondersteund. De demografische evoluties betekenen dan ook dat een verdere uitbouw van thuiszorgondersteunende diensten nodig is.

Ik ben er mij van bewust dat deze maatregelen ook vereisen dat er voldoende en deskundig personeel beschikbaar is.

2.9. Thuiszorgondersteuning

In het kader van de thuiszorg wens ik de keuze van de zorgvrager en mantelzorger te ondersteunen door te ijveren voor een voldoende ruim en toegankelijk zorgaanbod, vertrekkend vanuit de bestaande voorzieningen. Niet enkel de ondersteuning van de oudere zelf, maar ook van de mantelzorg en vrijwilligers moeten ankerpunten zijn in het beleid. Haalbaarheid en efficiëntie zullen de toetssteen zijn voor overlegstructuren.

2.9.1. Thuiszorg, een keuze

Zorgbehoevende personen zijn vandaag mondiger dan vroeger. Het verlangen om zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven onder minimaal vereiste comfortabele levensomstandigheden en met ruime aandacht voor de levenskwaliteit, wordt steeds krachtiger geformuleerd. Het continueren van de thuiszorg is vaak een duidelijke keuze van de persoon met een zorgbehoefte en zijn mantelzorger. Ik wil deze keuze niet alleen respecteren, maar ook ondersteunen.

2.9.2. Gezinszorg, ook voor ouderen mogelijk een eerste stap

Zoals ik reeds vermeldde in het eerste hoofdstuk kan gezinszorg een belangrijke ondersteuning bieden in het kader van thuiszorg. Waar dit zo is voor gezinnen, is dit natuurlijk ook zo voor ouderen en hun gezin. Zij zijn immers nog steeds het merendeel van de gebruikers van deze dienstverlening.

Een uitbreiding van de urencontingenten op basis van de demografische evoluties en een optimale invulling van het gebruik van de urencontingenten, zullen een bijdrage leveren aan het optimaliseren van deze vorm van thuiszorgondersteuning.

Een blijvende aandacht voor de noden en een evaluatie van de bestaande programmatie moeten verder richting geven aan de gezinszorg. Dit geldt trouwens op een zelfde wijze voor alle erkende thuiszorgvoorzieningen.

Zorgbehoevende personen vormen een kwetsbare groep. In het bijzonder aan deze mensen wil ik voldoende kwaliteitsgaranties kunnen bieden. Ik vind het dan ook belangrijk dat de persoonsverzorging aangeboden blijft door deskundige verzorgers. Daarnaast moeten verzorging, huishoudelijke hulp en ondersteuning voldoende beantwoorden aan de zorgnoden van de cliënt.

Vanuit deze bekommernis om kwaliteit wens ik ook de ontwikkelingen in het kader van de dienstencheques nauwgezet op te volgen.

2.9.3. Tijdelijke opvangmogelijkheden

Vele mensen kiezen er voor om de opname in een residentiële voorziening te vermijden of minstens zo lang mogelijk uit te stellen. Maar de mantelzorg, vrijwilligers en ambulante professionele thuiszorgdiensten zijn niet steeds in staat alle zorg 24 uur per dag en zeven dagen op zeven op te nemen. Tijdelijke opvangmogelijkheden kunnen een antwoord bieden.

2.9.3.1. Het bestaande aanbod bestendigen

De op dit ogenblik in het kader van het thuiszorgdecreet erkende voorzieningen voor tijdelijke opvang, zoals centra voor kortverblijf, dagverzorgingscentra en diensten voor oppashulp, moeten kansen krijgen tot verdere uitbouw. De invulling van de programmatie voor deze diensten moet kunnen gerealiseerd worden. Een bijkomende stimulans vanuit de overheid zal hiertoe nodig zijn.

2.9.3.2. Aandacht voor vernieuwing

Niet alleen bestaande initiatieven zijn belangrijk, maar ook nieuwe initiatieven moeten kansen krijgen. Ik denk hier o.m. aan de lopende experimenten in het kader van opvang in gastgezinnen, nachtopvang, zorgboerderijen, ... Met weliswaar beperkte budgetten voor projecten en experimenten in de thuiszorg wil ik nieuwe ideeën aanmoedigen. Mogelijks kunnen

zij in de toekomst het aanbod van de reeds bestaande en erkende voorzieningen aanvullen en de zorgcapaciteit in het kader van tijdelijke opvang verbreden.

2.9.4. Een betaalbare thuiszorg

Thuiszorg kan de financiële draagkracht van een individu of gezin zwaar belasten. Ik wil onderzoeken (o.m. in het kader van de maximumfactuur voor zorg) welke de specifieke noden zijn en wat er structureel mogelijk is. Ik wens alvast de discriminatie in de zorgverzekering en de betaalbaarheid van dagverzorgingscentra aan te pakken.

2.9.4.1. Geen financiële discriminatie in de zorgverzekering

Een bewoner in een residentiële voorziening ontvangt op dit ogenblik van de Vlaamse overheid in het kader van de zorgverzekering maandelijks een tegemoetkoming van 125 euro. Wanneer deze persoon in de thuiszorg verblijft, bedraagt de tegemoetkoming slechts 90 euro.

Dit gegeven vormt een miskennis van de vele financiële inspanningen die zorgbehoevenden en geregistreeerde mantelzorgers leveren om thuiszorg mogelijk te maken. Ik wil op dit vlak dan ook een gelijkschakeling realiseren.

2.9.4.2. Een betaalbaar vervoer in het kader van de dagverzorgingscentra

Ouderen in Vlaanderen kunnen zich nagenoeg kosteloos verplaatsen, een goede zaak ... behalve wanneer zij zorgbehoevend zijn en een beroep moeten doen op een in het kader van het thuiszorgdecreet erkend dagverzorgingscentrum. De kostprijs voor aangepast vervoer naar de voorziening bedraagt hier al gauw 6 euro per verblijfsdag. Dit is ongeveer 20 à 25% van de totale kostprijs voor een verblijf van een ganse dag of 35 à 40% van de totale kostprijs voor een verblijf van een halve dag. Mensen met een geringe financiële draagkracht kunnen dan ook vaak geen of onvoldoende frequent gebruik maken van het dagverzorgingscentrum. Ik zal concrete maatregelen uitwerken zodat Vlaanderen kan bijdragen deze financiële last te verlagen en zo het dagverzorgingscentrum letterlijk en figuurlijk een stuk toegankelijker te maken.

2.9.5. Geen thuiszorg zonder mantelzorg!

De mantelzorger is een onmisbare partner in de thuiszorg. Een evaluatie van de werking en in het bijzonder de specifiek naar mantelzorgers gerichte opdrachten van de reeds erkende

thuiszorgvoorzieningen, moet uitwijzen of er een voldoende antwoord kan geboden worden op de vele en gedifferentieerde vragen. Nieuwe formules zoals praatgroepen voor mantelzorgers, mantelzorgcafés, focusgroepen, ... moeten maximaal geïntegreerd worden binnen het aanbod van bestaande voorzieningen.

2.9.6. Vrijwilligerswerk in de thuiszorg

Er zouden vele helpende handen en luisterende oren tekort zijn indien Vlaanderen niet zou kunnen rekenen op de vrijwillige inzet van vele mensen. Zonder deze inzet zou de overheid de kosten van de thuiszorg niet kunnen financieren. Het vrijwilligerswerk in de thuiszorg moet dan ook gecontinueerd worden en zeker in het kader van thuisoppas en mindermobielenvervoer. Bijzondere aandacht moet er zijn voor de verzekeringssituatie van de vrijwilliger en uiteraard voor het sociaal en fiscaal statuut van het vrijwilligerswerk, een federale materie.

2.9.7. Stimulans voor gebruik van technologische hulpmiddelen

Technologie moet toegankelijk zijn voor ouderen. Het moet rekening houden met de beperkingen en mogelijkheden en vooral ook betaalbaar blijven. Belangrijke toepassingsgebieden zijn gezondheid, huisvesting en mobiliteit.

In de thuiszorg is er een grote nood aan toezicht. Vaak wordt deze nood zoveel mogelijk ingevuld door mantelzorg, professionals en vrijwilligers. Indien zij tijdelijk afwezig zijn, kan het gebruik van technologische hulpmiddelen mogelijk maken dat een zorgbehoevende persoon alleen blijft zonder onverantwoorde risico's.

Personenalarmeringssystemen, op dit ogenblik in gebruik bij naar schatting 30.000 zorgbehoevenden in Vlaanderen, vormen een zeer belangrijk hulpmiddel. Ik wens hier op middellange termijn te komen tot een betere structurele ondersteuning.

Anderzijds evolueert de technologische markt zeer snel. Ik zal de ontwikkelingen opvolgen, alsook evalueren in welke mate de zorgbehoevenden zelf klaar zijn voor het gebruik van nieuwe technologieën. Recent onderzoek is hierover beschikbaar. Ook hier wil ik aftoetsen hoe een structurele ondersteuning kan gerealiseerd worden die een stukje zekerheid en levenskwaliteit biedt aan de alleenwonende, zorgbehoevende persoon, zonder het sociaal contact te verwaarlozen.

2.9.8. Oog voor de psychiatrische thuiszorgpatiënt

Ik neem het engagement op om vanuit Vlaanderen een bijdrage te leveren aan de uitbouw van de psychiatrische thuiszorg. Ik wens dit te realiseren vanuit een globale visie, afgestemd met de federale overheid.

Ik wens de eerste lijn te versterken in haar aanbod naar mensen met een psychische aandoening. Hierbij wil ik onderzoeken welke noden er zijn op het vlak van bijkomende vorming en ondersteuning om een kwalitatieve zorg voor psychiatrische patiënten een volwaardige plaats te kunnen geven binnen de reguliere thuiszorg.

Natuurlijk is het belangrijk om ook deze thuiszorg te zien als een ondersteunende dienstverlening. Wanneer ook hier de zorg te groot wordt, is het belangrijk dat de zorg naadloos kan aansluiten binnen het residentiële kader. Anderzijds wil ik ook oog hebben voor de mogelijkheden van psychiatrische thuiszorg als nazorg na een behandeling in een residentiële setting.

2.9.9. Overleg: nodig maar functioneel!

2.9.9.1. Structureel samenwerkingsoverleg

Het structureel samenwerkingsoverleg is een opdracht van de Samenwerkingsinitiatieven in de Thuiszorg die zullen worden omgevormd tot Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnszorg. Het overleg heeft voornamelijk tot doel samenwerkingsafspraken en een optimale zorgafstemming te realiseren tussen voorzieningen. Ik wens tegelijk de blinde vlekken in Vlaanderen weg te werken waar er geen structureel overleg aanwezig is, alsook te vermijden dat er naast de reeds bestaande overlegstructuren, bijkomende nieuwe structuren zouden worden gecreëerd zonder functionaliteit.

2.9.9.2. Cliëntgebonden overleg

Via de integratie van de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging, wordt ook de organisatie van het individueel cliëntgebonden overleg in het takenpakket van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnszorg opgenomen. Deze vorm van overleg vindt plaats rond een concrete cliëntsituatie en brengt alle betrokken zorg- en hulpverleners, ook de mantelzorger en cliënt, samen rond de tafel. Doelstelling is te komen tot een zorgenplan dat omschrijft welke hulp nodig is in welke vorm en intensiteit en welke taakafspraken hiertoe nodig zijn. Op deze wijze poogt men optimaal de continuïteit van de thuiszorgsituatie te garanderen.

Dit cliëntgebonden overleg is belangrijk. Ik wens aan te moedigen dat elke hulp- of zorgverlener initiatief kan nemen tot overleg en tot de daadwerkelijke organisatie van een overleg wanneer dit nodig is in functie van de situatie. Dit kan formeel via het samenwerkingsinitiatief, maar de structuur is ondergeschikt aan het overleg: informeel overleg en overleg dat in de praktijk tot stand komt, kan even efficiënt zijn en hoeft niet uitgesloten.

Ook palliatieve netwerken zullen hun plaats moeten vinden in het thuiszorgdecreet.

2.9.9.3. Financiering overleg

In het kader van de financiering van overleg, wens ik maximaal te bewaken dat de schaarse middelen toekomen aan de zorg- en hulpverleners die in de praktijk aan het overleg deelnemen. De middelen mogen niet in hoofdzaak ten goede komen aan de overlegstructuur zelf. Dit betekent automatisch dat ik geen zware administratieve procedures wens op te leggen aan de overlegstructuren, maar pleit voor maximale efficiëntie en eenvoud.

Verder ondersteun ik ten volle de nood aan samenwerking, maar dit mag niet resulteren in een beperktere beschikbaarheid van werktijd voor de concrete zorg- en hulpverlening aan de patiënt. Een goed evenwicht is hier de boodschap.

2.9.10. Thuiszorg kent haar grenzen

Ik wens de mensen te respecteren in hun keuze voor thuiszorg, maar ik wil ditzelfde respect betonen aan mensen die kiezen voor een opname in een residentiële voorziening. Thuiszorg is immers niet steeds een haalbare kaart. Thuiszorg en residentieel ouderenbeleid zijn voor mij echter geen twee gescheiden werelden. Ik vind het belangrijk dat thuiszorg, tijdelijke opvangmogelijkheden en residentiële voorzieningen mekaar vinden, aanvullen en versterken, in het belang van de zorgbehoevende. Ik wens dat een opname voor een persoon met een zware zorgbehoefte zo weinig mogelijk ingrijpend kan gerealiseerd worden, met een goede dialoog tussen de verschillende zorg- en hulpverleners binnen, buiten en tussen de muren. De uitwerking van een woon-zorgdecreet – waar ik zeker zal waken over de invulling van de zorgcomponent – en de integratie van het decreet in het kader van de ouderenvoorzieningen en het thuiszorgdecreet zullen hiertoe een belangrijke realisatie zijn.

2.10. Residentiële voorzieningen

Ik streef naar zorg op maat voor iedere persoon. Dit betekent dat hij via zijn huisarts en thuisverpleging rustig kan voorbereid worden op een ziekenhuisverblijf, dat via maatschappelijke assistentie zo kort mogelijk kan worden gehouden om daarna terug thuis verder door huisarts en thuiszorg opgevangen te worden.

Dezelfde stappen gelden voor de voorbereiding van personen, die niet verder thuis kunnen verzorgd worden en moeten opgenomen worden in een flat of voorziening voor ouderenzorg. Het individu heeft recht op een soepele koppeling tussen thuiszorg en residentiële zorg.

Een belangrijke opdracht is ook weggelegd voor de nazorg van patiënten die uit het ziekenhuis worden ontslagen. Wanneer patiënten geen medische verzorging meer nodig hebben, moeten zij na het ontslag uit het ziekenhuis een beroep kunnen doen op het noodzakelijke vangnet. Dit ligt zowel in de thuiszorg en thuisverpleging als in de residentiële ouderensector.

2.10.1. Actualisering van de beleidsinstrumenten

Het hedendaags beleid is voornamelijk een zorg- en hulpverleningsbeleid, een voorzieningenbeleid gericht op het zorgaspect, het medische gebeuren. Het Vlaamse beleid is gebaseerd op een ouderendecreet dat inmiddels dateert van 1985. De federale RIZIV-financiering is geënt op de alom bekende Katz-schaal die intussen 40 jaar oud is.

Ik ben dan ook van mening dat het tijd is dat we een evaluatie maken van deze instrumenten. De juridische grondslag voor ons ouderenbeleid moet actueel zijn en beantwoorden aan het maatschappijbeeld van vandaag en morgen. Dit betekent niet alleen de uitwerking van het woon-zorgdecreet. Er is tevens nood aan een uniform, actueel en eenduidig indicatiesysteem voor alle personen met een zorgbehoefte. Waar nodig moet de Vlaamse overheid haar bevoegdheid om aanvullende normen te bepalen bij de federale regelgeving, ook effectief in praktijk brengen.

2.10.2. Programmatie voor residentiële voorzieningen in stijgende lijn

Uit diverse studies, onder meer van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, blijkt dat de instroom in residentiële voorzieningen op almaar oudere leeftijd gebeurt. Waar het overgrote deel van de instroom zich nu situeert in de

leeftijdscategorie van 80 tot 85, verschuift dit tegen 2010 met vijf jaar naar de categorie van 85 tot 90.

De demografische evoluties vertalen zich ook in de programmatiecijfers die gebaseerd zijn op de bevolkingscijfers van 5 jaar verder. Tegen 2010 zal de objectieve nood aan rusthuiswoongelegenheden 17% zijn toegenomen. Voor serviceflats, kortverblijf en dagverzorgingscentra zal deze toename tussen 8 en 13% bedragen en voor lokale dienstencentra 3%.

2.10.3. Meer zware zorg vergt meer en correct gespreide RVT-erkenningen

Voorzieningen die een modern ouderenbeleid wensen te voeren, aangepast aan de hedendaagse leef-, woon- en zorgbehoeften van de ouderen, mogen op mijn steun rekenen. De woon- en zorgcentra zullen zich meer en meer moeten toespitsen op de ouderen met een zware zorgbehoefte, zowel fysiek als psychisch. Onze bijzondere aandacht zal hierbij uitgaan naar de opvangmogelijkheden voor personen met dementie. Voor informatie- en adviesverstrekking, voor deskundigheidsbevordering en maatschappelijke sensibilisering met betrekking tot zorg en begeleiding van personen met dementie en hun omgeving, zal ik de expertisecentra voor dementie verder ondersteunen en onderzoeken hoe ik deze centra structureel kan verankeren.

Vlaanderen telt momenteel 28.661 RVT-bedden. Toch zijn er nog steeds meer dan 10.000 RVT-gerechtigde bewoners opgenomen in Vlaamse rustoordbedden, die nog niet over een RVT-erkenning beschikken. Deze erkenning is afhankelijk van een programmacijfer dat door de federale overheid wordt vastgelegd en gefinancierd. Ik zal erover waken dat de federale overheid hiertoe effectief bijkomende middelen voorziet, zodat de huidige achterstand, desgevallend via een concreet meerjarenprogramma, kan weggewerkt worden. Ik zal ook aandacht besteden aan een betere regionale spreiding van de bijkomende RVT-erkenningen.

2.10.4. Op weg naar een geïntegreerd woon-zorgdecreet

We stellen vast dat er binnen de welzijnssector naast het zorgcomfort meer en meer belang wordt gehecht aan het wooncomfort. Vandaag zien we dat deze nood aan wooncomfort gemeenschappelijk is bij verschillende welzijnssectoren, maar dat deze binnen elke sector apart wordt ingevuld. Elementen als flexibel bouwen, levenslang wonen, kleinschalige wijken en wooncomfort treden op de voorgrond. Tevens zien we in de sector van de sociale huisvesting meer en meer mensen

terechtkomen die oud zijn, arm zijn, gehandicapt en/of een psychiatrische aandoening hebben en niet de nodige ondersteuning (kunnen) krijgen, noch qua zorg, noch qua infrastructuur. De sectoren huisvesting en welzijn kruisen m.a.w. elkaars terrein, wat een opportuniteit naar samenwerking aangeeft.

Een geïntegreerd woon-zorgdecreet moet de kruisbestuivingen die in de praktijk al bestaan en op het veld nog toenemen, ondersteunen door het juridisch kader voldoende flexibel te maken om de zorg naar de bewoner te brengen en niet omgekeerd. Residentiële ouderenvoorzieningen zullen waar mogelijk uitgroeien tot kleinschalige, geïndividualiseerde, genormaliseerde woon- en zorgcentra, zorgflats, kangoeroe- of duplexwoningen,... geïntegreerd in de wijk.

Wanneer de samenwerking tussen wonen en welzijn tot goede resultaten leidt, kunnen verdere stappen gezet worden om ook voor andere doelgroepen te kijken hoe deze samenwerking tot tastbare resultaten als nood- of crisiswoningen kan leiden.

Het nieuwe woon-zorgdecreet zal uitgewerkt worden binnen de contouren van een geëvalueerd en desgevallend bijgestuurd decreet op de zorgregio's. De regiodefinities en concrete invulling zal natuurlijk in overleg met de betrokken actoren gebeuren.

2.10.5. Betaalbaarheid van het zorgaanbod

Vanuit een bekommernis dat het verhaal van het ouderenbeleid ook binnen enkele decennia nog betaalbaar moet zijn, wil ik vooral ondersteuning bieden aan initiatiefnemers die oog hebben voor aangepast en aanpasbaar, dus duurzaam wonen voor ouderen. Duurzaamheid heeft immers niet alleen een ecologisch aspect, maar ook een aspect van flexibiliteit en financiën.

Ik zal waken over de betaalbaarheid en over de transparantie van facturen in rust- en verzorgingstehuizen.

Hoofdstuk 3: Jeugdhulp: Verder bouwen op aanwezige kracht

3.1 Integrale jeugdhulp

3.1.1. Vraaggericht werken

De doelstelling van integrale jeugdhulp is de organisatie van het jeugdhulpaanbod zodanig te verbeteren dat de hulp zoveel mogelijk kan afgestemd worden op de vraag van de ouders en/of hun kinderen. Iedereen krijgt de garantie om binnen de jeugdhulpverlening het zo juist mogelijke antwoord te krijgen op de gestelde vraag. De verkokering en versnippering van het aanbod moeten verder worden opgeheven en weggewerkt. Het is de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de hulpverlener om hier voortdurend werk van te maken. Voor de overheid ligt er de opdracht om de nodige voorwaarden te creëren.

De beweging die integrale jeugdhulp heeft ingezet wil ik verder zetten. Ik wil dan ook uitvoering geven aan het kaderdecreet integrale jeugdhulp.

Van de betrokken sectoren verwacht ik dat ze op een kritische en constructieve manier meewerken. Samen met de Vlaamse minister van Onderwijs, wil ik zorg blijven dragen voor de brug die door integrale jeugdhulp tussen onderwijs en welzijn gelegd wordt. De directe betrokkenheid van de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), evenals de indirecte betrokkenheid van de scholen, is essentieel voor het ontwikkelen van een meer integrale jeugdhulp.

3.1.2. Zorgzaam implementeren

Ik beklemtoon drie voorwaarden om de implementatie van integrale jeugdhulp te realiseren.

Een eerste voorwaarde is dat het beleid van de verschillende sectoren en voorzieningen op elkaar afgestemd wordt. Hiertoe moet het nodige overleg geïnstalleerd worden, zodat afstemming en samenwerking ook structureel vorm kunnen krijgen. Participatie van (vertegenwoordigers) van ouders en kinderen is hierbij essentieel. Dit overleg kenmerkt zich door het voeren van een open dialoog tussen alle betrokkenen.

De adviesraad, het managementcomité en de regionale stuurgroepen worden geïnstalleerd, de beleidsmedewerkers

aangesteld. Ik verwacht dat in deze structuur van beleidsafstemming duidelijk wordt welke beslissing op welk niveau kan genomen worden. Hiertoe zal ik vragen dat een beslissingsboom wordt uitgewerkt.

Een **tweede voorwaarde** is dat de kerntaken van elke dienst en elke sector gekend en erkend worden. Dit kan onder meer door gebruik te maken van het moduleringsinstrument. Vanuit deze profilering kan toegewerkt worden naar een afgestemde en gezamenlijke ontwikkeling van het hulpaanbod en naar het gezamenlijk bepalen van prioriteiten.

Het resultaat van beide voorwaarden moet een gedragen Vlaams en regionaal beleidsplan voor de jeugdhulp zijn. In een streven naar planlastverlaging, zijn deze beleidsplannen een soort van moederplan, waar andere sectorale en regionale planverplichtingen op afgestemd worden en kunnen in opgaan: zoals ondermeer gezamenlijke omgevingsanalyse, overnemen van prioriteiten en keuzes. Het Vlaamse beleidsplan draagt bij tot het overstijgen van de verkokering op Vlaams niveau.

Sectorale beleidsontwikkelingen worden steeds intersectoraal getoetst aan de meerwaarde ervan voor de gebruiker (behoefte), de hulpaanbieder (inzetbaarheid) én de overheid (financiering).

Deze beleidsvoering moet ondersteund worden door het beschikken over (inter)sectorale data die inzicht geven in de vraagstelling en de matching met het bestaande aanbod. Ik dring erop aan dat een dergelijk (registratie-)instrument prioritair wordt uitgewerkt.

Ik verwacht ook een sanering van het overleg binnen de sectoren. De werkstructuur voor de beleidsafstemming is geen superstructuur die bovenop de bestaande overleg- en besluitvormingsstructuren wordt geplaatst. De implementatie van integrale jeugdhulp moet worden aangegrepen om tot een efficiënt, functioneel en gerationaliseerd overleg te komen. Integrale jeugdhulp heeft geen hiërarchische positie boven het geheel van de jeugdhulp: het is samen met en tussen alle betrokkenen de noodzakelijke herschikkingen faciliteren en doorvoeren. Structureel overleg moet functioneel zijn en mag niet ten koste van de beschikbare hulpverleningstijd gaan.

Een **derde voorwaarde** is dat de implementatie van integrale jeugdhulp zorgzaam gebeurt. Deze grootschalige reorganisatie mag niet overhaast gebeuren. De timing wordt aangepast in functie van een optimale implementatie. Hierbij wordt aangeduid wat prioritair moet gerealiseerd worden, waarbij de voortdurende zorg voor de kwaliteit van het hulpaanbod

centraal staat. Uiteraard moet dit alles gebeuren binnen de budgettaire mogelijkheden.

Het moet voor elke betrokken hulpverlener duidelijk zijn dat integrale jeugdhulp inderdaad aan een reorganisatie van de jeugdhulp werkt. Het betreft hier echter een reorganisatie die geen sanering is, maar wel de bedoeling heeft om dezelfde middelen op een voor de cliënt meer efficiënte manier in te zetten.

De implementatie dient ook te gebeuren volgens de bepalingen van de zorgregio's. Ik blijf het principe van deze zorgregio's ondersteunen. De uitdaging ligt in de juiste afbakening van de zorgregio's en de toepassing ervan in alle betrokken sectoren. Beide elementen zullen geëvalueerd en uitgewerkt worden via overleg met de actoren op het veld.

Conform de afspraken van het kerntakendebat bevestig ik de rol die de provincies bij de implementatie van integrale jeugdhulp kunnen spelen. De provincie kan ondersteunend werken bij de ontwikkeling en bevordering van netwerken. De provincies kunnen ook belangrijke gegevens kunnen aanleveren om tot degelijke omgevingsanalyses te kunnen komen. Verder kan een afgestemd impulsbeleid van de provincies bijdragen tot het ontwikkelen van nieuwe initiatieven en methodieken in functie van reële noden binnen bepaalde regio's. In de implementatiefase van integrale jeugdhulp is het werken rond participatie van de doelgroepen een zodanige reële nood.

Ik wil binnen de jeugdhulpverlening, ruimte maken voor een klimaat waarin vragen naar efficiëntie en effectiviteit van het hulpaanbod op een constructieve manier aan bod kunnen komen. Ik wil onderzoek hieromtrent stimuleren.

(Zelf-)evaluatie moet in de sectoren gestimuleerd worden. Dergelijke evaluatie moet bijdragen tot een meer dynamische ontwikkeling van het hulpaanbod.

Naast het verder werken aan een meer integrale jeugdhulp in Vlaanderen, wil ik ook de twee duidelijke noden die uit de beleidsvoorbereidende fase kwamen, onderschrijven.

Ik wil werk maken van de kwantitatieve en kwalitatieve uitbreiding van de rechtstreeks toegankelijke hulp. In het hoofdstuk gezin is dit verder uitgewerkt.

Daarnaast wil ik ook ten behoeve van jongeren en hun gezinnen die zich in een crisissituatie bevinden het functioneren van netwerken crisishulp garanderen. Prioritair wil ik, vertrekkend vanuit de huidige organisatie van de sectorale crisishulp de crisispermanentie en dispatching naar hulp mogelijk maken (24u/7d). Voor de verdere uitbouw van de

crisisnetwerken wil ik vooral aandacht vragen voor de subsidiaire inzet en samenwerking van de ambulante en mobiele vormen van crisishulpverlening met de residentiële diensten.

3.2 Bijzondere jeugdzorg: focus op krachten en mogelijkheden

3.2.1. Kwaliteit van de sector

De bijzondere jeugdzorg is cruciaal voor de jeugdhulpverlening in Vlaanderen. Zowel de gemeenschapsinstelling, de consulenten als de private voorzieningen bieden - zeker ook in vergelijking met het buitenland - een kwalitatief sterk aanbod naar ouders en kinderen of jongeren die vaak in moeilijke omstandigheden leven. De sector is rijk aan expertise en blijft zich op een zelfkritische en dynamische manier ontwikkelen. Tegelijk komt deze sector steeds meer onder druk te staan. De capaciteit, zowel van de consulenten als van de voorzieningen, wordt praktisch volledig benut, de aangemelde problematiek wordt steeds zwaarder en de maatschappelijke verantwoording van de gemaakte hulpverleningskeuzes groter.

Ik wil dat de rijkdom en meerwaarde van deze sector behouden blijven en maatschappelijk meer gekend worden.

In mijn beleid versterk ik de aanwezige mogelijkheden en verrijk ik de inzet ervan. Ik wil de dynamiek van de sector stimuleren.

3.2.2. Kwaliteit versterken

Voorzieningen zullen de mogelijkheid krijgen om op een meer flexibele manier te gaan werken. Hiertoe zal ik de belangrijkste resultaten van de werkgroep flexibilisering in de praktijk brengen, ondermeer door waar nodig de regelgeving aan te passen. Deze werkgroep krijgt ook de opdracht om aan verdere concretisering te werken.

De flexibilisering en het ontsluiten van de werkvormen via (type)modulen, zal de mogelijkheid tot een meer gedifferentieerd aanbod bieden. Ook het takenpakket van de consulenten kan via modulering nog meer specifiek worden gemaakt.

Een mogelijke capaciteitsuitbreiding binnen de bijzondere jeugdzorg zal, conform de afspraken binnen integrale jeugdhulp, steeds intersectoraal getoetst worden en rekening houden met de bestaande knelpunten. De implementatie van DOMINO, het elektronische dossier voor minderjarigen in de bijzondere jeugdbijstand, zal het mogelijk maken om de

discrepantie tussen geïndiceerde en gerealiseerde hulpverlening gedetailleerd in kaart te brengen.

Ik streef ernaar voorzieningen de benodigde werkmiddelen ter beschikking te stellen. Het beloofde onderzoek naar de financiering in de sector bijzondere jeugdbijstand wordt, in overleg met de sector, uitgevoerd. Het beleid zal met deze resultaten rekening houden.

Ik wil de pleegzorg (over de vier sectoren heen) op een kwalitatieve manier verder uitbouwen. Er zal aandacht zijn voor onder andere de ouderbegeleiding en het ondersteunen van de pleegouders. Aan de hand van modulering zullen de verschillende vormen van pleegzorg zich op elkaar afstemmen. De spreiding van de diensten zal geoptimaliseerd worden. Ik maak een evaluatie van de aanbevelingen die uit de doorlichting van de pleegzorg zijn gekomen.

De projectwerking zal meer gestructureerd worden. Projecten zullen werken met meerjarencontracten, waarbij met een duidelijke opdracht en een evaluatie op basis van de vooropgestelde doelstellingen wordt gewerkt. Conclusies dienen te verwijzen naar de mogelijke verbreding van het opzet of de methodiek naar de ruimere sector toe.

In afwachting van een meer structurele en integrale organisatie neemt de bijzondere jeugdzorg het voortouw om, samen met andere betrokken partners, een gezamenlijke verantwoordelijkheid op te nemen om kinderen en jongeren die moeilijk begeleidbaar zijn en voortdurend doorverwezen worden of steeds weer geweigerd worden, toch hulp aan te bieden. De flexibilisering van het aanbod en de regelgeving moet aanleiding geven tot het vormen van intersectorale netwerken, die de mazen van het hulpverleningsnet helpen dichten.

Ook in het uitbouwen van een intersectoraal aanbod van crisishulp, neemt de sector BJB vanuit zijn expertise het initiatief.

Ik wil zoeken naar instrumenten om de aanwezige kwaliteit in deze sector meer te benadrukken en op een meer systematische manier te ontsluiten. Ik denk hierbij ondermeer aan het zicht krijgen op recente ontwikkelingen, het ontsluiten van aanwezige kennis en kunde, het bespreken van problemen (en mogelijke oplossingen) en het verduidelijken van.

3.2.3. Gedwongen hulp

De toegang tot en de werking van de gedwongen hulp zal worden verbeterd.

Het uitbouwen van een jeugdrecht dat aandacht heeft voor herstel, responsabilisering en sanctionering én opvoeding is

hierbij cruciaal. Ik onderschrijf hierbij volledig de vijf centrale krachtlijnen voor een nieuw jeugdrecht zoals deze door de vorige Vlaamse regering werden uitgewerkt.

Ik bewaak dat het gesloten opvangcentrum De Grubbe blijft gebruikt worden voor zijn oorspronkelijke doelstelling, nl. een time-out-opvang van probleemjongeren met de nodige omkadering. De strikte toepassing van de zogenaamde Everbergwet is dan ook belangrijk.

De realisatie van de gemeenschapsinstelling in Ekeren moet een kwantitatief en kwalitatief verbeterd complementair aanbod van de bestaande gemeenschapsinstellingen betekenen. Het pedagogisch concept ervan zal, in overleg met actoren uit de jeugdhulpverlening en rekening houdend met de huidige werking van de gemeenschapsinstellingen, inhoud krijgen. De gesignaleerde nood aan een dergelijke opvangcapaciteit voor meisjes zal hierbij worden meegenomen. We streven ernaar deze instelling operationeel te hebben in 2007.

Hoofdstuk 4 Mensen met een handicap

4.1. Inleiding

Wanneer we een beleid willen uittekenen voor personen met een handicap ligt onze klemtoon op de individuele nood van elk van hen.

Het is dan ook mijn betrachting om een betere zorgregie, zorgbemiddeling, zorgafstemming en zorgplanning te realiseren, met betrokkenheid van alle actoren. Hierbij zal prioritair aandacht besteed worden aan de zorgvragers met de hoogste ernst- en urgentiegraad, zonder evenwel de totaliteit van de bestaande zorgnoden uit het oog te verliezen.

Het is belangrijk dat elke zorgvraag een passend antwoord krijgt, op het juiste niveau en in de juiste verhouding tot de behoefte. Ik meen dat de sector hier ook zelf zijn verantwoordelijkheid moet opnemen om samen te zoeken naar die juiste antwoorden via een gedifferentieerd aanbod.

Zowel de gebruikers als de voorzieningen zijn belangrijke actoren in de zoektocht naar vraag en antwoord. De platforms van gebruikers én van voorzieningen zullen dan ook partners zijn bij de verder uittekening van het beleid voor personen met een handicap.

4.2. Vrije keuze garanderen door voldoende en aangepast aanbod

De behoefte aan extra opvangcapaciteit in ambulante en in residentiële voorzieningen voor personen met een handicap blijft toenemen. Ook personen met een handicap leven nu langer en blijven dus langer in (semi-)residentiële voorzieningen. Relatief nieuwe of recent meer erkende vormen van beperkingen zorgen zelfs voor extra aangroei, zoals bijvoorbeeld niet aangeboren hersenletfels door verkeersongevallen.

Voor velen is de grens voor de mantelzorg binnen de gezinnen bereikt, waardoor de nood aan professionele hulp toeneemt. Toch is professionele hulp duur en schaars. Daarom moeten we een goed evenwicht nastreven tussen professionele en informele zorg. Zorg op maat aanbieden blijft dé uitdaging.

4.2.1. Persoonlijk Assistentiebudget

Ook personen met een handicap en hun families voelen zich sterk aangesproken door de maatschappelijke waarden van zelfstandig leven en autonomie. Het Persoonlijk Assistentiebudget geeft de persoon met een handicap meer

armslag in zijn keuzemogelijkheden. Immers, nu kan de persoon met een handicap zelf zorg organiseren, samen met zijn familie en met een eigen budget. Dit is erg aantrekkelijk omdat zo de autonomie en de actieradius van de persoon met een handicap groter wordt.

Een dergelijk instrument blijft enkel zinvol wanneer de overheid het evalueert, actualiseert en zo nodig bijstuurt. Ik wil dan ook grondig kennis nemen van de resultaten van de gevoerde evaluatie. Op basis van deze informatie wil ik verder onderzoeken in hoeverre zowel het persoonlijk assistentiebudget als het persoonsgebonden budget optimaal kunnen beantwoorden aan de behoeften en vragen van een persoon met een handicap binnen de budgettaire mogelijkheden van de overheid.

Voor de problemen die de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid naar voren bracht met betrekking tot het afsluiten van arbeidscontracten in het kader van het PAB, zal ik voor het einde van 2004 een oplossing uitwerken.

4.2.2. Individuele Materiële Bijstand

Ook de snel evoluerende technologische hulpmiddelen verhogen de autonomie van mensen met beperkingen. De vraag van het doelpubliek groeit hier exponentieel.

Ik zal binnen de budgettaire klijtlijnen het aanbod evalueren en desgevallend aanpassen.

4.2.3. Wachtlijsten in de residentiële sector wegwerken

Eén van de grootste uitdagingen in deze sector is het wegwerken van de inmiddels zichtbaar geworden wachtlijsten in de zorgsector. Vooraleer almaar nieuwe stappen te zetten, is het belangrijk hierop een antwoord te bieden.

Een wetenschappelijk onderbouwde programmatiestudie over de periode 2003-2007 levert het nodige cijfermateriaal over de nodige spreiding van de extra capaciteitsuitbreiding over de volgende jaren om het hoofd te bieden aan de wachtlijsten. De operationalisering van dit uitbreidingsbeleid dient zich binnen deze legislatuur aan.

Tevens wil ik de uitdaging opnemen om de huidige dertien erkennings- of zorgtypes effectief te vervangen door meer gedifferentieerde zorgprogramma's die toelaten om aan elke rechthebbende het geschikte zorgtype en de gepaste zorggraad toe te kennen. Voor de minderjarigen kunnen we dit realiseren door het aanbod te moduleren.

Zo realiseren we het zorg-op-maatprincipe. Aan de basis van deze zorgprogramma's en van de modulering ligt immers de gedachte om de benodigde zorg niet langer te vertalen in alles-of-niets-termen, maar in termen van zorggradatie. Dit houdt een conceptuele vernieuwing in met verregaande implicaties voor de organisatie en de financiering van het zorgaanbod.

4.3. Een inclusief beleid met oog voor toegankelijkheid en betrokkenheid

Een persoon met een handicap is in eerste instantie een mens met wensen en verlangens, met behoeften en vragen, met emoties en gedachten, een mens als u en ik. Daarom vind ik het belangrijk dat ook andere instanties oog hebben voor deze groep mensen en hen gelijke kansen kan waarborgen.

4.3.1. Inclusief naar andere beleidsdomeinen

Ik vind het mijn opdracht om systematisch alle organisaties te sensibiliseren om maximale integratie-effecten na te streven. Zo kunnen we immers maximale participatie van personen met een handicap in alle overige beleidsdomeinen bereiken. Als prioritaire actiepunten kunnen worden genoemd: het verder nastreven van inclusief onderwijs, de verdere opvolging van de resolutie betreffende de doven en slechthorenden, de bespreking van de overheveling van de aangepaste vrijetijdsbesteding naar de reguliere domeinen cultuur, jeugd en sport en mobiliteit.

4.3.2. Maar ook binnen welzijn en volksgezondheid

Daarnaast wil ik zelf binnen het eigen beleidsdomein de nodige inspanningen leveren. Ik denk daarbij aan de toegankelijkheid bij de ingebruikname van nieuwe overheidsgebouwen – in overleg met de minister voor gelijke kansen – en meer geïntegreerde woonvormen voor personen met een handicap. Ook het wegwerken van de discriminatie binnen de zorgverzekering is een aandachtspunt. De problematiek van ouder wordende personen met een handicap en de raakvlakken met de psychiatrie voor personen met een verstandelijke handicap vergen nader onderzoek en maatregelen.

Om de toegang tot het dienstenaanbod te vereenvoudigen en te verfijnen, is het nodig om een meer kwalitatieve diagnose- en indicatiestellingsprocedure uit te werken. Vermits dit ook in andere sectoren, zoals de ouderenzorg en de thuiszorg, een vereiste is, kan deze problematiek sectoroverschrijdend

aangepakt worden. Voor de jongeren is een samenwerking binnen de integrale jeugdhulp aangewezen voor de toegangscriteria en de gehanteerde evaluatieprocedures.

4.4. Intern reorganiseren ten behoeve van de persoon met een handicap

Willen we mensen met een handicap even respectvol behandelen, dan moeten we ook de interne organisatie durven aanpakken. Administratieve lastenverlaging, correcte informatieverwerving en -registratie via een aangepast indicatiesysteem en de snellere behandeling van dossiers zijn hierbij enkele sleuteldossiers tot efficiëntiewinst. Dit zal tevens toelaten om beschikbare informatie (zoals de indicatie) niet telkens opnieuw te moeten opvragen bij de persoon met een handicap.

Wat de financiering van de zorg betreft klinkt de roep om een eenvoudiger en meer gedifferentieerd systeem dan het huidige dagprijsmodel. De invoering van zorgprogramma's kan daarvoor een mooie aanleiding zijn. Ik wil dan ook nagaan hoe we een meer adequate en transparante financiering kunnen vinden. Voorwaarde is zeker dat het nieuwe financieringsmodel geen extra lasten oplegt aan de persoon met een handicap, noch aan de voorzieningen, noch aan de administratie. In elk geval zullen deze wijzigingen van het financieringsstelsel budgettair neutraal moeten blijven.

De afhandelings- en betalingstermijn van aanvraagdossiers inzake individuele materiële bijstand moet merkkelijk worden ingekort.

4.5. Tewerkstelling

In het licht van de herstructurering van de Vlaamse overheid zal de tewerkstelling van personen met een handicap zijn plaats vinden binnen de sociale economie en binnen werkgelegenheid.

In afwachting van de uitvoering van deze beslissing engageer ik mij om verder te zorgen voor de nodige ondersteunende maatregelen. Ik meen dat het ook belangrijk is te blijven ijveren voor het behoud binnen de sector van de sociale economie van de vereiste financiële en personele middelen voor deze doelgroep.

Zo zal ik binnen de arbeidstrajectbegeleiding en de tewerkstellingsbevorderende maatregelen voor personen met een handicap inspanningen blijven leveren om de arbeidsdeelname van deze groep van arbeidsgehandicapten te verhogen. In samenwerking met de overige bevoegde ministers binnen de Vlaamse regering voor werkgelegenheid, sociale economie en

beroepsopleiding zal ik meewerken aan een coherent tewerkstellingsbeleid ten aanzien van deze doelgroep.

Hoofdstuk 5 algemeen en lokaal welzijnsbeleid

In het welzijnsbeleid wil ik een toereikende dienst- en hulpverlening uitbouwen. Naast het zorgen voor een algemeen, laagdrempelig en gebruiksvriendelijk hulpaanbod, moet dit ook voor specifieke doelgroepen oplossingen bieden: mensen met minder kansen helpen te integreren in de samenleving, armoede en thuisloosheid terugdringen, het aantal gezinnen met schulden en afbetalingsmoeilijkheden ondersteunen en verminderen, reïntegratiekansen van gedetineerden verhogen.

Zowel de overheden, het middenveld als de mensen zelf zijn hierin cruciale partners.

De instrumenten die ik voor dit welzijnsbeleid kan inzetten zijn:

- het lokaal sociaal beleid;
- het Vlaamse, maar ook het lokale armoedebelaid;
- de samenlevingsopbouw en het algemeen welzijnswerk die mee ingezet worden in het bestrijden van (kans)armoede en sociale uitsluiting, in de organisatie van de dienst- en hulpverlening en het bevorderen van de leefbaarheid;
- het ruime forensisch welzijnswerk.

5.1. De ruimte en de kracht aan het lokale bestuur

Werken aan welzijn is een opdracht die niet alleen door de Vlaamse overheid kan worden opgenomen. De diverse maatschappelijke sectoren, met inbegrip van het vrijwilligerswerk, het verenigingsleven en de lokale overheden² hebben hierin, ieder binnen zijn eigen verantwoordelijkheden, een belangrijke opdracht.

Het beleid van al deze lokale actoren, wordt in het kaderdecreet Lokaal Sociaal Beleid op elkaar afgestemd. In de uitvoering van dit decreet leg ik de volgende accenten.

De lokale gemeente- en OCMW-besturen krijgen meer ruimte om een eigen lokaal sociaal beleid te voeren. De Vlaamse overheid bepaalt niet hoe de concrete lokale organisatie moet gebeuren, ze legt evenmin éénvormige structuren op. Ik verwacht dan wel een lokaal gedragen én een doeltreffend sociaal beleidsplan.

Zowel het Vlaamse als het provinciale niveau moeten een ondersteunende rol vervullen. De betrokken administraties van de Vlaamse Gemeenschap en de respectievelijke provincies zullen zorgen dat de relevante gegevens, nodig voor de omgevingsanalyse, ter beschikking zijn.

² Lokale besturen zijn steeds gemeente- én OCMW-besturen.

Vanuit Vlaanderen wordt ook een directe en op maat geleverde ondersteuning, via de cel lokaal sociaal beleid, voorzien.

Het provinciale niveau kan ondersteunend werken, daar waar het lokaal sociaal beleid op een bovenlokale niveau wordt afgestemd.

Een sociaal beleid is breder dan het klassieke zorggebeuren. Het overstijgt zowel mijn bevoegdheden als die van het lokale niveau. Ook al is een sociaal beleid per definitie een geïntegreerd en inclusief beleid, de focus ligt op mijn eigen bevoegdheden en het minderhedenbeleid. De sectoren en domeinen die betrokken zijn, zijn deze die opgenomen zijn in de memorie van toelichting bij het decreet lokaal sociaal beleid. Lokaal kunnen echter met nog andere beleidsvelden verbanden worden gelegd. Daar waar nodig zal ik het overleg met de andere relevante beleidsdomeinen aangaan.

De coördinatie van het lokaal sociaal beleid is toevertrouwd aan het lokale bestuur. De visie op en invulling van deze coördinatie moet, in overleg met de lokale gemeente- en OCMW-besturen en de betrokken maatschappelijke actoren ingevuld worden.

Voor een gedragen lokaal sociaal beleid is, in elke fase, de uitdrukkelijke samenwerking en samenspraak met de talrijke lokale actoren, de doelgroepen en het maatschappelijk middenveld nodig.

De diversiteit bij Vlaamse gemeenten is groot en noodzaakt een aanpak op maat. Dit geldt nog meer voor Brussel waar de uitvoering van het decreet in nauwe samenwerking met de Vlaamse Gemeenschapscommissie gestalte krijgt.

Eerder dan snel uit te kunnen pakken met lokale sociale beleidsplannen, wil ik kwaliteitsvolle plannen. Het eerste beleidsplan mag in deze zin dan ook beschouwd worden als de start van de werkzaamheden. Het moet geen uitvoerig beleidsplan zijn. Het zal enkel het stappenplan moeten beschrijven dat het gemeente- en OCMW-bestuur zal afleggen om tegen 31 december 2007 tot een lokaal gedragen beleidsplan te komen. Dit plan omvat de timing die gehanteerd zal worden en beschrijft hoe de lokale actoren, het middenveld en de doelgroepen betrokken zullen worden. Daarnaast zullen ook de concrete samenwerkingsafspraken tussen het OCMW en het gemeentebestuur opgenomen worden, wat zich onder meer vertaalt in de organisatie van het sociaal huis. Ik stimuleer lokale gemeente- en OCMW-besturen echter om sneller en uitgebreider uitvoering te geven aan de bepalingen van het decreet.

De term 'sociaal huis' roept nog teveel de noodzaak van een gebouw op. Een 'sociaal huis' realiseren is de lokale dienstverlening zo organiseren dat wanneer een burger zich met

een bepaalde vraag aandient hij hierop een zo volledig mogelijk antwoord krijgt. De lokale overheid en haar partners organiseren zich dan intern zo dat deze vraag op de juiste plaats terecht komt en de burger zo snel mogelijk het juiste antwoord krijgt. Zo bundelt het sociaal huis haar éénloket-, doorverwijzings- en informatiefunctie. Mensen die niet uit zichzelf de weg vinden, moeten via dit systeem, toch kunnen genieten van een kwaliteitsvolle dienstverlening.

Het lokaal sociaal beleidsplan tenslotte heeft de ambitie een **masterplan** te zijn. Dit betekent dat de sectorale planverplichtingen hierop afgestemd moeten kunnen worden. Ik wil snel met de bevoegde administraties en sectoren concrete afspraken maken voor welke sectorale onderdelen het lokaal sociaal beleidsplan in de plaats kan komen. Op deze wijze zal een reële planlastverlaging gerealiseerd worden, omdat tal van verplichtingen niet meer per aanvraagdossier moeten herhaald worden. Het spreekt voor zich dat de voor dit proces relevante partners betrokken zullen worden.

De Vlaamse commissie 'lokale besturen in het lokaal sociaal beleid' blijft haar opdrachten vervullen.

5.2. Krachtige mensen

Mensen die in armoede leven, verdienen bijzondere aandacht en zorg. Zij moeten kunnen aansluiten bij de (lokale) samenleving. Dit impliceert dat uitsluiting en achterstelling bestreden en voorkomen wordt; dat de achterstandpositie bij deze mensen weggewerkt wordt; dat effectieve participatie van deze groepen aan de samenleving en aan de beleidsvoering bevorderd wordt en dat hun sociaal kapitaal ten volle gewaardeerd wordt.

Ik geef mensen die in armoede leven en hun organisaties een taak in de voorbereiding en de opvolging van het beleid ter bestrijding van armoede. Elk beleidsdomein zal ik stimuleren om inclusief aandacht te hebben voor armoedebestrijding en het vermijden van uitsluiting. Dit moet zich uiten in het screenen, en waar nodig aanpassen, van eigen regelgeving op uitsluitingsfactoren.

Het door de vorige Vlaamse regering afgesproken budgettair groeipad voor de verenigingen waar mensen die in armoede leven het woord nemen, wordt gerespecteerd.

Tevens wens ik een betere afstemming en samenwerking te bevorderen tussen alle erkende en gesubsidieerde diensten die, binnen mijn bevoegdheidsterreinen, een rol kunnen spelen in de armoedebestrijding.

Ik zal de instrumenten (het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding en het permanent armoedeoverleg) die vastgelegd werden in het armoededecreet van 21 maart 2003 continueren.

In mijn contacten en middels structureel overleg met de andere bevoegde ministers, wil ik trachten ervaringsdeskundigheid te laten implementeren in de andere departementen en zal ik zelf bijzondere inspanningen doen om ervaringsdeskundigen in te schakelen in de door mij erkende en gesubsidieerde diensten en binnen de overheden.

Binnen het Lokaal Sociaal Beleid is het lokale armoedebelief duidelijk aanwezig. Het is aan het lokale bestuur om hieraan invulling te geven. Toch wens ik extra aandacht te vragen voor het psychisch welzijn van de mensen die in armoede leven. Dit vraagt geen nieuwe structuren en werkvormen, maar gerichte aandacht van de erkende en gesubsidieerde diensten, het OCMW en de gemeentebesturen. Ook de tweede lijn, onder meer de geestelijke gezondheidszorg, heeft hier opdrachten te vervullen.

Van het sociaal huis, in welke vorm ook, wordt verwacht dat een rechtenonderzoek kan uitgevoerd worden, zodanig dat de burger pro-actief kan benaderd worden. Met de Vlaamse en federale administraties, de lokale besturen (gemeente en OCMW) en de verschillende welzijnsactoren, zal ik hierover afspraken maken en, beperkt, overdraagbare projecten opzetten. Ook moet de uitwerking van het idee van het sociaal huis ervoor zorgen dat ondermeer ook mensen die in armoede leven niet telkens opnieuw hun verhaal moeten vertellen.

5.3. Niet meer, maar slagkrachtig en geëngageerd

De bestrijding van armoede wordt best gedragen door meerdere partners die in een samenhangend en elkaar ondersteunend verband werken. Het accent ligt niet op meer en op nieuwe werkvormen, maar op een grotere responsabilisering van de erkende en gesubsidieerde organisaties en diensten.

De budgettaire situatie noopt ons tot meer gelijkgerichtheid en afstemming, tot minder overlapping en doublures, tot meer creativiteit en doelmatigheid.

In een gezamenlijk overleg met het maatschappelijk opbouwwerk, het algemeen welzijnswerk en het Vlaams netwerk wil ik op korte termijn structureel en zonder substantiële bijkomende financiële input :

- meer complementariteit, afstemming en samenwerking bekomen om overlapping te vermijden;
- responsabilisering op de doelgroepen wat zich vertaalt in de concrete programma's van deze sectoren;
- kansen geven aan vernieuwende methodieken om de doelgroep nog beter te bereiken en te betrekken.

Binnen het Vlaamse armoedebelief wordt gewerkt aan afstemming en samenwerking met de federale overheid in het kader van de

Interministeriële Conferentie Maatschappelijke Integratie en het Steunpunt Armoede en Sociale Uitsluiting, zoals overeengekomen in het samenwerkingsakkoord van 5 mei 1998.

Ook in het kader van Europa verlenen we onze medewerking bij het opmaken van het Nationaal Actieplan sociale uitsluiting.

5.4. Problemen van overmatige schulden en afbetalingsproblemen worden aangepakt

De nood aan schuldbemiddeling neemt gestaag toe. Gezinnen die in armoede leven maken (noodgedwongen) schulden voor huurwaarborgen of achterstallen, voor kleding en voeding, gezondheidsuitgaven, enz. Naast preventieve en structurele maatregelen waarvoor er samengewerkt wordt met de federale overheid, wil ik de mogelijkheden van de erkende schuldbemiddelingsdiensten bij het OCMW en het algemeen welzijnswerk optimaliseren. Ook op dit vlak zullen tussen de OCMW's en het algemeen welzijnswerk werkbare afspraken moeten gemaakt worden. Wanneer dit implicaties heeft voor de bestuurlijke organisatie van de OCMW's zal dit in overleg gebeuren met de Minister voor Binnenlands Bestuur.

5.5. Krachtige sectoren als werkbare instrumenten in het Vlaamse welzijnsbeleid

Zowel het maatschappelijke opbouwwerk als het algemeen welzijnswerk moeten krachtige sectoren zijn die effectief ingezet kunnen worden in de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting, in de bevordering van de leefbaarheid en in de organisatie van een brede, laagdrempelige en gebruiksvriendelijke dienst- en hulpverlening.

Door de complexiteit van de maatschappelijke problematieken waarmee (kwetsbare) mensen geconfronteerd zijn, worden beide sectoren op steeds nieuwe maatschappelijke kwesties aangesproken: welzijn, gezondheid, gezinszorg, wonen, arbeid, onderwijs,... Netwerkvorming is een sleutelbegrip voor deze sectoren, maar de vraag mag gesteld worden of dit alleen op het budget van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin kan blijven verrekend worden. Ik zal het initiatief nemen om met open vizier dit debat te voeren, in functie van een betere dienstverlening aan de mensen.

Met beide sectoren zal er bovendien systematisch en grondig overlegd worden hoe zij:

- ingeschakeld kunnen worden in het lokaal sociaal beleid;
- complementair, consistent en in transparante taakverdeling kunnen samenwerken en zich profileren;

- gericht kunnen worden op de welzijnsprioriteiten van de Vlaamse regering;
- evenwichtig gespreid kunnen worden, op basis van een geobjectiveerde programmering.

Ook de relatie met de integratiesector moet verder uitgeklaard worden in functie van de participatie van de doelgroep etnisch-culturele minderheden. Ik zal in overleg met de bevoegde minister de initiatieven rond interculturalisering van deze sectoren blijven ondersteunen en nagaan hoe met name het maatschappelijk opbouwwerk en de integratiesector elkaar kunnen versterken.

5.5.1. Het maatschappelijk opbouwwerk

Ik wil de expertise van het opbouwwerk in het deskundig betrekken, bereiken en begeleiden van de meest kwetsbare groepen in de samenleving, ten volle benutten.

Van het opbouwwerk verwacht ik specifiek concrete input inzake :

- participatiemodellen ten behoeve van de betrokkenheid van de doelgroep (in al zijn diversiteit) in het lokaal sociaal beleid, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbaren;
- acties en projecten die het samenleven en de leefbaarheid in de (meest achtergestelde) wijken bevorderen;
- acties en projecten die groepen mensen aanzetten eigen verantwoordelijkheid te nemen voor hun woon- en leefomgeving;
- programma's die mensen versterken in hun eigen mogelijkheden.

Het opbouwwerk werkt weliswaar vanuit een autonome instelling. Hun specifieke kennis en deskundigheid moet ingebracht worden in de uitbouw van een Vlaams en lokaal welzijnsbeleid.

Wijkgericht werken veronderstelt een goede samenwerking tussen de (vaak vele) werkvormen die aanwezig zijn. Het opbouwwerk kan hier aan samenwerkingsverbanden werken en een sterkere integratie van alle partners bepleiten.

5.5.2. Het algemeen welzijnswerk

Het algemeen welzijnswerk is in het welzijnswerk een speler op de eerste lijn.

Het bouwt een efficiënte hulp- en dienstverlening uit, gericht naar de meest kwetsbaren van de samenleving, kort bij of in hun eigen omgeving. Methodieken inzake vroegdetectie,

vroeghulp en vindplaatsgericht werken zijn hierin belangrijk. Participatie aan netwerken is essentieel. Ik stimuleer het algemeen welzijnswerk om verder te investeren in preventieve én laagdrempelige hulp daar waar de problemen zich voordoen. Alleen door een goed uitgebouwd onthaalaanbod kan meer ingrijpende hulp vermeden worden.

Hulp wordt meestal versnipperd aangeboden, maar moet wel een synthese vinden in het dagelijkse leven van de mensen die hulp vragen. De mens is ondeelbaar. Het algemeen welzijnswerk, net als het OCMW, moet aandacht hebben voor de implementatie van al die aangedragen hulp in het leven van de cliënt(en): de nood aan de ondersteuning van hun praktische organisatie (wonen, werken, persoonlijke hygiëne, concrete opvoedingsondersteuning, thuiszorgondersteuning,...).

Ook maatzorg en lokaal cliëntoverleg zijn hier aan de orde. Het OCMW heeft hierin een centrale en decretale rol te vervullen.

Een belangrijk deel van het aanbod van het algemeen welzijnswerk situeert zich in de aanpak van de problematiek van de thuisloosheid. Het is nodig dat de thuislozenwerking de methodieken, opvangvormen en samenwerkingsverbanden verder ontwikkelt die de instroom beperken en de uitstroom bewerkstelligen. Het aanbod moet flexibel en meer op maat kunnen inspelen op de hulpvragen van de cliënt: kortdurende crisisopvang, opvang van thuislozen met specifieke problemen, vrouwen die slachtoffer van fysiek of psychisch geweld zijn, jonge thuislozen, daklozen,... Ik zal onderzoeken hoe we de opvangcapaciteit in de vluchthuizen kunnen verruimen. De lopende initiatieven inzake begeleid wonen en woonbegeleiding, als de minst ingrijpende hulpverlening die de mensen krachtiger maakt in hun situatie, blijven ondersteund. Ik wil ze, vanuit een inclusieve benadering, meer inpassen in het Vlaamse huisvestingsbeleid.

Omwille van de raakvlakken tussen de domeinen wonen en welzijn zal ik in nauw overleg met de bevoegde Vlaamse minister treden om de samenwerking tussen beide te stimuleren.

In het kader van het ingebouwd algemeen welzijnswerk is de thuiszorgondersteuning van zieken, personen met een handicap en bejaarden een belangrijke opdracht die blijvende ondersteuning vraagt (zie Hoofdstuk 2 voor meer informatie over het thuiszorgbeleid).

Ik verwacht tenslotte van het algemeen welzijnswerk dat het zich inschakelt in het lokaal sociaal beleid om te komen tot een werkbare en een complementaire afstemming, zeker met het OCMW. Het algemeen welzijnswerk en het OCMW hebben hun eigen opdracht, maar zijn op het terrein aanvullend.

5.5.3. Het ruime forensisch welzijnswerk

De welzijns- en gezondheidszorg wordt in toenemende mate bevraagd om tussen te komen ten aanzien van slachtoffers, delinquenten en hun directe sociale omgeving. Naast het federale veiligheids- en strafbeleid, is een sociaal beleid nodig.

Het kader hiervoor wordt gevormd door de samenwerkingsakkoorden (inzake slachtofferzorg, begeleiding en behandeling van seksuele delinquenten en de sociale hulpverlening aan gedetineerden) die afgesloten werden met de federale overheid en door het Vlaamse strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Dit is een essentieel instrument voor het bekomen van een integraal hulp- en dienstverlenend aanbod voor gedetineerden én hun directe omgeving in de Vlaamse gevangenissen. Basisvoorzieningen (welzijn, cultuur, sport, tewerkstelling en vorming, onderwijs) kunnen op deze wijze binnen het bereik gebracht worden van gedetineerden en zij kunnen investeren in de herstelgedachte.

Voorkomen dat problemen gecriminaliseerd worden is een eerste boodschap. Hierop zullen alle door de Vlaamse overheid gesubsidieerde welzijns- en gezondheidsdiensten aangesproken worden.

DEEL 2 GEZONDHEIDSBELEID

Cruciaal in een gezondheidsbeleid, gericht op het boeken van gezondheidswinst, staat het welzijn van de bevolking. Dit welzijn wordt begrepen als een welbevinden op fysiek, psychisch en sociaal gebied, in de zin van de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie.

De kwaliteit van iemands leven hangt af van de mate waarin hij of zij over de optimale mogelijkheden en competenties beschikt om zijn of haar levensplan te kunnen uitvoeren. Een goede gezondheid is hierbij een kritische succesfactor. Een gezonde persoon zal er gemakkelijker in slagen zijn levensplan ten uitvoer te brengen en zal zich dan ook gelukkiger voelen.

Het is een belangrijke maatschappelijke trend dat de Vlaming steeds meer zijn leven zelf in de hand neemt, dat hij autonoom beslist in welke richting zijn leven zich ontwikkelt. Deze evolutie heeft gevolgen voor de plaats van de Vlaming in de samenleving: hoe verhoudt hij zich tot zijn omgeving? Kunnen kiezen verhoogt het gevoel van vrijheid maar legt tegelijkertijd de nadruk op de verantwoordelijkheid van het individu. Ik wil daarom de verantwoorde, vrije keuze voor gezonde gedragingen stimuleren.

Hoofdstuk 6 Preventief gezondheidsbeleid

6.1. Inleiding

Het Vlaamse preventiebeleid is gericht op het realiseren van gezondheidswinst door de eigen verantwoordelijkheid van het individu te versterken en de samenwerking tussen de verschillende actoren op het terrein te stimuleren. Eerder dan nieuwe structuren op te richten, leg ik de nadruk op het bevorderen van de werkbaarheid van bestaande initiatieven. Hierbij zijn een toetsing van de gebruikte methodieken in de preventieve gezondheidszorg en een registratie van correcte en relevante gezondheidsgegevens primordiaal.

6.2. Prioriteiten

Zoals in het regeerakkoord vermeld, vormen zelfzorg, mantelzorg, preventie en eerstelijnszorg prioritaire aandachtspunten van het Vlaamse gezondheidsbeleid. Zelfzorg en mantelzorg versterken de zelfredzaamheid van het individu zodat deze maximaal zijn eigen keuzes kan blijven maken en zo zijn leven actief vorm kan geven. Door de mantelzorg te ondersteunen, kan het beleid een bijdrage leveren tot de versterking van het sociaal weefsel.

Het gezondheidsbeleid zal bijzondere aandacht hebben voor preventie op het niveau van elk individu. Daarom voeren we campagnes die de brede bevolking als doelgroep hebben. Maar preventie moet ook worden gestimuleerd tijdens de contacten tussen zorgvrager en zorgverstrekker in de eerstelijnsgezondheidszorg. Hoe toegankelijker de eerstelijnsgezondheidszorg is, des te doelmatiger de communicatie van preventieboodschappen wordt. Ook de systematische screening van gezondheidsaspecten, op basis van wetenschappelijke evidentie, en het laagdrempelig aanbod van kwaliteitsvolle collectieve preventieve zorg maken deel uit van mijn preventiebeleid. Door te investeren in preventieve gezondheidszorg, kan de overheid de solidariteit in de samenleving op langere termijn veilig stellen.

6.3. Aanpak van middelengebruik

Het Vlaamse beleid inzake middelengebruik richt zich in de eerste plaats op het behalen van gezondheidswinst. Onder middelen verstaan we tabak, alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie (ook antidepressiva, slaap- en kalmeermiddelen,...) en gokken. Alcohol en tabak zijn legaal en zelfs maatschappelijk ingeburgerd. Dit neemt niet weg dat ze

tot de meest verspreide, meest schadelijke en snelst verslavende middelen behoren. Onze bekommernis is dat mensen zich bewust worden van de gezondheidsrisico's van het gebruik van middelen.

De maatschappelijke discussie rond drugs is veel te lang verengd geweest tot het thema 'legaliteit'. Men heeft daarbij te weinig oog gehad voor de maatschappelijke en psychosociale gevolgen van het middelengebruik en de verslaving.

De impact van drugs op de gezondheid, de ingesteldheid en het sociale weefsel van de gebruiker, diens familie en omgeving is aanzienlijk. Daarom vind ik het belangrijk dat duidelijk wordt gesteld dat preventie van druggebruik, vooral maar niet alleen bij minderjarigen, een belangrijk maatschappelijk thema is. Binnen het eigen beleidsdomein zal ik werken aan de nodige opvang- en begeleidingsinitiatieven, waar mogelijk samen met partnerorganisaties. Bijzondere aandacht wil ik hierbij besteden aan informatieverstrekking en bijstand van ouders en familie van personen met een verslaving. Daarom ook zal ik de dialoog blijven aangaan met de federale overheid, zodat we een geïntegreerd beleid kunnen voeren rond deze problematiek.

6.4. Bevoegdheidsverdeling

Bij de staatshervorming van 1980 werden gezondheidsbevordering en ziektepreventie uitdrukkelijk toegewezen aan de Gemeenschappen. Elk van de Gemeenschappen legt hier terecht eigen accenten. Deze accenten zijn ingegeven door de visie op de samenleving en door de budgettaire middelen die op basis van deze visie ter beschikking worden gesteld. De verwachte bonus van een gezondheidszorgsysteem is minder ziekte en een betere levenskwaliteit voor de bevolking.

Ook de andere aspecten van het gezondheidsbeleid zijn in principe een Vlaamse bevoegdheid, maar belangrijke uitzonderingen beperken deze bevoegdheid. Omdat het grootste aandeel van de financiële middelen voor gezondheidszorg zich op federaal niveau situeert, is het voor Vlaanderen niet steeds eenvoudig de nodige middelen vrij te maken voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Een doelmatige Vlaamse preventieve gezondheidszorg kan nochtans een financiële bonus voor de federale overheid opleveren door een daling van de ziektekosten bij verzorging. Een goed uitgebouwde preventieve gezondheidszorg op Vlaams niveau is dus niet alleen in het belang van elke Vlaming maar draagt ook bij tot het financiële evenwicht van de federale sociale zekerheid. Vlaanderen zal toezien op een correcte interpretatie van de bevoegdheidsverdeling en nauw overleg

voeren met de federale overheid met het oog op een federale cofinanciering van Vlaamse projecten.

De actuele versnippering houdt het risico in van een ontoereikend beleid en tegenstrijdige regelgeving. Het is belangrijk dat Vlaanderen in de toekomst over ruimere – en homogene – bevoegdheden en middelen beschikt op het vlak van gezondheidszorg. Dit zou garanderen dat we meer hefboomen in handen hebben voor een verbetering van de gezondheidstoestand en de kwaliteit van het leven van onze bevolking.

6.5. Uitgangspunten van het beleid

Bij preventieve gezondheidszorg hebben zowel het individu als de gemeenschap hun eigen verantwoordelijkheid. Individuele verantwoordelijkheid mag niet leiden tot individuele aansprakelijkheid.

Ik kies voor een preventiebeleid dat gebaseerd is op feiten, niet op gissingen, veronderstellingen of hypothesen. Daarvoor is de inzameling en verwerking van relevante en correcte gegevens cruciaal. Het is de opdracht van elke collectieve preventieve actie om een systeem van monitoring uit te bouwen, zodat de resultaten kunnen worden getoetst en relevante bevolkingsgegevens beschikbaar komen. Op basis van de beschikbare gezondheidsgegevens, de realiseerbare gezondheidswinst en een kosteneffectiviteitsstudie van mogelijke preventieve acties, zal ik prioriteiten bepalen en preventiestrategieën uitwerken.

Preventie kan niet worden verengd tot een louter psychologische of medische aanpak. Ook factoren buiten de gezondheidszorg hebben een invloed op het bevorderen van gezondheid en het voorkomen van ziekten.

Ik denk hierbij aan de impact van het milieu, het verkeer, het onderwijs, de huisvesting, welzijn op het werk en bedrijfsgezondheidszorg, justitie.

Dit facettenbeleid vereist een nauwe samenwerking met verschillende overheden en ook met de privésector.

6.6. Stand van zaken en beleidsopties

Vanuit deze overtuiging zal ik verder werken aan de evaluatie, zo nodig bijsturing, en verdere concrete invulling van de gezondheidsdoelstellingen rond specifieke thema's, gericht op specifieke doelgroepen. Ik denk hierbij onder meer aan het vervolg van de screeningsprogramma's naar borstkanker.

We stellen vast dat het landschap van de preventieve gezondheidszorg versnipperd is. Tal van organisaties werken

rond dezelfde thema's, vaak los van elkaar. Wanneer thema's nauw met elkaar verbonden zijn, is het aangewezen deze te bundelen in een gezamenlijke aanpak. Op deze wijze kan een preventieboodschap duidelijker en krachtiger worden verwoord. Een gezamenlijke aanpak faciliteert het werken met algemeen erkende partnerorganisaties.

Prioriteit moet gaan naar een kritische toetsing van de methodieken die gebruikt worden in de preventieve gezondheidszorg. Ik streef naar de garantie dat de gekozen methodiek maximaal resultaat boekt. De toetsing van methodieken zal ons in staat stellen de juiste keuzes te maken op het vlak van thema's en daarbij betrokken partnerorganisaties.

Willen we in Vlaanderen echt goede resultaten boeken, dan hebben we niet onmiddellijk nood aan nieuwe structuren, maar wel aan werkbare formules. De werkbaarheid van de bestaande structuren zal daarom de prioriteit zijn bij de uitvoering van het preventiedecreet en het decreet eerstelijnsgezondheidszorg. De Vlaamse Gezondheidsraad pleit in zijn advies van 18 maart 2003 voor een afbakening van zorgregio's als basis voor een programmatie van voorzieningen, en voor het organiseren van samenwerking. Het principe van de bepaling van zorgregio's is goed. De uitdaging ligt in de juiste afbakening van de zorgregio's en de toepassing er van in alle betrokken sectoren. Beide elementen zullen geëvalueerd en uitgewerkt worden via overleg met de actoren op het veld. Het is mijn overtuiging dat we dit kunnen realiseren in een open, constructief debat met alle betrokken actoren, indien iedereen de optimale werking van de bestaande structuren voor ogen heeft.

Hoofdstuk 7 Curatief gezondheidsbeleid

7.1. Zorg op maat via netwerken

Ik streef naar een zorg op maat voor iedere persoon. Elke actor, zowel in de ambulante als in de residentiële sector, heeft daarbij zijn eigen rol te spelen. Zo kan een zieke door zijn huisarts en thuisverpleger rustig voorbereid worden op een ziekenhuisverblijf, dat via maatschappelijke assistentie zo kort mogelijk kan worden gehouden, om daarna terug thuis verder door huisarts en thuiszorg opgevangen te worden. Zeker wanneer het leven een aaneenschakeling is van momenten met chronische pijnen, biedt het toch enig soelaas als de zorg en de hulp van de vertrouwde thuisverzorger kan komen.

Zorg op maat betekent eveneens dat de patiënt geen keuze van zorg moet maken in functie van zijn eigen financiële middelen. Iedereen heeft er baat bij de gezondheidszorg te krijgen die hij nodig heeft. Niet iedere voorziening heeft de kennis om voor elk ziektebeeld de aangepaste zorg te verlenen. Ik wil de samenwerking bevorderen tussen ziekenhuizen onderling – ook tussen de openbare en de private ziekenhuizen –, tussen de ambulante en de residentiële zorgsector, en ook tussen ziekenhuizen en andere instellingen.

7.2. Registratie

Een doelmatig beleid vergt een correcte inschatting van de situatie op het terrein. Daarom wil ik tijdens deze regeerperiode aandacht besteden aan meer en betere elektronische gegevensuitwisseling tussen de actoren op het veld in de gezondheids- en welzijnssector onderling, tussen deze actoren en de Vlaamse overheid, en tussen de verschillende bestuursniveaus.

Hierbij speelt de registratie van gezondheidsgegevens een onmisbare rol. Een goede registratie van bijvoorbeeld borstkanker en baarmoederhalskanker laat toe om zicht te krijgen én te houden op de omvang van deze problemen en de evolutie ervan in de tijd. Op deze manier kan het effect van preventieve én curatieve acties worden geëvalueerd. Daarbij zal ik waken over een evenwicht tussen de bescherming van de persoonlijke levenssfeer enerzijds en de noodzaak van geïntegreerde gezondheid(zorg)informatie anderzijds.

Objectieve indicatoren moeten de gezondheids- en welzijnsproblemen en de behoeften aan zorg in Vlaanderen op een dynamische manier in beeld brengen en moeten het mogelijk maken om de resultaten van het beleid en van de verstrekte zorg te evalueren.

De instrumenten om dat alles te bereiken, zijn het standaardiseren van de informatie en van de gegevensstromen, het optimaliseren van registratiesystemen en het op elkaar afstemmen van epidemiologische registers. Een decreet betreffende het gezondheidsinformatiesysteem zal hiervoor onder meer de basis leggen.

7.3. Regeldrift beteugelen en regelgeving flexibiliseren

De cascade van normen voor erkenning van diensten bepaalt vandaag het efficiënt gebruik van de gelden. Een werkgroep zal zich buigen over de vereenvoudiging van de zorgregelgeving en procedures. Hierbij is het cruciaal dat de regelgeving voldoende flexibel is om steeds weer opnieuw te kunnen inspelen op de nieuwe noden en nieuwe evoluties in de sector. Regelgeving moet faciliteren, sturen en een kader geven aan de dynamiek in de sector. Regelgeving mag deze dynamiek zeker niet beknotten of inperken. Kwaliteit van zorg verbetert niet door de papierberg te vergroten.

7.4. Kwaliteitszorg in de geneeskunde

De kwaliteit van de zorg is een permanent aandachtspunt.

De Vlaamse gezondheidsvoorzieningen leveren op dat vlak beslist goed werk. Medici, directies, verzorgend, paramedisch en verpleegkundig personeel zijn voortdurend bekommerd om de kwaliteit van hun werk.

In tegenstelling tot heel wat andere landen of regio's wordt in Vlaanderen de tevredenheid van de patiënt en zijn omgeving over de dienstverlening nog niet op een systematische wijze gemeten. Dergelijke meting is nochtans één van de toetsstenen voor een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Ik wil dit als een aandachtspunt in het kwaliteitsbeleid meenemen. Dit kan mee een antwoord bieden op situaties van medisch falen en bij ziekenhuisinfecties.

De geneeskunde evolueert zeer snel, dagelijks komen nieuwe technieken op de markt. Deze technieken op alle plaatsen toepassen is niet mogelijk; minstens om financiële redenen, zeker om kwaliteitsredenen. Om deze diensten toch te kunnen aanbieden zouden vooral kwalitatieve beperkingen moeten worden ingebouwd.

7.5. De vergrijzing heeft ook hier zijn repercussies

De verzilvering van de bevolking heeft ook gevolgen voor het pathologieprofiel in het ziekenhuis. Correcte opvang binnen

het ziekenhuis is de boodschap. Patiënten moeten zo lang als nodig de goede ziekenhuiszorgen krijgen. Wanneer patiënten geen medische verzorging meer nodig hebben, moeten zij na het ontslag uit het ziekenhuis een beroep kunnen doen op het noodzakelijke vangnet. Dit ligt zowel in de thuiszorg en thuisverpleging als in de residentiële ouderensector.

Een uitbreiding van volwaardige residentiële opvang na dergelijk ziekenhuisverblijf is noodzakelijk. Het woon- en zorgdecreet zal ook met deze problematiek rekening moeten houden en een antwoord zoeken.

7.6. Structurele ondersteuning aan de diensten voor aangepast vervoer

Op 30 april 2004 heeft de Vlaamse regering een decreet goedgekeurd dat het moet mogelijk maken een kwaliteitscertificaat in te voeren voor het liggend ziekenvervoer in Vlaanderen, buiten de diensten van de 100. Deze sector is totnogtoe niet gereglementeerd, er is geen duidelijk overzicht welke diensten er zijn, in welke omstandigheden men er gebruik van kan maken, tegen welke prijs en met welke kwaliteit.

Ik wil uitvoering geven aan dit decreet in overleg met de voornaamste actoren (zorgaanbieders, gebruikers, financiers,...). Zo kunnen we komen tot een regulatie door de sector zelf, met optimale garanties zowel voor de gebruikers als voor de diensten zelf. Ik zal structurele ondersteuning bieden aan de diensten voor aangepast vervoer en de mindermobielencentrales.

Hoofdstuk 8 Geestelijke gezondheidszorg

8.1. Inleiding

Geestelijke gezondheid bevorderen is bijdragen tot het psychisch evenwicht van mensen en het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving. Geestelijke gezondheidszorg beoogt dat mensen competenties verwerven of ontwikkelen, die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk (geïntegreerd) functioneren.

8.2. Huidige toestand en uitdaging

Vlaanderen is één van de trieste koplopers in Europa wat depressie en zelfdoding betreft. De Wereldgezondheidsorganisatie noemt depressie "de ziekte van de eenentwintigste eeuw". Deze vaststellingen hebben geleid tot de ontwikkeling van een zesde Vlaamse gezondheidsdoelstelling. Er zijn natuurlijk nog vele andere geestelijke gezondheidsproblemen die leiden tot een toenemende zorgvraag. Omdat ze afhankelijk zijn van de sociale context waarin ze zich voordoen en van de individuele draagkracht en beleving, kan men ze moeilijk vergelijken. Naast soms erg complexe psychosociale problemen, levensfaseproblemen, traumatische gebeurtenissen en acute crisissen, kampen mensen met in ernst en duur variërende psychiatrische stoornissen. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie kampt één op vier mensen in zijn leven met ernstige psychische problemen. Ieder van ons heeft er mee te maken: persoonlijk, als partner, ouder, kind, broer, zus of vriend,... Daarom wil ik het taboe en de stigmatisering van psychiatrische problemen doorbreken. Mensen met geestelijke gezondheidsproblemen hebben recht op gepaste erkenning en zorg.

8.3. Een gemeenschapsgerichte en geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg

In de geestelijke gezondheidszorg verruimt de beleidsvisie zich bovendien tot gemeenschapsgerichte zorg. Cliënten worden niet alleen behandeld voor hun aandoening, maar ook geholpen en begeleid in hun maatschappelijke (her)integratie en rehabilitatie. Het in stand houden van maatschappelijke verbanden en het herstellen van de sociale verbondenheid zijn in de geestelijke gezondheidszorg minstens zo belangrijk als de medische behandeling van de psychische aandoening.

Dit is met name het geval voor een groeiende groep van personen met een chronische psychische aandoening; zij vallen voortdurend tussen de mazen van het net of maken gebruik van dure (bvb. ziekenhuisbedden) of voor andere doelgroepen bedoelde voorzieningen.

Ik meen dan ook dat het beleid inzake maatschappelijke integratie en rehabilitatie in de geestelijke gezondheidszorg in essentie veel gelijkenissen vertoont met het beleid ten aanzien van personen met een handicap en het beleid inzake armoedebestrijding. Een sectorale aanpak is in vele omstandigheden contraproductief. Het lijkt me aangewezen om in enkele regio's in Vlaanderen experimenten te laten opstarten die een integrale (intersectorale) geestelijke gezondheidszorg tot stand kunnen brengen.

Mensen met een psychiatrische problematiek moeten geholpen worden om optimaal te functioneren in de samenleving, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van henzelf én van hun omgeving. Daarom wil ik een bijdrage leveren tot de uitbouw van de psychiatrische thuiszorg.

Bovendien impliceert een gemeenschapsgerichte geestelijke gezondheidszorg de versterking van de ambulante zorg, vanuit de filosofie: ambulant als het kan, residentieel als het moet, én kort als het kan, lang als het moet.

Geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg komt tot uiting in goede samenwerking op het terrein. Hierbij beoog ik niet alleen de samenwerking tussen voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, maar ook met de algemene gezondheidszorg, de welzijnszorg en andere belangrijke maatschappelijke sectoren zoals onderwijs en justitie. Bij de uitvoering van de decreten voor preventie en eerstelijnsgezondheidszorg zal ik er op toezien dat de inbreng van de geestelijke gezondheidszorg wordt gegarandeerd.

8.4. Zorgvraag en doelgroepen als uitgangspunt

De zorgvraag van de patiënt(e) is voor mij het uitgangspunt in de geestelijke gezondheidszorg. De patiënt is veel meer dan een stoornis of pathologie. Hij of zij is in de eerste plaats een persoon met mogelijkheden en beperkingen, binnen een bepaalde sociale context. Op het niveau van de zorgorganisatie vormen daarom niet de psychiatrische stoornissen, maar wel de leeftijdsdoelgroepen het vertrekpunt: met name de jongeren, de volwassenen en de ouderen.

Het verder optimaliseren van de zorg voor volwassenen en ouderen is belangrijk, mede gelet op de vergrijzing. Hierbij wil ik ook aandacht hebben voor correcte diagnosestelling. Een belangrijk toepassingsgebied is hier depressie en dementie.

Het toenemende aantal ouderen met depressies verdient een aangepaste verzorging.

De komende jaren wil ik, mede vanuit preventief oogpunt, vooral prioriteit geven aan de jongeren. Problemen in de ontwikkeling en het functioneren van kinderen en jeugdigen blijven immers vaak doorwerken tot in de volwassenheid. Daarom is het wenselijk deze problemen zo vroeg mogelijk te herkennen en te behandelen. Er is immers nog steeds een tekort aan zorgaanbod voor jongeren, zowel in de residentiële sector als in de ambulante sector. Via een meerjarenplan zal ik nagaan hoe ik het aanbod van Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg kan versterken, ondermeer met het oog op zelfmoordpreventie. Beleidsinitiatieven die de optimalisering beogen van het zorgaanbod voor jongeren moeten kaderen in het decreet over de integrale jeugdhulpverlening en het decreet over de rechtspositie van minderjarigen. Welzijnsvoorzieningen zoals bijzondere jeugdzorg en pleegzorg moeten in de toekomst nog meer kunnen rekenen op samenwerking met en ondersteuning vanuit de geestelijke gezondheidszorg.

In het kader van gemeenschapsgerichte zorgvernieuwing wil ik de psychiatrische gezinsverpleging voor jongeren laten verkennen. Via een project kunnen formules uitgewerkt worden voor partiële gezinsverpleging en kortverblijf als onderdeel van een behandelingstraject.

De Vlaamse overheid kan in dit kader via een pilootproject aangepaste vormen van psychiatrische gezinsverpleging in andere regio's implementeren.

In overleg met de relevante partners zal er ook vanuit de geestelijke gezondheidszorg worden meegewerkt aan de problematiek van schoolmoeheid, spijbelen, drugs en moeilijk gedrag op school. Deze problemen vergen immers een globale aanpak om de betrokken jongeren en hun ouders te helpen en nieuwe kansen te bieden.

Binnen elk van de vermelde leeftijdsdoelgroepen wil ik aandacht besteden aan specifieke problemen zoals patiënten met een gerechtelijk statuut (bijvoorbeeld de geïnterneerden en de gedetineerden), mensen met drugsproblemen, mensen met een handicap die zich uit via sterke gedragsstoornissen, allochtonen, vluchtelingen, illegalen,... en de impact van armoede op de geestelijke gezondheid. Ik ben er bovendien van overtuigd dat mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen een eigen benadering behoeven. Zowel de zorgvraag als het zorgaanbod voor deze mensen is immers specifiek. Wat verwacht wordt is rehabilitatie. Dit wil zeggen: aangepaste zorg en ondersteuning met het oog op een optimaal functioneren in het dagelijkse leven. Medische behandeling of psychotherapie zijn voor deze mensen vaak noodzakelijk, maar onvoldoende. Prioritair zijn andere zorgvormen zoals ondersteunende psychosociale begeleiding, psychiatrische thuiszorg, psycho-educatie, gestructureerde dagactiviteiten,

arbeidszorg, beschut
verzorgingstehuizen,...

wonen,

psychiatrische

8.5. Forensische psychiatrie

Een bijzondere doelgroep voor de psychiatrische sector bevindt zich in de justitiële sector. Ik wil hierbij uitvoering geven aan het engagement van de Vlaamse overheid in het strategisch plan van 8 december 2000. Zo wil ik het recht van alle gedetineerden en hun directe sociale omgeving waarborgen op een integrale en kwaliteitsvolle hulp- en dienstverlening.

Gelet op de specificiteit van de forensische gezondheidszorgproblematiek en van de justitiële context is het belangrijk om een aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor deze doelgroep te waarborgen. Dit kan zowel in de ambulante sector (centra geestelijke gezondheidszorg, poliklinische settings) als in de residentiële sector (psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrisch verzorgingstehuis, beschut wonen, een nieuw te realiseren categoriaal ziekenhuis, of binnen de structuren van het gevangeniswezen). Niet de setting mag bepalen welke hulp men krijgt. Dit moet ook garanderen dat de nodige kennis en ervaring wordt opgebouwd. Ik wens dat de overheid hierin een coördinerende rol speelt. Een integraal zorgprogramma voor forensische cliënten, geïnterneerden en patiënten met andere juridische titels zal uitgewerkt worden.

Daarnaast wil ik ook de nodige aandacht voor een zorgprogramma voor forensische jongeren, met zorgmodules in het kader van een hiertoe ingerichte afdeling van een kinderpsychiatrisch ziekenhuis, in ambulante poliklinische settings of binnen de structuren van voorzieningen van bijzondere jeugdbijstand. Tevens vraag ik aandacht voor slachtofferhulp en situaties van geweld en mishandeling.

8.6. Op evidenties en waarden gebaseerd

Zoals de andere domeinen in de gezondheidszorg, moet ook de geestelijke gezondheidszorg op evidenties en feiten gebaseerd zijn. Deze evidenties verwerft men op basis van wetenschap en ervaring. Maar ook de waardebeleving speelt hierin een grote rol. In sommige domeinen van de gezondheidszorg – zoals het vaccinatiebeleid – worden waarden door de meerderheid van de mensen gedeeld. In de geestelijke gezondheidszorg daarentegen heerst er vaak een grote verscheidenheid aan waarden. Het respecteren en – waar mogelijk – tegemoet komen aan de waarden van een persoon biedt de beste garantie op succes en tevredenheid van de patiënt en de zorgverstrekker.

8.7. Samenwerking bevorderen

In de komende jaren wil ik werk maken van netwerken en zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg. Hiertoe zal ik in samenwerking met de Ministers voor Volksgezondheid uit de andere regeringen verder bouwen op de Gemeenschappelijke Verklaring van 24 mei 2004. De provinciale overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg vervullen een belangrijke faciliterende rol in dit proces. Bij de uitvoering van het decreet op de zorgregio's zal ik rekening houden met het huidige werkingsgebied van de verschillende voorzieningen. Waar aanpassingen aan de omschrijvingen van de regio's nodig zijn om tot een grotere afstemming in het aanbod te kunnen komen, zal dit in overleg met de betrokken actoren geanalyseerd en besproken worden.

In de komende maanden zal ik een meerjarenplan voorbereiden voor de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. In dat plan wil ik het aanbod van de geestelijke gezondheidszorg versterken, onder meer met het oog op zelfmoordpreventie en het behandelen van depressies. Ik geef aandacht aan de regio's met een groot tekort in het zorgaanbod en aan het wegwerken van de wachttijden voor kinderen, jongeren en ouderen. De enveloppefinanciering voor de Centra voor geestelijke gezondheidszorg moet hen in staat stellen om de door de overheid opgelegde normen en verplichtingen correct uit te voeren. Tegelijk zal ik erop toezien dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg hun rol als tweedelijnsvoorziening invullen. Dat moet ten eerste gebeuren door een daadwerkelijke ondersteuning van de eerste lijn en ten tweede door de striktere prioriteitstelling inzake de problemen en de doelgroepen die in de centra worden behandeld.

Zoals vermeld in het hoofdstuk over de preventieve gezondheidszorg wordt ook in de geestelijke gezondheidszorg de klemtoon gelegd op een inhoudelijk globaal preventiebeleid. Voor de uitvoering ervan worden de bestaande krachten gebundeld in samenwerking met de eerstelijns-, de mantel- en de zelfzorg.

8.8. Residentieel zorgaanbod : Psychiatrische Ziekenhuizen en Psychiatrische Afdelingen in een Algemeen Ziekenhuis

Het beleid inzake geestelijke gezondheidszorg richt zich al jaren op het realiseren van zorg op maat van de behoefte en de noden van elke cliënt. Preventie en de zorg in eerstelijns staan centraal in het beleid.

De rol van een psychiatrisch ziekenhuis is in deze context tegelijk beperkt en toch ontzettend belangrijk.

Beperkt, omdat het ziekenhuis of de ziekenhuisafdeling zich op de tweede lijn manifesteert en pas in actie schiet als de eerste lijn dit noodzakelijk acht. Een modern psychiatrisch ziekenhuis richt zich bijgevolg vooral op situaties met een urgent karakter waar een snelle aanpak aangewezen is, en op complexe ziektebeelden waarvoor een uitgebreide diagnose en intensieve behandeling intramuros nodig zijn. Van zodra de complexiteit onder controle is en de urgentie verdwenen, kunnen de eerstelijnsvoorzieningen opnieuw ingeschakeld worden.

Toch is het ziekenhuis ook ontzettend belangrijk: zonder dit ziekenhuis zou de eerstelijnszorg ontwrichten en de draagkracht van familie, mantelzorg, thuiszorg en andere hulpverleners overschreden worden. In vele situaties is de inbreng van een multidisciplinair team met expertise op het vlak van diagnosestelling, therapeutische behandeling en verpleegkundige zorg, cruciaal.

De verschuiving van de functie van een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis van de historische asielfunctie naar een performante behandel- en crisiseenheid, heeft uiteraard zijn weerslag op de professionele omkadering en de infrastructuur.

Het samenbrengen van alle intra- en extramurale zorgfuncties in een integraal zorgtraject voor elke cliënt vormt een beleidsdoelstelling op zich. De basisbouwstenen zijn voorhanden en een algemeen beleidskader is terug te vinden in de concepten van zorgcircuits en zorgregio's. Het vergt echter schakels (communicatie, doorverwijzing, samenwerking) tussen initiatieven en initiatiefnemers en het 'flexibiliseren' (ont-reglementeren, her-reglementeren) van de middelen en de mogelijkheden tot samenwerking.

DEEL 3 SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

Hoofdstuk 9 Zorgverzekering

Een consolidatie van het systeem met voldoende waarborgen voor financiering, toegankelijkheid, niet-discriminatie en optimale rechtsverkrijging zullen op korte termijn het beleid in het kader van de zorgverzekering typeren. Op langere termijn zal ik onderzoeken hoe we degelijke fundamenteën kunnen gieten voor een maximumfactuur in de zorg.

9.1. Financiering, leefbaarheid én zekerheid

Op 1 oktober 2001 werd de Vlaamse Zorgverzekering in het leven geroepen met als hoofddoelstelling zorgbehoevenden een financiële ruggensteun te bieden voor hoge uitgaven in het kader van niet-medische zorgen.

Ik wens dit systeem niet alleen te behouden, ik wens het verder te verfijnen mét de nodige aandacht voor de financiering en financiële leefbaarheid.

In het kader van deze financiering verkies ik geen verhoging van de forfaitaire jaarlijkse bijdrage-inning, tenzij er sociaal gevoelige indicatoren kunnen gevonden worden waarbij de bijdrage-inning op administratief eenvoudige wijze kan gerelateerd worden aan de draagkracht van de persoon. Het systeem, bedoeld als financiële steun, mag geenszins de financiële draagkracht van kwetsbare mensen aantasten. Ik wens dan ook geen lineaire lastenverhoging in het kader van de bijdrage, maar start een zoektocht naar goede alternatieven.

Ik zal dan ook investeren in het versterken van de fundamenteën van het bouwwerk, veeleer dan in een verzwaken van het bouwwerk, met een kans op vroegtijdig instorten.

We stelden vast dat de uitbreiding naar alle mensen die verblijven in residentiële zorg, het systeem financieel bijna aan het wankelen bracht en tevens een belangrijke discriminatie tot stand bracht met de thuiszorg. Daarom wil ik tijdens deze legislatuur er op toezien dat het bouwwerk er over een aantal jaren nog zal staan, solide, als een zekerheid voor de vele tienduizenden mensen in Vlaanderen die zwaar zorgbehoevend zijn.

9.2. Mensen zoveel mogelijk de voordelen toekennen waarvan ze kunnen genieten

In mijn beleid zal ik uitgaan van volgende beginselen: niet-discriminatie en minimale uitsluiting, maximale toegankelijkheid en maximale toekenning van voordelen.

9.2.1. Niet-discriminatie en minimale uitsluiting

In het kader van de niet-discriminatie wil ik vooreerst binnen de strakke financiële ruimte waarover ik beschik voorrang geven aan de financiële gelijkschakeling van thuiszorgpatiënten en geregistreeerde mantelzorgers met bewoners in de residentiële zorg.

De maandelijkse betoelaging van 90 euro voor thuiszorg en mantelzorg zal worden opgetrokken tot 125 euro. Hiermee wil ik erkenning geven aan de mantelzorger en de verborgen kost die in de thuiszorg vaak niet in rekening wordt gebracht. Ik wil de eigen keuze van de mensen respecteren. Wie kiest voor thuiszorg, mag niet financieel ontmoedigd worden door een systeem dat residentiële zorg bevoordeelt en wie kiest voor een rustoord moet ook daarin ondersteund worden.

In het kader van niet-discriminatie wens ik ook de mogelijkheden te onderzoeken voor personen met een handicap die verblijven in een gehandicaptenvoorziening, erkend door het Vlaams Fonds voor Sociale Integratie van Personen met een Handicap. De bijna volledige uitsluiting van deze personen voor een vergoeding, lijkt mij onverenigbaar met de inspanningen die ook hier vaak door de mantelzorger geleverd worden om deze personen toch partieel thuis op te vangen en te ondersteunen.

Daarnaast wil ik nagaan of we aan patiënten die verblijven in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) bij langdurige hospitalisatie gelijkwaardige rechten kunnen verlenen als aan de patiënten die in andere residentiële zorgvoorzieningen of in de thuiszorg verblijven. De Vlaamse zorgverzekering mag geen systeem zijn dat ongelijkheden en discriminaties uit het verleden voedt; het moet een systeem zijn van maximaal gelijke rechten en plichten.

9.2.2 Maximale toegankelijkheid

In het kader van een maximale toegankelijkheid zal ik onderzoeken of we een regularisatiemogelijkheid kunnen bieden aan de inwoners in het Vlaams én het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die - omwille van het niet of niet-tijdig betalen van hun jaarlijkse bijdrage in het verleden - nu reeds uitgesloten

zijn van een vergoeding wanneer zij ooit zorgbehoevend worden. Ik wil deze 206.000 mensen de kans bieden om zich zonder sanctie alsnog correct aan te sluiten en zich te verzekeren. Problemen inherent aan de opstartfase in de zorgverzekering mogen in geen geval een hypotheek leggen op het recht op een tegemoetkoming voor de zorgbehoevende persoon en zijn mantelzorger.

Ik ben van oordeel dat de toegankelijkheid van het systeem tevens kan verbeterd worden door een versoepeling van een aantal administratieve procedures.

Zo lijkt het mij niet zinvol om bij uitgesproken degeneratieve ziekten een herhaalde indicatiestelling te vereisen. Niet alleen genereert dit een zware kostprijs voor de overheid, het is in de eerste plaats een emotioneel moeilijk gegeven voor de patiënt en mantelzorg. Uiteraard moet dit principe verder bekeken worden in zijn concrete vertaling, maar ik wil er in mijn beleid in elk geval mee rekening houden dat we in de eerste plaats spreken en handelen met kwetsbare mensen.

9.2.3. Maximale toekenning van voordelen

Ik wens te onderzoeken in welke mate en met welke financiële gevolgen het recht op een tegemoetkoming in de zorgverzekering via automatische weg kan toegekend worden aan de rechthebbenden. Een pro-actief beleid van de overheid kan voorkomen dat mensen (en vaak zijn het de meest kwetsbaren) uit de boot vallen. In een constructieve dialoog en samenwerking met de residentiële zorgvoorzieningen, met de ziekenfondsen, de diensten gezinszorg en andere partners kunnen we er voor zorgen dat zorgbehoevende ouderen, zieken en personen met een handicap, maximaal gesteund worden in hun rechtsverkrijging, daar waar dit mogelijk is.

9.3. Aandacht voor Brussel

Ik wil nagaan hoe we voor de inwoners van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest de zorgverzekering toegankelijker kunnen maken. Ik wens te evalueren of de verplichting om gebruik te maken van professionele zorg in het kader van de tegemoetkoming thuiszorg en mantelzorg eventueel kan wegvallen. Geen zware administratieve formaliteiten maar een eenvoudig verkrijgbaar voordeel.

9.4. Aandacht voor de Europese regelgeving

Begin 2005 zal het decreet van 30 maart 1999 aangepast worden aan de Europese regelgeving. Administratieve omzendbrieven zullen de verdere concrete toepassing van de Europese regelgeving verduidelijken.

Hiermee zal ik duidelijkheid brengen voor de personen die in Vlaanderen hun verblijfplaats hebben en in een land van de Europese Unie tewerkgesteld zijn of omgekeerd en voor de grensarbeiders.

9.5. Zorgvuldige voorbereiding van een maximumfactuur zorg

Ik wil niet de indruk wekken dat ik binnen een zeer korte termijn de ideale toverformule zal vinden om een maximumfactuur voor zorg te implementeren. In elk geval zal ik het engagement van het regeerakkoord nakomen en tijdens deze legislatuur de nodige stappen zetten om een gefaseerde invoering van een maximumfactuur in de zorg mogelijk te maken.

Wel wil ik vooreerst zeer grondig onderzoeken met welke niet-medische kosten zwaar zieke mensen geconfronteerd worden. Hoe kunnen zij deze kosten op een eenvoudige manier in kaart brengen? Hoe kunnen we voorkomen dat er nieuwe ongelijkheden ontstaan tussen b.v. thuiszorg en residentiële zorg? In functie van welke criteria (o.m. financiële draagkracht) bepalen we het maximumplafond en laten we eventueel verschillen toe in maximumplafond? Hoe integreren we dit in de bestaande Vlaamse zorgverzekering? Hoe bewaken we de prijsbepaling van voorzieningen en organisaties? Hoe kunnen we de financiële impact van een dergelijk systeem onder controle houden?

Het zijn slechts enkele van vele vragen. De uitdaging zal er in bestaan de juiste vragen te stellen en voldoende onderbouwde antwoorden te vinden die zullen toelaten degelijk werk te leveren, uitgaande van dezelfde principes van financiële leefbaarheid, toegankelijkheid en niet-discriminatie.

Hoofdstuk 10 Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)

Het engagement, de visie van het VIPA kunnen we in één zin verwoorden: "Het VIPA streeft de realisatie na van een toegankelijk aanbod aan performante zorgvoorzieningen die op kwalitatief hoogstaande wijze en tegen een verantwoorde prijs voorzien in de hedendaagse en toekomstige woon- en zorgbehoeften van de Vlaamse bevolking."

10.1. De behoeften zijn groot

De afgelopen jaren vonden steeds meer initiatiefnemers de weg naar de overheid voor subsidies bij hun geplande infrastructuurwerken. Tegelijkertijd kregen ook steeds meer sectoren toegang tot het VIPA.

Daartegenover staat dat de beschikbare budgetten geleidelijk aan verminderden. Daardoor zijn lange wachtlijsten ontstaan in de sector van de ouderen- en thuiszorgvoorzieningen en bij de ziekenhuizen. Dit kan leiden tot onaangepaste gebouwen, waarin men soms de veiligheid van de mensen die er verblijven niet meer kan garanderen. Ook dreigt op termijn de kwaliteit van de zorg eronder te lijden.

Ik wil me dan ook richten op de realisatie van een stappenplan om de (budgettaire) achterstand in investeringsdossiers weg te werken.

10.2. Rechtszekerheid garanderen

Dit gaat ook gepaard met de problematiek van de rechtszekerheid voor de initiatiefnemers die in de VIPA-procedure zijn gestapt.

Zodra de overheid zich heeft geëngageerd en een subsidie heeft toegezegd, moet zij er alles aan doen om de initiatiefnemer ook een correcte en tijdige betaling van deze subsidie te garanderen.

Eerder dan nieuwe initiatieven op te starten is het belangrijk dat we geloofwaardige partners zijn. Daarom vind ik het prioritair om te zorgen voor voldoende betalingsmiddelen zodat elk engagement tijdig en correct gehonoreerd wordt.

10.3. Ook hier vereenvoudiging en flexibilisering van de regelgeving

Om het gewenste toegankelijk aanbod te kunnen realiseren, scheidt de overheid de voorwaarden en treedt ze op als kwaliteitsbewaker. Zij evolueert mee met de burger en diens verwachtingen. Waar de overheid vroeger een eerder controlerende, opvoedende en bevoogdende rol opnam, hebben wij nu meer en meer een rol van facilitator. De overheid bepaalt het kader en de spelregels en waakt erover dat deze worden nageleefd.

Dankzij de subsidiëring via VIPA kunnen de initiatiefnemers betaalbare infrastructuur realiseren om zo een toegankelijke hulp- en dienstverlening aan te bieden. Hiervoor hanteren wij een objectieve en voor de klant vooraf gekende procedure. Deze toetst de opportuniteit van de investeringen via zorgstrategische planning aan de beleidsprioriteiten.

Deze procedure wordt door de klanten ervaren als lang en administratief belastend. De lange doorlooptijd, van de opmaak van het zorgstrategisch plan tot aan de indiening van het technisch-financieel plan, ligt in handen van de initiatiefnemer zelf. Bij de verdere uitwerking van de concrete plannen gaven de initiatiefnemers, via de klantentevredenheidsonderzoeken in de sectoren van de ouderenvoorzieningen en de ziekenhuizen, terecht aan dat de procedure eenvoudiger kan. Ik zal dan ook de nodige stappen zetten om overbodige verplichtingen of procedurestappen zonder meerwaarde uit de regelgeving te schrappen. Het procedurebesluit zal daarvoor aangepast worden.

10.4. Nieuwe beleidsaccenten

Responsabilisering vertaalt zich ook in de beleidsmatige trend om mensen zo lang mogelijk zelfredzaam te maken. De differentiatie van het aanbod vertrekt vanuit die optiek. Daarnaast zien we ook dat de technologie alsmear meer zijn intrede zal doen in het leven van de oudere.

Het VIPA is in het werkveld inmiddels genoegzaam bekend als het loket voor alle infrastructuurdossiers. Het is belangrijk dat men zich op regelmatige tijdstippen bezint over een meer efficiënte en klantgerichte dienstverlening. Daarom vind ik het belangrijk dat een aanzet wordt gegeven tot de uitbouw van een interactief loket. Dit moet toelaten dat organisaties en voorzieningen in alle vertrouwen met de overheid kunnen communiceren. Het zal zeker ook een belangrijke meerwaarde bieden in het verminderen van de administratieve formaliteiten bij het insturen en opvolgen van dossiers.

Alle sectoren kenmerken zich momenteel door de razendsnelle evoluties, niet in het minst op technologisch vlak. Voor de voorzieningen is het dan ook niet evident dat zij goed op de hoogte zijn van alle mogelijkheden. Immers, een ouderenvoorziening of een ziekenhuis bouw je niet elke vijf jaar ... Ook hier kan de overheid een intermediaire rol spelen als doorgeefluik van kennis en informatie. Daarom beoog ik binnen het VIPA de uitbouw van een bouwtechnisch en financieel kenniscentrum. Hier wordt gezocht naar goede voorbeelden en reikt men aan de sectoren ideeën en mogelijkheden aan. Deze beleidsmatige opdracht moet toelaten pro-actief in te spelen op ontwikkelingen in het werkveld en op beleidsopties waarvan de verdere implementatie een voorstudie vergt. Hierbij kunnen alle consequenties, zowel bouwtechnisch als organisatorisch en financieel in kaart gebracht worden.

Concrete voorbeelden zijn vandaag te vinden in de ontwikkelingen rond kleinschalig wonen voor personen met dementie, genormaliseerd wonen in de welzijnssector, de criteria waaraan bvb. een isolatiecel of een operatiekwartier moet voldoen, de ecologische criteria,....

Het is eveneens aangewezen dat alle kennis en ervaring samengebracht wordt in één entiteit. Het VIPA zal zich toespitsen op de bouwtechnische, financiële en administratieve opvolging en ondersteuning van infrastructuurwerken in alle huidige VIPA-sectoren. Zo groeperen we alle sectoren die momenteel het procedurebesluit volgen, m.a.w. de sectoren die nu door het VIPA, Kind & Gezin en het VFSIPH worden gesubsidieerd.

10.5. Nieuwe financiële paden

Via de zorgstrategische planning beschikt de overheid over een beleidsinstrument om op een meer verantwoorde wijze om te gaan met haar per definitie schaarse investeringsmiddelen, wat voor haar een engagement is naar de burger.

Dit is ook een engagement dat wij van onze voorzieningen verwachten. Met de toegekende subsidies zorgt de Vlaamse overheid er voor dat zowel investeringen als de tussenkomst van de klanten in hun dagprijs betaalbaar blijven. Desondanks betaalt de overheid niet alles en dienen de aanbieders van hulp- en dienstverlening zelf ook een financieel verantwoord beleid te voeren. Voorzieningen in de welzijns- en gezondheidssector hebben weliswaar een sociaal karakter, een sociaal engagement, maar dit mag hen er niet van ontslaan om op een bedrijfseconomisch verantwoorde manier met hun middelen en deze van de overheid om te gaan, wat trouwens al bij het merendeel van de voorzieningen gebeurt. Dit zal trouwens ook de zorgvrager ten goede komen.

Naast het aftasten van de alternatieven voor het bestaande hulp- en dienstverleningsaanbod, zoekt de Vlaamse overheid momenteel ook zelf naar oplossingen in haar rol als financier.

Het rapport van de expertencommissie, die tijdens de vorige legislatuur werd belast met een onderzoek naar mogelijke alternatieve financieringsvormen, legt reeds een aantal mogelijke pistes voor.

Tegen de achtergrond van de groeiende noden en de beperkte budgetten is de overheid op zoek naar partners. Enerzijds zal ik mogelijkheden van samenwerking met andere beleidssectoren zoals huisvesting aftoetsen. Anderzijds zullen ook andere financieringsmogelijkheden zoals BEVAK en PPS nader onderzocht worden op hun merites voor de infrastructuursubsidies voor nieuw in te dienen dossiers.

Hoofdstuk 11 Kwaliteitszorg

11.1. Uitvoering kwaliteitsdecreet voor de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen

De kwaliteitsdecreten welzijn en gezondheid werden geharmoniseerd in het decreet van 9 mei 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheid -en welzijnsvoorzieningen. Tijdens deze legislatuur willen wij verder uitvoering geven aan het decreet en de nodige besluiten daaromtrent nemen. Achterliggend principe zal steeds zijn dat de kwaliteitszorg en de zorg voor kwaliteit de verantwoordelijkheid is van de voorzieningen zelf. De overheid is verantwoordelijk voor de normering waar nodig en eventuele ondersteuning voor de implementatie.

Wat de normen betreft zal dit in overleg met de betrokken sectoren gebeuren. Voor de ondersteuning zal eerst nagegaan worden in hoeverre de voorzieningen vandaag nog ondersteuning nodig hebben met betrekking tot kwaliteitszorg. Afhankelijk van het resultaat zullen de nodige maatregelen getroffen worden om te voorzien in de gepaste ondersteuning.

Ook de controle zal met respect voor deze responsabilisering van voorzieningen worden georganiseerd. Hiertoe is maximale afstemming noodzakelijk tussen de verschillende inspectiediensten, die ondermeer zal worden gerealiseerd door middel van de oprichting van een agentschap inspectie welzijn en volksgezondheid. Hierdoor zal de inspectie tevens doelmatiger en klantvriendelijker kunnen worden georganiseerd. Dubbelwerk alsook overlappende inspectiebezoeken worden vermeden.

Binnen de Vlaamse overheid is blijvende aandacht voor de relatie met voorzieningen en burgers. De gevoerde klantentevredenheidsonderzoeken hebben specifieke aandachtspunten aan het licht gebracht. In de toekomst zal de Vlaamse overheid zich verder organiseren dat de externe klant een kwaliteitsvolle dienstverlening krijgt.

11.2. Administratieve lastenverlaging

Ik beoog een kaderovereenkomst af te sluiten met de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid om de aanlevering te garanderen van de gegevens die nodig zijn voor een coherent welzijns- en gezondheidsbeleid. Het betreft o.m. de populatiedatabank die nodig is om het elektronische bestel- en

distributiesysteem voor vaccins draaiende te houden, om screeningprogramma's te kunnen organiseren en om de zorgverzekering op een adequate wijze te kunnen beheren. Daarnaast zal onderzocht worden of ook bepaalde administratieve gegevens (zoals de personeelsgegevens van de zorgvoorzieningen) langs deze weg aangeleverd kunnen worden.

Het concept van de visitaties met zijn multidisciplinaire benadering van de voorziening, is inmiddels langzaam ingeburgerd in de ziekenhuissector. Inspecties moeten niet alleen wijzen op grote tekortkomingen; ze kunnen ook aangeven wat goed verloopt en waar nog wat kan verbeterd worden. Dit concept wordt ook door de betrokken sector als kwaliteitsvol ervaren. Op basis van deze input overweeg ik een verdere implementatie van dit concept in de sectoren van welzijn en volksgezondheid.

11.3. Verfijnen en vereenvoudigen van een onafhankelijke en kwaliteitsvolle diagnose van zorgvragen en indicatiestelling

Het instrument van indicatiestelling in de sectoren van ouderen, thuiszorg en volwassenen met een handicap is zeer divers en ondertussen al enkele decennia oud. Om elke zorgvraag met het juiste zorgaanbod te kunnen beantwoorden is een eenduidige indicatiestelling vereist. Ook in het licht van de verdere uitbouw van de zorgverzekering en de ontwikkeling van de maximumfactuur voor zorg zal dit instrument nodig zijn.

Er werd inmiddels wetenschappelijk onderzoek verricht naar het gebruik van een éénvormige schaal om de zorgbehoevendheid van de patiënt te kunnen evalueren doorheen de verschillende settings, intra- en extramuraal.

Ook de uitwerking van deze eenduidige diagnose- en indicatiestelling zal overleg vergen tussen de actoren van de diverse betrokken sectoren en met de federale overheid. Ik vind het immers aangewezen om ook met de federale regelgeving eenvormigheid te bekomen in het bepalen van de zorgbehoevendheid en zorgplanning. Het overleg daartoe moet de toepassing van de eenvormige schaal de netwerkvorming tussen de sectoren vergemakkelijken.

Hoofdstuk 12: Vrijwilligerswerking

Vrijwilligerswerk in Vlaanderen vertegenwoordigt een belangrijk sociaal kapitaal. Ongeveer 1 op 3 is actief in de zorg, hetzij individueel, hetzij in georganiseerd verband.

Strategisch is het noodzakelijk het vrijwilligerswerk beleidsmatig te ondersteunen en te waarderen. De toenemende juridisering van de relatie zorgvrager-zorgaanbieder noodzaakt tot het bieden van structurele oplossingen aan de problematiek van de verzekering. Vrijwilligersorganisaties moeten gestimuleerd worden om hun organisatorische en financiële management te verbeteren; Organisaties moeten er ook toe aangezet worden om moderne middelen voor rekrutering aan te nemen, begeleiding, vorming en omkadering van vrijwilligerswerk te verbeteren en samenwerkingsverbanden te ontwikkelen.

We zullen het bestaande decreet en besluit van 1994 houdende de erkenning en subsidiëring van vrijwilligersorganisaties grondig evalueren, met aandacht voor het ingebouwde vrijwilligerswerk, teneinde een globale regeling voor de ondersteuning van het vrijwilligerswerk in de welzijns- en gezondheidssectoren uit te werken.

Hoofdstuk 13: Meer Vlaanderen : Meer wel-zijn

De Vlaamse Gemeenschap beschikt vandaag reeds over een groot aantal bevoegdheden waardoor zij een gedegen - en op kwaliteit gericht - welzijns- en gezondheidsbeleid in Vlaanderen kan voeren.

De huidige bevoegdheidsverdeling tussen de federale staat en de Gemeenschappen houdt echter ook belangrijke tekortkomingen in, zowel naar de organisatie als de doelmatigheid van het gezins-, welzijns- en gezondheidsbeleid. Deze tekorten moeten ten gunste van de zorg- en hulpvrager weggewerkt worden. Het doel van een verdere overdracht van bevoegdheden is eenvoudig: zorg- en hulpverlening moeten beter kunnen werken.

De bevoegdheidspakketten moeten meer coherent gemaakt worden zodat we een performanter beleid kunnen voeren. Tegelijkertijd is het noodzakelijk - in het licht van een efficiënt en doelmatig beleid - dat ook een aantal homogene federale bevoegdheden overgedragen worden aan de Gemeenschappen. Zo kan Vlaanderen vandaag nog geen globaal gezinsbeleid voeren wegens gebrek aan bevoegdheden onder andere inzake kinderbijslag, fiscaliteit en werkgelegenheid.

Er is bovendien ook een verschil in aanpak en noden tussen de Vlaamse en Franse Gemeenschap. Zo zijn in het ouderenbeleid de zorgen en behoeften anders dan in Wallonië, dat trager vergrijst dan Vlaanderen. In de gezondheidszorg steunt Vlaanderen sterk op een goed huisartsennetwerk en kiest het voor eerstelijns gezondheidszorg en preventie, terwijl de Franse Gemeenschap sneller artsen-specialisten inschakelt.

In het licht van deze bekommernissen keurde het Vlaams Parlement op 3 maart 1999 de zogenaamde vijf resoluties over de staatshervorming goed. In de vierde resolutie, die gaat over coherente bevoegdheidspakketten, eist het Vlaams Parlement de bevoegdheden op voor een eigen gezondheids- en gezinsbeleid, met inbegrip van de normerings-, uitvoerings- en financieringsbevoegdheid. Hierin zijn ook de gezondheidszorg-verzekering en de gezinsbijslagen begrepen.

Ik zal mijn administratie opdracht geven om de consequenties van deze vragen op het reële beleid van de Vlaamse Gemeenschap te onderzoeken, zodat we daadwerkelijk voorbereid zijn op een implementatie van een verdere bevoegdheidsoverdracht in de domeinen Gezin, Volksgezondheid en Welzijn. De opdracht van de bevoegde Vlaamse administratie zal erin bestaan een alomvattende nota te maken die de concrete elementen bevat van een verdere bevoegdheidsoverdracht. Tegelijkertijd zullen de modaliteiten moeten onderzocht worden die een goede toepassing in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest mogelijk maken.

Ik zal bovendien - samen met de sector - onderzoeken welke inhoud gegeven kan worden aan een meer uitgebreide bevoegdheid voor de Vlaamse Gemeenschap. Met andere woorden: welk beleid gaat de Vlaamse Gemeenschap voeren bij een uitbreiding van haar bevoegdheden? Deze denkoefening kan leiden tot een algemeen congres met alle actoren uit de welzijns- en gezondheidssector.

Inge Vervotte
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin
