

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



stuk **191** (2009-2010) – Nr. 1
ingediend op 26 oktober 2009 (2009-2010)

Beleidsnota

Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

2009-2014

ingediend door de heer Jo Vandeurzen,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

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

Lijst met afkortingen.....	6
I. Managementsamenvatting – ‘Vijf jaar investeren in Welzijn, Volksgezondheid en Gezin’	7
II. Omgevingsanalyse.....	9
1. Inleiding	9
2. Basistrend: De individualisering van de maatschappij stimuleert de vraag naar zorg op maat en leidt tot de verdere professionalisering van de hulpverlening.....	9
3. Doelgroep- en themagebonden trends	9
3.1. Gezin	9
3.2. Ouderen	11
3.3. Personen met een handicap.....	12
3.4. Jongeren.....	13
3.5. Gezondheid	14
3.6. Kwetsbare mensen	16
4. Bestuurlijk en maatschappelijk kader waarbinnen het beleid zich moet ontwikkelen	16
III. Budgettaire context	18
IV. Strategische en operationele doelstellingen.....	21
SD 1: We versterken mensen in hun fysiek, psychisch en sociaal welbevinden door welzijns- en gezondheidsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen, zo vlug mogelijk te detecteren en tijdig en adequaat aan te pakken.....	21
OD 1.1: We zetten in op preventie om zo bij te dragen tot gezondheidswinst voor en een hogere mate van welbevinden van onze bevolking.....	21
OD 1.2: We willen bij vragen en problemen snel de gepaste hulp inzetten om zo erger te voorkomen.....	23
SD 2: We verruimen de sociale bescherming van de Vlamingen om zo hun grondrechten beter te kunnen waarborgen.....	27
OD 2.1: We nemen de nodige initiatieven zodat de Vlamingen hun sociale rechten vollediger en beter kennen	27
OD 2.2: We ontwikkelen een basisdecreet inzake Vlaamse sociale bescherming gebaseerd op het bredere kader van het Pact 2020 en artikel 23 van de Grondwet.	28
SD 3: We bouwen de hulp- en dienstverlening zo uit dat ze voldoende beschikbaar en toegankelijk is om zorg op maat te kunnen realiseren.	30
OD 3.1: We investeren in het aanbod en de structuur van de kinderopvang om zo te bewerkstelligen dat deze haar sociale, economische en pedagogische functie maximaal kan waarmaken	30

OD 3.2: We professionaliseren de adoptieprocedure vanuit het prioritaire oogpunt van het belang van het kind	32
OD 3.3: Jeugdhulp geldt als een speerpunt in mijn beleid: we willen investeren in uitbreiding, innovatie en afstemming binnen een integrale aanpak, om zo de minderjarige de hulp te kunnen bieden die aansluit bij zijn noden	33
OD 3.4: In de sector van personen met een handicap versterken we de politiek van innovatie en uitbreiding om zo voor deze doelgroep het aanbod maximaal beschikbaar en toegankelijk te maken	37
OD 3.5: We investeren in een toereikend zorg- en gezondheidsaanbod om zo ook in deze sector maximaal zorg op maat te kunnen aanbieden	40
OD 3.6: We realiseren een toegankelijke en beschikbare dienstverlening waarbij aandacht is voor de facetten eigen aan de leefsituatie en zorgnoden van de specifieke doelgroepen	43
SD 4: We sturen, stimuleren en ondersteunen de welzijns- en gezondheidsactoren zodat ze kwaliteitsvolle zorg bieden in een aangepaste infrastructuur, voortdurend innoveren, een inclusieve aanpak bevorderen en duurzaam te werk gaan	50
OD 4.1: We enten een concrete beleidsaanpak op het eengemaakte kwaliteitsdecreet om de voorzieningen zo te stimuleren de kwaliteit van hun aanbod te verbeteren	50
OD 4.2: We bouwen een toegankelijke zorginfrastructuur uit om zo de bereikbaarheid van het aanbod voor de gebruiker te optimaliseren	51
OD 4.3: We bouwen aan een duurzame welzijns- en verzorgingsinfrastructuur	52
OD 4.4: We realiseren de ViA-doorbraak 'Medisch Centrum Vlaanderen' om zo de innovatie in de welzijns- en gezondheidszorg te stimuleren	52
OD 4.5: We versterken het vrijwilligerswerk om zo vorm te geven aan een zorgzame en participatieve samenleving	55
OD 4.6: We onderzoeken de voor- en nadelen van de organisatie van het residentiële zorgaanbod door publieke, private social profit en private commerciële zorgaanbieders	55
SD 5: We bevorderen bij de overheid en bij de welzijns- en gezondheidsactoren de aandacht en het initiatief voor een meer efficiënte en effectieve werking om zo met dezelfde middelen meer zorg te creëren	56
OD 5.1: We investeren in een verbeterd(e) elektronische registratie, gegevensverzameling en gegevensuitwisseling, om zo de werkprocessen efficiënter te laten verlopen en ook om beleidsmatig een beter zicht te krijgen op vraag- en aanbodevoluties	56

OD 5.2: We zetten in op reguleringsmanagement om zo gericht bij te dragen tot efficiëntie en effectiviteit in het optreden van zowel de administratie als de voorzieningen op het terrein...	59
OD 5.3: We willen de procedures van erkenning en subsidiëring van de verschillende werkvormen in het beleidsdomein, over de grenzen van agentschappen en afdelingen heen, optimaliseren en maximaal op elkaar afstemmen, om zo zowel de operationele efficiëntie als de beleidsrelevantie ervan te verhogen	59
OD 5.4: We willen een vernieuwd kader voor inspectie en toezicht initiëren om zo de voorzieningen maximaal te ondersteunen bij het bepalen en realiseren van een cliëntgericht kwaliteitsbeleid	60
OD 5.5: We willen in het beleidsdomein de cultuur van beleidsondersteunend wetenschappelijk onderzoek en beleidsevaluaties stapsgewijs uitbouwen om zo het beleid onderbouwd te kunnen sturen en bijsturen	62
OD 5.6: We ondersteunen de voorwaarden voor een goed bestuur van de sociale ondernemingen in de welzijns- en gezondheidssector om zo het professioneel ondernemerschap en de zorgethiek in ons beleidsdomein te stimuleren	62
SD 6: We werken nauw samen met alle relevante partners op lokaal, provinciaal, regionaal, federaal en internationaal niveau om zo het welzijns- en gezondheidsbeleid onderling af te stemmen en te verbeteren en om elke partner aan te spreken op zijn verantwoordelijkheid en bijdrage..	65
OD 6.1: We streven naar een homogene aanpak van het welzijns- en gezondheidsbeleid over verschillende bestuurslagen in Vlaanderen en verlichten de planlast om zo tot een efficiëntere en effectievere overheidswerking te komen.....	65
OD 6.2: We brengen resultaatgerichte samenwerking tot stand tussen de verschillende agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om zo oplossingen aan te reiken voor de problemen in onze maatschappij die een stijgende complexiteit kennen.....	66
OD 6.3: We brengen synergieën tot stand tussen de verschillende beleidsdomeinen om zo oplossingen aan te reiken voor de problemen in onze maatschappij die een stijgende complexiteit kennen.....	67
OD 6.4: We maximaliseren het Vlaamse welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid binnen de bestaande staatsstructuur en plegen overleg met de federale overheid om zo tot een maximaal efficiënte beleidsaanpak te komen	70
OD 6.5: We situeren de Vlaamse welzijnssector in Europees verband en volgen het Europese zorgbeleid proactief op om ons sterk te positioneren op Europees niveau.....	71
OD 6.6: We willen het middenveld, de academische wereld en de gebruikers nauw betrekken bij beleidsvoorbereiding en -evaluatie om zo tot een gedragen welzijns- en gezondheidsbeleid te komen	72

Lijst met afkortingen

BINC	Begeleiding in Cijfers
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CIG	Centrum voor Integrale Gezinszorg
CKG	Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning
CLB	Centrum Leerlingenbegeleiding
DOMINO	Dossier Minderjarigen Opvolgingssysteem
GES	Gedrags- en Emotionele Problemen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GOS	Gedetineerdenopvolgsysteem
HIVA	Hoger Instituut Voor de Arbeid
HPV	Humaan Papilloma Virus
ICT	Informatie – en Communicatietechnologie
IJH	Integrale Jeugdhulp
IKG	Inkomensgerelateerd (bij kinderopvang)
IMB	Individuele Materiële Bijstand
JOS	Jeugdonderzoeksplatform
K – dienst	Dienst Kinder – en Jeugdpsychiatrie
LAC	Lokale Adviescommissie voor water, gas of elektriciteit
LCCA	Life Cycle Costing Analysis
LOGO	Locoregionaal gezondheidsoverleg en – organisatie
MDT	Multidisciplinaire Teams
MRSA	Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus
NERF	Center for Neuro-Electronics Research Flanders
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PAB	Persoonlijk AssistentieBudget
PGB	PersoonsGebonden Budget
POP	Persoonlijk OntwikkelingsPlan
PPS	Publiek-private samenwerking
RIA	ReguleringsimpactAnalyse
RIZIV	Rijksdienst voor Ziekte – en Invaliditeitsverzekering
SGA	Sterk Gedragsgestoorde en/of Agressieve patiënten
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling
ViA	Vlaanderen in Actie
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
VN	Verenigde Naties
WVG	Welzijn Volksgezondheid en Gezin

I. Managementsamenvatting – “Vijf jaar investeren in Welzijn, Volksgezondheid en Gezin”

Als Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin wil ik in deze regeerperiode volop inzetten op een warme en solidaire samenleving. We willen dat elke Vlaming en Brusselse Vlaming zich volop kan ontplooiën en volwaardig kan deelnemen aan de samenleving. We doen tegelijkertijd een beroep op de verantwoordelijkheidszin en de medewerking van elke burger. Het overheidsbeleid kan immers enkel complementair zijn aan de burgerzin, de zorg en de solidariteit die we met zijn allen gezamenlijk tentoon spreiden. Solidariteit mag geen loos begrip zijn, integendeel: solidariteit is een werkwoord.

In de vorige legislatuur kregen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) meer middelen en werd vooral de zorg vernieuwd. Wij willen verder bouwen op de weg die door de voorgangers is ingeslagen. Om deze ambities vorm en inhoud te geven, analyseerde ik samen met mijn administratie de belangrijkste beleidsrelevante trends in welzijn, volksgezondheid en gezin. Samen met de afspraken in het regeerakkoord voor deze legislatuur vormen deze trends de basis voor de strategische en de operationele doelstellingen die richting zullen geven aan het beleid in de komende vijf jaar.

We opteren voor een kader met zes strategische doelstellingen. Zij geven de krachtlijnen weer waarop we in al onze beleidsvelden willen werken. In elke sector wordt dit dan concreter vertaald naar operationele doelstellingen. Zij geven concreter de krachtlijnen weer van het te voeren beleid, met de effecten die we willen bereiken.

We hebben ondanks alle inspanningen vastgesteld dat het aanbod de vraag niet kan volgen. Dat komt doordat er meer soorten aanbod zijn gekomen en ook doordat in onze samenleving de vraag naar zorg toeneemt. Mensen leven bijvoorbeeld langer en hoe meer mensen langer leven, hoe meer zorg nodig is. De vaak aangehaalde vergrijzing dus. We stellen ook vast dat er steeds meer zorgvragen zijn bij jonge mensen, zoals jongeren met een handicap en jongeren in een problematische situatie. Tegelijk doet zich in Vlaanderen met uitzondering van Brussel een ontgroening voor. Dat wil zeggen dat het aandeel jonge mensen afneemt. Een derde duidelijk maatschappijbeeld is de verkleuring. Ook in WVG kunnen we rekening houden met de multiculturaliteit, zowel in ons aanbod als in ons personeelsbeleid. Het naadloos laten aansluiten van aanbod op vraag is waar we naar streven.

We verbergen niet dat dit beleid gevoerd moet worden in een context van krimpende én eindige overheidsmiddelen. In het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin moet net als in de andere beleidsdomeinen bespaard worden. Wij zullen een goed evenwicht moeten vinden tussen beschikbare middelen, basisbescherming voor iedereen en prioriteit voor de meest kwetsbare, meest zorgbehoevende mensen. Ondanks de beperkte financiële middelen heeft de regering beslist om niet alleen bestaande initiatieven te versterken, maar ook gefaseerd nieuwe initiatieven te nemen. Een efficiënter en effectiever gebruik van de financiële middelen, zal ons in staat stellen om met hetzelfde budget méér te doen. We zullen hiervoor een innovatief en duurzaam beleid voeren, steunend op wetenschappelijk onderbouwde kennis en meer bepaald op de resultaten van het omvangrijk meerjarig onderzoeksprogramma van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Een sterkere samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen en beleidsniveaus is cruciaal.

Alles wat we ondernemen, onderwerpen we aan drie zeer duidelijke voornemens.

- We willen de zelfredzaamheid van mensen versterken en waarderen en hen stimuleren om hun eigen verantwoordelijkheid of de verantwoordelijkheid van de mensen uit hun omgeving. (sociaal netwerk) op te nemen;
- We geven voorrang aan de meest kwetsbaren en de zwaarst zorgbehoevenden;
- We ondersteunen alwie hulp en zorg vraagt om zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk in de vertrouwde thuisomgeving te blijven.

De sleutelwoorden van ons beleid zijn adequate probleemdetectie en vraagverduidelijking, vernieuwing en versterking van een kwaliteitsvolle, resultaat- en cliëntgerichte hulp- en dienstverlening; sectoroverschrijdende samenwerking en ontkooking. Onze steunpilaren hiertoe zijn sterke, efficiënte en effectieve partners in de mantelzorg, het vrijwilligerswerk, het werkveld en de overheid. In die context zullen we ook het overleg met werkgevers en werknemers voeren voor een nieuw intersectoraal akkoord vanaf 2011.

Het na te streven effect is een kwaliteitsvol aanbod aan hulp en zorg, beschikbaar en toegankelijk voor alle Vlamingen, op elk moment in hun leven dat ze hun vraag stellen. Dit betekent dat we ons prioritair richten naar de zwaksten en de meest kwetsbaren in onze samenleving, maar ook op elk moment oog blijven hebben voor de modale Vlaming en zijn gezin, van welke samenstelling ook.

Zo kunnen we komen tot een samenleving die een degelijke sociale basisbescherming biedt aan de hele bevolking. Tegelijk willen we bijzondere aandacht schenken aan en initiatieven nemen voor diegenen die het meest kwetsbaar en zorgbehoevend zijn.

We hopen dat deze legislatuur de geschiedenis zal ingaan als het moment van de “ontkooking”, de sectoroverschrijdende samenwerking en integratie en van de versterking van ons sociaal kapitaal.

Kortom, we moeten de ambitie hebben om de gezondheid en het welzijn van de bevolking op een hoger peil te brengen. We voorzien hiervoor de nodige kwaliteitsvolle zorg die toegankelijk is voor iedereen. Het is onze en ieders verantwoordelijkheid om de solidariteit die daarvoor nodig is te behouden en versterken.

II. Omgevingsanalyse

1: Inleiding

Naast het regeerakkoord en Pact 2020, die uiteraard het kader vormen voor de uittekening van het beleid, kijken we ook naar andere elementen om de beleidsdoelstellingen voor deze legislatuur gericht(er) te kunnen bepalen. Zo gaan we uit van de beleidsrelevante trends op het vlak van welzijn, volksgezondheid en gezin. In wat volgt schetsen we die als omgeving waarbinnen de beleidsnota zich situeert. We onderscheiden een basistrend en een aantal doelgroep- en themagebonden trends. We voegen daar het bestuurlijk en maatschappelijk kader als sluitstuk aan toe.

2: Basistrend: De individualisering van de maatschappij stimuleert de vraag naar zorg op maat en leidt tot de verdere professionalisering van de hulpverlening

Welzijns-, gezondheids- en gezinsvoorzieningen worden geconfronteerd met een nieuwe groep zorggebruikers. Ze zijn bewuster, mondiger en verlangen dat zorgverlenende organisaties een hulpverlenend antwoord op maat van het individu uitwerken. Bovendien kenmerkt deze nieuwe groep gebruikers zich door een steeds groter wordende multiculturele diversiteit. De voorzieningen zijn dan ook genoodzaakt om af te stappen van “one size fits all”-oplossingen. In de plaats daarvan moet de klemtoon meer komen te liggen op de zelfbepaling van de zorggebruiker.

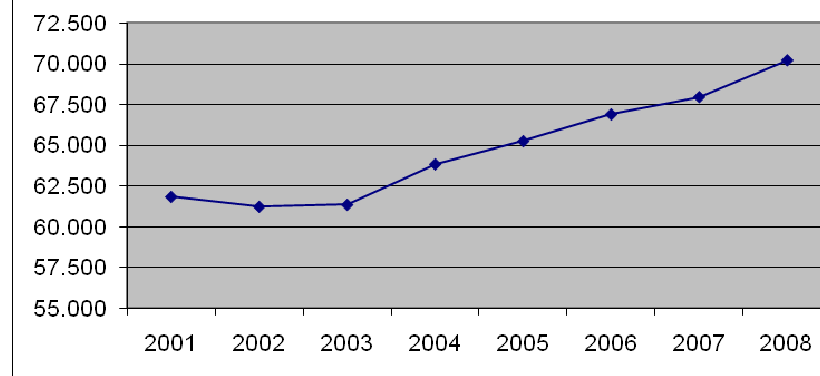
De vraaggestuurde trend loopt parallel met een aan belang winnende inclusiegedachte. De samenleving moet zich dermate organiseren dat de participatiekansen van personen met zorgnoden zo maximaal mogelijk gegarandeerd blijven.

3: Doelgroep- en themagebonden trends

3.1: Gezin

Sinds 2003 stijgt in Vlaanderen opnieuw het geboortecijfer. Vergeleken met het dieptepunt van 2002, toen slechts 59.725 kinderen geboren werden, waren er in het voorbije jaar in het Vlaamse Gewest bijna 9.000 geboorten meer.

Geboortecijfer op basis van gegevens van Kind en Gezin



Dit impliceert dat meer kinderen en meer jongeren gebruik zullen maken van en nood hebben aan het (bestaande) aanbod van zorg- en dienstverlening. Hierdoor komt ondermeer de preventieve gezinsondersteuning van Kind & Gezin en de capaciteit binnen de (buitenschoolse) kinderopvangsector onder druk te staan. In de kinderopvang bvb. vindt één op de tien ouders die op zoek gaan naar formele kinderopvang geen opvang. Dit treft voornamelijk alleenstaande ouders (36%), werklozen met kinderen (44%), en laaggeschoolde ouders en ouders van allochtone afkomst (22%).

Zowel voor de kinderopvang als voor de preventieve gezinsondersteuning (consultatiebureaus en regioverpleegkundigen) noopt dat tot nadenken over een koppeling van het aanbod aan de gestegen nataliteit. De toegankelijkheid ervan voor kansengroepen en de kwaliteit van de opvang zijn een bijkomende zorg voor het beleid.

Ook de gezinsvormen in Vlaanderen kennen een evolutie. De samenstelling van huishoudens verandert waardoor mensen in andere en meer diverse samenlevingsverbanden gaan wonen. Ten eerste neemt de gezinsgrootte gestaag af. Daarnaast zijn er meer gezinnen waarvan de partners hetzelfde geslacht hebben. Ook het samenwonen van meer generaties onder hetzelfde dak neemt verder af, wat het potentieel aan intergenerationele mantelzorg in het gedrang kan brengen. Tenslotte is door een sterke stijging van het aantal relatieontbindingen zowel het aantal alleenstaande ouders als het aantal alleenstaande ouderen gestegen.

Een hectisch leven lijkt vandaag jammer genoeg eerder regel dan uitzondering. Onze samenleving kampt met te veel stress. Dat tast de levenskwaliteit aan en kost de economie en de ziekteverzekering veel geld. Stress treft alle lagen van de bevolking. (Jonge) gezinnen dragen veel verantwoordelijkheid: gaan werken, vaak met beide partners, om voldoende inkomen te hebben en in de dagelijkse basisbehoeften te voorzien; de bekommernis voor de ouders en vaak ook de grootouders; een goede opvoeding geven aan de kinderen. Daarom moeten we ons welzijns- en gezondheidsbeleid ook richten en uitbouwen voor alle gezinnen, ook de gezinnen met tweeverdieners. Iedereen wordt immers op een bepaald moment in zijn leven geconfronteerd met een vraag of nood aan welzijns- of gezondheidsaanbod, gaande van kinderopvang tot curatieve gezondheidszorg.

Alleenstaande ouders (vooral moeders) kampen met een aantal moeilijkheden, met alle gevolgen of specifieke behoeften van dien. Omdat eenoudergezinnen een lager gezinsinkomen hebben, lopen ze een groter risico om in de armoede terecht te komen. Omdat velen een voltijdse baan moeilijk kunnen combineren met de gezinstaken, hebben alleenstaande ouders een uitgesproken behoefte aan gezinsvriendelijke arbeidstijden en beschikbare en betaalbare kinderopvang. Alleenstaande ouders lijken meer moeilijkheden te ondervinden bij de opvoeding van hun kinderen, maar meer dan andere ouders vinden ze hun weg naar het aanbod aan opvoedingsondersteuning. Tot slot kampen alleenstaande ouders vaker met een slechtere (geestelijke) gezondheid en lopen ze een groter risico op sociale deprivatie dan personen die samenwonen met kinderen en een partner.

Een scheiding heeft ook belangrijke gevolgen voor de opgroeiende kinderen. Deze lopen een hoger risico op armoede, een lager psychisch welbevinden, meer gedrags-, gezondheids- en relationele problemen, een lagere levenstevredenheid en slechtere schoolprestaties. Longitudinaal onderzoek benadrukt dat deze verschillen op latere leeftijd vaak nog bestaan.

Een niet onbelangrijk aantal kinderen wordt geboren in een gezin in kansarmoede of in een gezin met een verhoogd armoederisico. In 2008 werden 7,6% van de kinderen geboren in een kansarm gezin. Een percentage trouwens dat het voorbije decennium licht steeg. 9,4% van de kinderen onder de 12 jaar leeft in een gezin met een verhoogd armoederisico.

Werk hebben biedt nog altijd de beste bescherming tegen financiële armoede. In toenemende mate hebben jonge kinderen ook moeders die beroepsactief zijn. Van 2004 naar 2009 steeg de arbeidsparticipatie van moeders met kinderen onder de drie jaar met ongeveer 15% en ligt nu boven de

70%. Ook de arbeidsparticipatie van grootmoeders is flink toegenomen. Dit legt nog een bijkomende druk op de formele kinderopvang.

Tot slot wijzen we nog op de continue toename van kinderen in allochtone gezinnen. Al ruim 20% van de kinderen geboren in 2008 heeft een moeder van niet-Belgische herkomst. Opmerkelijk is ook dat voor ongeveer 20% van de kinderen in het Vlaamse Gewest Nederlands niet de moedertaal is. Dit is niet onbelangrijk. Onderzoek wijst immers uit dat jonge kinderen die thuis een andere taal spreken geconfronteerd worden met grotere uitdagingen om het later goed te doen op school of op de arbeidsmarkt.

3.2: Ouderen

Vlaanderen is kleurrijk. Ook Vlaanderen kleurt langzaam grijs.

Gezond zijn en blijven komt uit alle surveys naar voren als de belangrijkste bekommernis van elke Belg. Zorgen voor een betere gezondheid betekent langer leven. Elk jaar opnieuw stijgt onze levensverwachting. Het beleid moet met deze cruciale demografische factor rekening houden.

Tegen 2010 zal een kwart van de Vlaamse bevolking ouder zijn dan 60 jaar en tegen 2020 zal dit aandeel oplopen tot bijna 1/3. Vooral de oudste groep zal naar verwachting sterk toenemen. Het procentuele aandeel van de 80-plussers in de totale bevolking stijgt tot 6,5% in 2025. Volgens de bevolkingsvooruitzichten van het NIS krijgen we in Vlaanderen tegen 2050 een verdrievoudiging van het aantal personen tussen 80 en 99 jaar en zelfs een vertienvoudiging van de honderdjarigen.

Een stijgende levensverwachting is één zaak, maar hoe staat het met de kwaliteit van de toegevoegde levensjaren? Om dit te meten ontwikkelde men op basis van de gezondheidsenquêtes een maat voor het verwachte aantal gezonde levensjaren op een bepaalde leeftijd, en voor het verwachte aantal levensjaren zonder functionele beperkingen.

Een 60-jarige man heeft een levensverwachting van 19,9 jaar, waarvan 11,9 jaar in goede gezondheid en 10,5 jaar zonder functionele beperkingen. Een 60-jarige vrouw kan nog 24,6 levensjaren verwachten, waarvan 12,8 jaar in goede gezondheid en 12,5 jaar zonder functionele beperkingen.

De stijging van de gemiddelde leeftijd loopt parallel met de toename van het aantal personen met dementie. In België alleen al lijden naar schatting 158 000 mensen aan dementie. Elke 7 seconden komt er wereldwijd één persoon met dementie bij.

Uit de Gezondheidsenquête 2004 blijkt dat 24% van de 65-plussers ernstig beperkt zijn in het uitvoeren van dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen, maaltijden bereiden, lichte huishoudelijke taken uitvoeren, dat 11% van de 65-plussers een depressieve aandoening heeft en 10% van de 65-plussers aangeeft minder dan één keer per week sociale contacten te hebben.

Afhankelijk van de situatie en de graad van hulpbehoefte waarin ouderen zich bevinden, varieert de voorkeur voor hulpverlening. De meeste ouderen doen een beroep op mantelzorg van partners, kinderen, burens of vrienden. Pas wanneer ze langdurige hulp of persoonsverzorging nodig hebben, geven ouderen de voorkeur aan professionele thuiszorgdiensten. Bij hoogbejaarden en zij die niet kunnen rekenen op intensieve mantelzorg, geniet residentiële hulp en zorg de voorkeur.

9% van de 65-plussers gebruikt thuishulp (wat oploopt tot 25% bij de 85-plussers) en 4% van de 65-plussers maakt gebruik van een warmemaaltijdsdienst.

Er bestaat in Europa consensus dat ouderen zo lang als mogelijk zo zelfstandig als mogelijk thuis willen (blijven) leven en volop deel willen blijven uitmaken van de gemeenschap waarin ze verblijven. De beleidsuitdagingen situeren zich dan op het vlak van het maximaal ondersteunen van mensen in hun thuissituatie, het optimaliseren van de woon- en leefomgeving, het inzetten op actieve participatie aan de samenleving en het versterken van het sociale netwerk. Dit noopt tot een geïntegreerd beleid

dat de maatschappij zo inricht dat mensen er zich in thuis voelen, zich gewaardeerd voelen en er zinvol aan kunnen bijdragen. En dat veronderstelt duidelijke en strategisch duurzame keuzes die rekening houden met een aantal onmiskenbare uitgangspunten en evoluties:

- *Elke oudere is uniek.*

Dé oudere bestaat niet. Ook onder de ouderenpopulatie groeit de diversiteit. Elke zorgvrager heeft zijn eigen voorgeschiedenis en besognes. De dienst of voorziening zal hier meer dan vroeger het geval was, moeten op inspelen.

- *De oudere heeft een diverse culturele achtergrond.*

De allochtone zorgvraag stijgt. De diensten en voorzieningen moeten hun aanbod op deze vraag afstemmen.

- *De (zorg)infrastructuur moet comfort verzoenen met flexibiliteit en aangepast inspelen op wijzigende noden.*

Aanpasbaar bouwen en levenslang wonen zijn begrippen die in het licht van de vergrijzing op de bouwmarkt geïntroduceerd worden. Het ondersteunen en versterken van de autonomie van de zorgbehoevende oudere vraagt een creatief design dat op termijn duurzaam kan inspelen op wijzigende behoeften.

- *Tegelijk met de infrastructuur zal ook de omringende ruimte een steeds grotere rol spelen in het zorgaanbod.*

Zorg-op-maat is een concept dat afstemming, visie en planning vereist. De voorziening of de dienst vormt daarin slechts een schakel: goede (aangepaste) zorg is een aangelegenheid van diverse partners. Dat begint bij toegankelijke buurtvoorzieningen, een veilige en aantrekkelijke openbare ruimte, een doordachte inplanting van diensten en residentiële voorzieningen.... Het woonzorgconcept wint lokaal aan belang. Ook openbare vervoersmaatschappijen zijn een partner in het debat en zullen in het overleg betrokken worden. Het concept van woonzorgzones komt dan in het vizier.

- *De oudere wordt geletterd(er).*

De scholingsgraad stijgt (geleidelijk). Onderwijs en cultuur hebben een stijgende aandacht voor ouderen: verwacht mag worden dat de toekomstige gebruiker beter geïnformeerd (en daardoor kritischer) is. Om participatie ook bij afnemende competenties (o.m. inzake mobiliteit) te garanderen zal een internetaansluiting stilaan tot de ingeburgerde comforteisen gaan behoren.

- *De oudere wordt armer.*

De aankomende generaties ouderen zijn meer dan hun voorgangers consumenten. De aspiraties liggen niet meer in de eerste plaats in financiële transfers naar de kinderen of kleinkinderen. De intergenerationele solidariteit wordt minder materieel, het verwerven van inkomen en bezit steeds meer een individuele aangelegenheid. Verwacht wordt dat de eerste pensioenpijler niet zal volstaan om alle materiële behoeften te dekken. De dualiteit kan nog verscherpen: de armoede onder ouderen blijkt weinig doelmatig bestreden te worden.

- *Deskundigheid in vergrijzing wordt een maatschappelijke noodzaak.*

Aangepaste hulp- en dienstverlening en het ondersteunen van de maatschappelijke participatie van de sterkst stijgende groep in de samenleving veronderstelt een breed verspreid inzicht in verouderingsverschijnselen en aangepaste hulpverlening en hulptrajecten. Op elk niveau is deskundigheid vereist om de meest gewenste en doelmatige ondersteuning te bieden: van de ouderenbeleidcoördinator op lokaal vlak, over de zorgverlener aan huis, tot de geriatrie coördinator in het ziekenhuis en de expert inzake dementie in het woonzorgcentrum en specifieke seniorenteam in de geestelijke gezondheidszorg...

3.3: Personen met een handicap

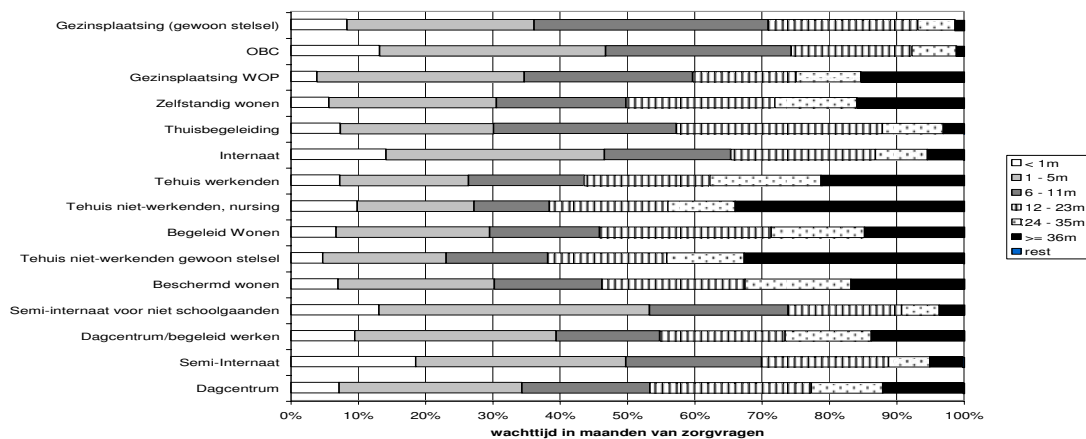
Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap stelt twee evoluties vast in de geregistreerde zorgvragen.

Ten eerste neemt het aantal vragen opmerkelijk toe. Terwijl in 2004 6.860 dringende zorgvragen (urgentiecode 1 en 2) werden geteld, steeg dit aantal in 2006 naar 8.159 en in 2008 naar 10.508. De verklaring hiervoor moet worden gezocht bij de toename in dekkingsgraad van de registratie, alsook

bij de steeds beter wordende diagnose van autisme/spectrumstoornissen. Dit laatste is vooral bepalend voor de toegenomen vraag naar thuisbegeleiding, de zorgvorm met veruit het meeste aantal urgente zorgvragen.

De tehuizen kunnen gerekend worden tot de zorgvorm met de langste wachtlijsten. Bijna een derde van de cliënten moet meer dan 36 maanden wachten voor er plaats is.

Figuur 1: wachttijd in maanden van mensen die een zorgvraag stelden met urgentiecode 1, 2 en 3 op 30 juni 2008



Ten tweede stijgt de gemiddelde leeftijd van de geregistreerde personen met een zorgvraag. Dankzij de vooruitgang van de geneeskunde kunnen personen vaak langer leven met een handicap. Dit brengt met zich mee dat ook het aantal patiënten met chronische aandoeningen, een combinatie van aandoeningen en een relatief intensieve zorgbehoefte toeneemt. De verhoging van de gemiddelde leeftijd van personen met een handicap roept een aantal vragen op. Wat met de financiering van de ouderen- en gehandicaptenzorg, in welke zorgvormen kunnen ouderen met een handicap best een plaats krijgen (de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg, de gespecialiseerde zorg, ...), wat zijn criteria voor het toewijzen van deze personen aan een bepaalde zorgvorm en hoe moet men de infrastructuur en het personeel aanpassen aan de specifieke ouderdomsbehoeften van personen met een handicap?

De VN Conventie inzake de rechten voor Personen met een Handicap, geratificeerd door België op 2 juli 2009, werkt in detail de rechten van personen met een handicap uit en stelt een code op voor de toepassing ervan. De verdragsluitende staten engageren zich om hun beleid, hun wetten en hun administratieve maatregelen af te stemmen op de bescherming van die rechten en om alle vormen van discriminatie uit te sluiten. Het verdrag strijdt tegen allerlei vooroordelen en bevordert het bewustzijn voor de mogelijkheden van personen met een handicap.

De verdragsluitende staten verzekeren dat personen met een handicap hun leven kunnen leiden zoals iedereen waarbij zij speciale aandacht besteden aan vrouwen en kinderen met een handicap.

3.4: Jongeren

Terwijl de meeste jongeren het goed stellen, waarschuwt de monitor van het jeugdonderzoeksplatform (JOS) ervoor dat een kleine groep jongeren minder goed functioneert. 4,5% vindt zichzelf een mislukking, 10,4% ziet de toekomst vaak somber in, 4,4% dacht 12 maanden voorafgaand aan de bevraging ernstig aan zelfdoding, 5,3% heeft geen enkele vriend en een kleine minderheid pleegt ernstige delicten. Het bewijs is geleverd dat het steeds gaat om eenzelfde groep van jongeren die laag

scoort op verschillende indicatoren van welbevinden. Deze groep verdient vanuit haar omgeving, het beleid en de hulpverlening bijzondere aandacht.

Een deel van deze jongeren met hulpvragen komt in de bijzondere jeugdzorg terecht. Dit is echter wel een deel dat steeds toeneemt. Procentueel is het aantal jongeren dat in begeleiding is ten overstaan van de totale bevolking gestegen van 1,06% in 2003 tot 1,29% in 2007. In absolute cijfers vertaalt zich dit nog explicieter. Immers, het aantal minderjarigen in de bijzondere jeugdbijstand stijgt van 14.798 in 2000 tot 20.225 in 2007.

Deze stijging kent sterke regionale verschillen en komt er voornamelijk door het verhoogd aantal gerechtelijke maatregelen in een problematische opvoedingssituatie. Dit laat zich zien in volgende tabel die het aantal lopende maatregelen weergeeft:

	2003		2004		2005		2006		2007	
MOF door JRB	4.831	17,80%	4.769	17,30%	4.850	17,00%	4.912	16,50%	4.781	15,20%
POS door JRB én CBJ	21.597	79,60%	22.270	80,90%	23.134	81,00%	24.276	81,50%	26.035	83,00%
POS JRB	10.887	40,15%	11.366	41,29%	12.053	42,20%	13.015	43,70%	14.434	45,96%
POS CBJ	10.710	39,49%	10.904	39,61%	11.081	38,80%	11.261	37,81%	11.601	36,94%
niet geregistreerd	691	2,50%	491	1,80%	575	2,00%	594	2,00%	591	1,80%
Totaal	27.119	100%	27.530	100%	28.559	100%	29.782	100%	31.407	100%

Slechts 1,29% van het totaal aantal jongeren in Vlaanderen wordt begeleid door de bijzondere jeugdbijstand. Daarvan is het leeuwendeel jongeren die zich in een problematische opvoedingssituatie (POS) bevinden. Slechts 0,15% van de Vlaamse jongeren hebben een als misdrijf omschreven feit gepleegd (MOF).

Er is een kloof tussen vraag en aanbod, het beschikbare hulpaanbod kan de instroom niet volgen. Het bezettingscijfer van de private voorzieningen en de gemeenschapsinstellingen zakte de laatste jaren niet meer onder 90%. Niet enkel dit hoge bezettingscijfer, ook het toenemend gebruik van hulpaanbod waarvan de capaciteit niet door de programmatie geplafonneerd is, duidt op een enorme druk op het hulpaanbod.

De stijgende instroom maakt dat de wachttijden voor gepaste hulp langer worden én dat hulp niet direct kan opgestart worden.

3.5: Gezondheid

In ons land gaat 10% van het bnp naar curatieve gezondheidszorg. Slechts 0,1% van het bnp gaat naar preventie, zoals geformuleerd in de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Nochtans beweren studies dat de externe determinanten van onze gezondheidssituatie voor 60% worden bepaald door de leefgewoonten en –omgeving, tegenover 40% door het curatieve gezondheidssysteem. Cijfers tonen aan dat door primaire preventie (het wegnemen van de oorzaak, bijvoorbeeld door gedragswijziging) jaarlijks 3.878 sterfgevallen (voornamelijk door longkanker en ischemische hartziekten) kunnen vermeden worden. Vlaanderen telt bij de 15-jarige meisjes 17% (OESO: 17%) wekelijks rokers en bij de 15-jarige jongens 18% (OESO: 16%) die wekelijks roken.

Ook via secundaire preventie (vroegtijdig medisch ingrijpen) kunnen veel vroegtijdige sterfgevallen voorkomen worden. Door vaccinatie, vroegtijdige opsporing of een tijdige en gepaste medische behandeling zou men in totaal 2.063 levens bij mannen en 2.174 levens bij vrouwen kunnen redden. Voor vaccinatie van tweejarige kinderen scoort Vlaanderen beter dan het OESO-gemiddelde: kinkhoest 95,3% versus 93,5% OESO, mazelen 96,6% versus 92,2% OESO, hepatitis B: 95,1% versus 94,8% OESO. De griepvaccinatiegraad van thuiswonende 65-plussers bedraagt 62,3%.

Niet toevallig benoemt een recente studie van de studiedienst van de Vlaamse Regering de 21^{ste} eeuw als “de eeuw van de preventieve gezondheidszorg”.

Het promoten van een goede gezondheid blijft op verschillende terreinen een belangrijke uitdaging, te beginnen bij de voedings- en bewegingsgewoonten van de Vlaming. Onderzoeksgegevens tonen aan dat van de jongens en meisjes van 2 tot 18 jaar respectievelijk 12% en 13,3% kampt met overgewicht. Voor obesitas bedraagt dit respectievelijk 2,7% en 3,1%. Bij volwassenen neemt het aandeel personen met overgewicht toe met de leeftijd. 12% van de Vlaamse volwassen bevolking kampt met zwaarlijvigheid, tegenover 15% van de bevolking van de OESO-landen.

Ook het gebruik van allerhande genotsmiddelen blijft een aandachtspunt. Ruim 5% van de Belgen, voornamelijk in de leeftijdsgroep 45-54 jaar, drinkt dagelijks teveel alcohol. Maar slechts één op de zes problematische alcoholgebruikers zoekt professionele hulp.

Ook gehoorschade vormt een toenemende bedreiging voor de gezondheid.

De incidentie van zelfdodingen in Vlaanderen ligt bij mannen 37% en bij vrouwen zelfs 74% hoger dan het globale EU-cijfer. Zelfdoding is in Vlaanderen thans de belangrijkste doodsoorzaak bij mannen tussen de 25 en 50 jaar en bij vrouwen tussen de 20 en 40 jaar. Suïdecijfers uit 2006 plaatsen Vlaanderen met 13,4 per 100 000 personen boven het OESO-gemiddelde van 11,1 per 100 000. De preventie van zelfdoding blijft dus belangrijk.

De borstkankersterfte ligt met 26,39 per 100 000 boven het OESO-gemiddelde van 20,7 per 100 000. De borstkankersterfte daalde in Vlaanderen echter in de afgelopen 10 jaar. Gemiddeld daalde de sterfte jaarlijks met bijna 1 per 100.000 inwoners.

Blijvende aandacht voor de preventie van HIV-besmettingen, van cerebrovasculaire aandoeningen en van ischemische hartziekten blijft cruciaal.

In de Europese Health Consumer Index 2009 valt op dat de resultaten van de gezondheidszorg (outcome) voor België in vergelijking met 30 andere landen (EU, Noorwegen, Zwitserland, Kroatië en FYR Macedonië) niet goed ogen: België haalt slechts een 18^e plaats. De resultaten van de gezondheidszorg werden gemeten aan de hand van de volgende indicatoren: sterftecijfer hartinfarct binnen de 28 dagen na hospitalisatie, de kindersterfte, de overleving vijf jaar na kanker (alle kankers, uitgezonderd huidkanker), de vermijdbare verloren levensjaren, de MRSA-infecties, de relatieve daling van de ratio aan suïcide en het percentage diabetici met hoge HbA1c-bloedspiegel (> 7).

Tot slot is het belangrijk om oog te hebben voor de toegang tot de gezondheidszorg. Arm maakt ongezond en ongezond maakt immers arm. De op het eerste gezicht uitstekende toegankelijkheid van het Belgische zorgsysteem - België behaalde de hoogste score in de Euro Health Consumer Index 2008 - heeft te maken met een veralgemeende verplichte ziekteverzekering (95% van de bevolking) en een aanvullende vrije verzekering (46% van de bevolking). Daarnaast speelt een sterk kwantitatief en gedifferentieerd uitgebouwd aanbod van diensten, mankracht, instellingen, apparatuur en geneesmiddelen een belangrijke rol. Ongeveer 65% van de bevolking beschikt op dit moment over zulke aanvullende verzekering. Deze formule is echter meestal geen optie voor gezinnen met een laag inkomen en risicohuishoudens. De Algemene Pharmaceutische Bond signaleerde dat 1 op de 3 apothekers klanten heeft met betaalproblemen en dat almaar meer mensen zelfs het remgeld niet kunnen betalen. De huisartsenvereniging Domus Medica meldde dat minstens 10% van de Vlaamse patiënten moeite heeft om de huisarts te betalen, wat in achtergestelde buurten tot 25% kan stijgen. Het moeilijk tot onmogelijk kunnen inpassen van gezondheidsuitgaven in het budget, komt in Vlaanderen het meest voor bij inkomensarmen (56%), werklozen (41%), zieken of invaliden (63%), eenoudergezinnen (35%), alleenstaanden (26%) en allochtonen (45%). Precies die categorieën van kwetsbare Vlamingen scoren ook onder het gemiddelde op het vlak van aanvullende hospitalisatieverzekeringen. Dat heeft tot gevolg dat steeds meer mensen hun gezondheidszorg moeten uit- of afstellen om financiële redenen. Cijfers over stijgende kosten en persoonlijke uitgaven

bevestigen - ook in Vlaanderen - een diepe en groeiende kloof op het vlak van toegankelijkheid van de gezondheidszorg.

3.6: Kwetsbare mensen

In 2008 klopten meer dan 60.000 gezinnen bij de OCMW en de Centra voor Algemeen Welzijnswerk aan voor schuldbemiddeling, 12.000 thuislozen komen jaarlijks terecht in de opvangcentra, een toenemend aantal mensen moet gebruik maken van een budgetmeter om stroom te kunnen gebruiken, ... Dit zijn verontrustende cijfers.

We stellen ook vast dat het voor mensen die in (kans)armoede leven, vaak moeilijker is om de weg te vinden naar de geëigende welzijns- en gezondheidsvoorzieningen.

De belangrijke knelpunten in de toegang tot maatschappelijke dienst- en hulpverlening voor mensen in armoede zijn gekend: men situeert ze zowel bij de diensten, bij de hulpvragers als in de relatie tussen beide. Vaak voelen mensen die het financieel moeilijk hebben sociale drempels, of schaamte om bij een OCMW- of andere dienst aan te kloppen. Ze hebben soms ook onvoldoende of verkeerde informatie over de dienstverlening. In de hulpverleningsrelatie binnen OCMW blijft vooral de dubbele rol van hulpverleners een hinderpaal om een vertrouwensrelatie op te bouwen tussen hulpverlener en –vrager: maatschappelijk werkers zijn vaak tegelijk de belangenbehartiger van de rechthebbende en de controleur van zijn of haar inspanningen. Daarnaast zijn er praktische problemen die een kwalitatieve dienstverlening in de weg kunnen staan, zoals een gebrek aan middelen of personeel. Om de kwaliteit van de dienstverlening en knelpunten op te volgen, zijn er geen ‘databanken’ of –bronnen ter beschikking. We moeten ons hiervoor wenden tot sporadisch uitgevoerde studies of tevredenheidsonderzoeken bij individuele instanties.

4: Bestuurlijk en maatschappelijk kader waarbinnen het beleid zich moet ontwikkelen

Het welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid krijgt vorm binnen een bepalende economische en legistische context. Vandaar dat we ook vanuit die omgeving enkele trends benoemen.

Overheidsaansturing en verantwoordelijk privé initiatief

In welke mate de overheid een rol kan spelen en in hoeverre dat nuttig en bevorderlijk of ongunstig en remmend is voor de economie, zijn vragen die ons bezighouden.

Het Rijnlandmodel voor de sociale markteconomie geniet daarbij onze voorkeur omdat het de nadruk legt op een actieve rol van de overheid in de economie ter wille van het algemeen belang en het sociale welzijn. Precies omdat het Rijnlandmodel alle stakeholders voor ogen heeft, de samenwerking vooropstelt en de sociale bescherming essentieel acht, is het geïnteresseerd in goede arbeidsverhoudingen, hecht het belang aan collectieve successen door samenwerking en niet alleen aan individuele competitie. Precies omdat economie de mens tot doel heeft en niet omgekeerd, is het Rijnlandmodel gericht op economische waardecreatie op lange termijn. De vrijheid van initiatief gaat voor ons samen met verantwoordelijkheid. Dit model vergt een systeem om de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van het aanbod te meten en op te volgen.

Een kader dat voor alle Vlamingen een aantal sociale basisrechten kan genereren, met daarbij een plaats voor non-profit, social-profit en profit-organisaties. De overheid bewaakt de kwaliteit, de beschikbaarheid en de betaalbaarheid van de door haar erkende en/of gesubsidieerde zorginitiatieven. Maar die voorzieningen die geen erkenning of subsidiëring vragen of krijgen, vallen momenteel vaak niet expliciet onder toezicht van de overheid.

De impact van de Europese regelgeving

De organisatie van de hulp- en dienstverlening in Vlaanderen moet zich conformeren aan de bepalingen van de Europese interne markt. Dat betekent dat we oog moeten hebben voor de impact van het EG-verdrag en de diverse richtlijnen, in uitvoering daarvan, op onze regelgeving.

In eerste instantie betekent dat een screening van onze regelgeving met betrekking tot de dienstenrichtlijn.

Ook het voorstel van richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg en de richtlijn die daaruit zal voortvloeien kan consequenties hebben voor Vlaamse regelgeving.

De conformiteit met de Europese Verordening 1408/71 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels is belangrijk voor het juridisch “overleven” van eventuele nieuwe Vlaamse “*sociale zekerheidsprestaties*” (in de zin van de Verordening) zoals eerder gebleken is voor de Vlaamse zorgverzekering. Bij de opstelling van het basisdecreet sociale bescherming zal hier dus de nodige aandacht aan moeten besteed worden.

De lokale en provinciale besturen geven mee vorm aan het beleid

De organisatie van de hulp- en dienstverlening mag dan wel grotendeels regionaal of nationaal aangestuurd worden, het is op het lokaal terrein dat de invulling eraan gegeven wordt. Deze besturen blijken dan niet enkel partners van het beleid te zijn, soms nemen ze ook een regierol op zich. In de regionale overlegorganen binnen het VAPH participeren de provinciebesturen mee in de zorgregieprocessen, de OCMW en gemeentebesturen tekenen samen met de relevante partners een lokaal sociaal beleid uit dat het best gestalte geeft aan een gepast antwoord op lokaal vastgestelde noden, de preventieve gezondheidszorg gedijt het best in synergie met de plaatselijke actoren.

Goed bestuur betekent dan ook nadenken (tot) op welk beleidsniveau de Vlaamse bevoegdheden het best worden uitgeoefend..

De hulpverlening is transparant, multidisciplinair en evidence-based

In haar streven naar een optimale efficiëntie en effectiviteit objectificeert de zorgsector haar ontwikkeling. Ten eerste is het evidence-based paradigma binnen het beleid en de hulpverleningspraktijk aan een opmars bezig. Het beleid schenkt toenemende aandacht aan een op kennis gestoeld beleid. Mede om die reden werden voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin respectievelijk een kenniscentrum en een steunpunt beleidsrelevant onderzoek opgericht. Beleidsevaluatie(s) en evidence-based policy krijgen daarbij prominente en groeiende aandacht. De hulpverleningspraktijk op haar beurt lanceerde zelf een zorginnovatie-project, vanuit analoge bekommernissen en uitgangspunten. Dat alles betekent dat het beleids- én het praktijkniveau worden aangespoord om het bestaande hulp- en begeleidingsaanbod stelselmatig te expliciteren, te evalueren, te monitoren en te optimaliseren.

Nieuwe zorginitiatieven worden ook op grond van (meer) objectieve (behoefte)criteria bewuster ingeplant. Reële noden vormen de indicator veeleer dan bestaande gebruikerspercentages. De nood aan objectiveerbare equivalentieregels tussen verschillende zorgvormen groeit om eventuele tekorten in het aanbod sneller te kunnen opvangen.

Ten slotte wordt vanuit de vastgestelde beperkingen van een verkokerde hulpverlening de behoefte aan een meer geïntegreerde benadering van zorgvragen aanvoeld. Er worden inspanningen geleverd om dit door middel van verhoogde samenwerking en afstemming tussen verschillende beleidsdomeinen en/of sectoren waar te maken.

De tewerkstelling in de “witte economie”

Zorg- en welzijnsvoorzieningen ervaren steeds meer moeilijkheden om geschikt personeel te vinden. Er is sprake van een ernstig (huis)artsentekort en onvoldoende kinderpsychiaters. Ook de instroom van verzorgende personeelsleden, zorgkundigen en verpleegkundigen is onvoldoende om een antwoord te bieden op evoluties als een sterke uitstroom door vergrijzing van het personeel, een stijgende complexiteit van de zorg en een uitbreiding van het aanbod. Om de gezondheidswerkers aan het werk te (kunnen) houden zijn aangepaste maatregelen nodig die een vroegtijdige uitstroom tegengaan: vijftigers op de werkvloer moeten naar minder fysiek belastende taken kunnen doorstromen, jonge ouders moeten arbeid en gezin kunnen verzoenen, de allochtone gemeenschap moet aangemoedigd worden om opleiding te volgen die toeleidt naar de “witte economie” en om effectief werk te zoeken in de welzijns- en gezondheidssector. Volgens berekeningen van onze noorderburen, zou het percentage van de beroepsbevolking dat werkzaam is in de sector zorg en welzijn moeten toenemen van 13% in 2005 naar 22% in 2025.

Het toezicht op de hulp- en dienstverlening verdiept

De hulpvrager is een gebruiker die waar voor zijn of haar geld wil. Ook de overheid wil een return voor haar investeringen: de uitgekeerde subsidies moeten maatschappelijk verantwoord zijn. De kwaliteitseisen zullen stijgen, de transparantie van diensten en voorzieningen moet navenant toenemen.

Tegelijk ontstaat de nood aan onafhankelijke klachtenbehandelaars. Ombudsdiensten, meldpunten, gebruikersverenigingen e.d. zullen in toenemende mate mee het gezicht van de hulpverlening bepalen.

Een multiculturele samenleving

In onze Vlaamse samenleving groeit de multiculturele diversiteit. Blijvende aandacht voor diversiteit en integratie is hierbij een permanente opdracht.

Ook voor de zorgsectoren betekent dit nieuwe uitdagingen maar ook nieuwe kansen. Het zorgaanbod moet ook voor etnisch-culturele minderheden toegankelijk zijn. De zorgsector zal de komende jaren almaar meer handen te kort komen. Daarom is het belangrijk om reeds van bij de opleidingen de tewerkstellingsmogelijkheden in deze sector meer en beter onder de aandacht te brengen van de allochtone gemeenschap.

III. Budgettaire context

De Vlaamse overheid wil eerst snoeien in haar begroting, om haar sterke budgettaire positie te kunnen handhaven. Snoeien moet om naderhand te kunnen investeren. Met efficiëntiewinst komen we al een heel eind. We gaan herdenken, hervormen waar dat nuttig is, meer doen met evenveel middelen. Dat kan, bijvoorbeeld, dankzij meer en betere ICT. Het kan ook door groeiscenario's wat te vertragen. De uitbreiding komt er, maar we spreiden ze meer in de tijd. Ook dat is besparen. Maar doelgericht om later te kunnen groeien.

De Vlaamse Regering heeft een duidelijke keuze gemaakt, de keuze voor een sociaal beleid. De meerjarenbegroting bevat mooie kansen voor meer en betere kinderopvang, en voor een vraaggericht

beleid ten gunste van personen met een handicap, voor investeringen in meer kwaliteitszorg, in gezinnen, in woonzorgvoorzieningen, ziekenhuizen en de zorg voor jongeren, voor een nieuw decreet sociale bescherming. Ze maakt het opzetten van een Medisch Centrum Vlaanderen mogelijk, dat een belangrijke meerwaarde voor de sector en de gebruikers kan betekenen en dat ook met acties die weinig of geen extra middelen vergen. We zullen de economie kunnen “verwitten”.

Deze nieuwe kansen beletten niet dat we eerst besparingen moeten realiseren. In 2009 ruim 31 miljoen euro, voor 2010 wordt dat ruim 48 miljoen euro.

Ons belangrijkste uitgangspunt bij de besparingen is het vrijwaren van de tewerkstelling en het aanbod in de zorg- en hulpverlening. De grote lijnen die de Vlaamse Regering heeft afgesproken inzake de besparingen, worden ook in dit beleidsdomein gevolgd. Er komt een nulindexering voor alle budgetten die niet naar lonen gaan, de posten communicatie en consultancy moeten het voortaan met minder doen en van onze agentschappen vragen we een vrij forse besparing op hun apparaatskredieten.

De besparing die was vooropgesteld op indexprovisie, zou een zware impact hebben op de lonen van de werknemers in onze sectoren. We denken dan vooral aan de sector voor personen met een handicap, maar ook aan de voorzieningen in de bijzondere jeugdbijstand, de gezinszorg, het maatschappelijk werk en de kinderopvang. Daarom hebben we er voor geopteerd om voor een parallel bedrag aan alternatieve besparingen te realiseren op de beleidskredieten.

Durven te kiezen

De afgelopen jaren hebben we veel geïnvesteerd in projecten. Dat blijft in sommige sectoren zo. Daar hebben we het uitbreidingsbeleid voor. Maar het moment is gekomen om alle huidige projecten te evalueren op hun meerwaarde voor de sector. En dan is het denkbaar dat de verlenging van een project niet automatisch gebeurt. We zullen keuzes moeten maken. We moeten durven te kiezen voor de betere projecten.

In een besparingsoperatie zijn er altijd twee posten: de uitgaven en de inkomsten. Wat dat laatste betreft denken we aan de subrogatiedossiers in de sector voor personen met een handicap. Door de behandeling van deze dossiers te activeren kan het agentschap voor personen met een handicap meer inkomsten verwerven, die dan voor nieuwe, zinvolle projecten kunnen ingezet worden.

De moeilijke eerste periode van besparingen moeten we gebruiken om projecten te evalueren, onderzoek te laten verrichten en regelgeving aan te passen of te creëren. In deze periode moeten we samen met gebruikers, werkgevers en werknemers meerjarenanalyses en –plannen schrijven die we de tweede periode uitvoeren.

Na snoeien ook groeien

De Vlaamse meerjarenbegroting voorziet in een jaarlijks groeipad voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Ook voor de uitdagingen van het vernieuwd sociaal beleid zullen middelen beschikbaar zijn, eens de besparingen hun resultaat hebben opgeleverd.

De Vlaamse Regering trekt in 2010 10 miljoen euro extra uit voor kinderopvang. De andere grote strategische klemtoon in het uitbreidingsbeleid van het komende jaar is de extra investering van 22,5 miljoen euro in de sector voor personen met een handicap. De budgettaire ruimte voor uitbreiding in de sector jeugdhulp wordt niet beknot noch wordt er op bespaard. Ook daar zal onderzocht worden hoe we een meerjarenplan jeugdhulp met de nodige middelen kunnen realiseren dat rekening houdt met de uitgangspunten zoals vervat in de door het Vlaams Parlement aangenomen resolutie betreffende de visie op en de toekomstperspectieven voor het welzijn van kinderen en jongeren. Dit zijn klemtonen die nadrukkelijk gedragen worden door de samenleving.

Een andere bekommernis waar alle politieke partijen zich de afgelopen maanden unaniem achter schaarde, is de terechte vraag van de sector personen met een handicap om meer personeel. Al in 2010 doen we daarvoor een eerste inspanning.

Uitbreidingsbeleid, dat betekent voor ons ook ruimte voor experimenten op vlak van zorgvernieuwing, flexibiliteit, zorggradatie en marktwerking.

Een toegankelijke en duurzame infrastructuur is een belangrijke basisvoorwaarde voor een kwaliteitsvolle zorg en een aangenaam leefklimaat. Het budget voor infrastructuursubsidies neemt toe. Dat past ook mooi in het relancebeleid. Nog in 2009 zal een aantal woonzorgvoorzieningen groen licht krijgen voor hun bouwwerken. Van 2010 af zullen ook in de andere VIPA-sectoren dossiers gehonoreerd kunnen worden. Voor sommige sectoren dient een aanpassing van de regelgeving zich aan. Een belangrijk gegeven is de hernieuwing van de zogenaamde VIPA-buffer in de sectoren personen met een handicap, en introductie van deze methodiek bij bijzondere jeugdzorg en kinderopvang. Dankzij dit instrument kunnen initiatiefnemers infrastructuurwerken opstarten met de nodige subsidies met het zekere perspectief dat bij de ingebruikname de nodige middelen ter beschikking zullen zijn voor de werking. Er komen extra middelen voor de investeringen in de gemeenschapsinstellingen.

We denken dan ook dat dit budgettaire verhaal er, niettegenstaande de moeilijke operatie waar de Vlaamse overheid in haar geheel voor staat, één is die getuigt van een verder inzetten op een sociaal beleid in Vlaanderen.

IV. Strategische en Operationele doelstellingen

SD 1: We versterken mensen in hun fysiek, psychisch en sociaal welbevinden door welzijns- en gezondheidsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen, zo vlug mogelijk te detecteren en tijdig en adequaat aan te pakken.

Het welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid moet er in de eerste plaats op gericht zijn dat mensen goed voor zichzelf en voor elkaar kunnen zorgen, zo nodig met ondersteuning van welzijns- of gezondheidsvoorzieningen. Dat is ook het uitgangspunt in het regeerakkoord. Daar staat letterlijk: "In een sociaal en warm Vlaanderen zorgen mensen voor elkaar. We nemen de nodige initiatieven om personen met een zorg- of hulpvraag, conform hun eigen wensen, zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk in de eigen thuisomgeving te laten blijven of terugkeren."

We willen in ons beleid dan ook de bestaande basiszorg en basissolidariteit positief stimuleren. Elk lid van de gemeenschap moet er zijn plaats in vinden, ook, en in de eerste plaats, de meest kwetsbaren.

Ook de kwetsbare groepen moeten hun weg vinden naar (preventieve) gezondheidszorg, naar de consultatiebureaus, naar hulp aan gezinnen, naar opvoedingsondersteuning.

OD 1.1: We zetten in op preventie om zo bij te dragen tot gezondheidswinst voor en een hogere mate van welbevinden van onze bevolking

Gezinnen met jonge kinderen en gezondheidsopvoeding

In de preventieve gezondheidszorg voor gezinnen met jonge kinderen spelen de consultatiebureaus van Kind en Gezin een belangrijke rol. De aanhoudende toename van het aantal geboorten en het toenemende tekort aan artsen bij Kind en Gezin zorgt evenwel, door een grote toename van het aantal zittingen, voor een grote druk op de preventieve gezondheidszorg van Kind & Gezin. Een strategisch project, wetenschappelijk onderbouwd, moet dan ook leiden tot een hertekening van het aanbod, de organisatie en taakverdeling binnen de consultatiebureaus. Daarbij willen we een structurele koppeling realiseren tussen het aanbod en de evolutie van de nataliteit.

Prenatale zorg

We bouwen de prenatale zorg verder uit: zorgcoördinatie en psychosociale begeleiding voor kwetsbare zwangeren krijgen daarbij prioriteit. Het project rond de sensibilisering voor de gevolgen van zwangerschapsdiabetes is daar een voorbeeld van. Bedoeling is de toeleiding naar en de samenwerking met de eerste lijn te verbeteren om de effecten van uitsluiting te voorkomen. We zullen dit verwezenlijken door het psychosociale aanbod voor kwetsbare zwangere vrouwen in de centrumsteden en landelijke gebieden te verhogen. We zetten ook verder in op het voorkomen van ongewenste zwangerschappen.

Preventieve gezondheidszorg

Om mensen te laten kiezen voor een gezonde leefstijl moeten ze niet alleen over accurate informatie beschikken. Ze moeten ook instrumenten om het eigen gedrag te veranderen aangereikt krijgen, met name een gepast en toegankelijk aanbod aan preventieve zorg. In dit kader willen we inzetten op doeltreffende en doelmatige acties en programma's inzake ziektepreventie en gezondheidsbevordering.

We formuleren in dit verband nieuwe of aangepaste gezondheidsdoelstellingen en maken werk van onder meer een evaluatie van opsporingsprogramma's voor kanker. De doelmatigheid van het preventiebeleid op basis van evidentie is daarbij voor mij essentieel. Bepaalde screeningsonderzoeken realiseren onvoldoende gezondheidswinst of hebben zelfs meer nadelen dan voordelen. We willen dat de bevolking enkel die onderzoeken krijgt aangeboden die zinvol zijn. De Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek zal ons adviseren omtrent nieuwe bevolkingsonderzoeken in het kader van ziektepreventie, onder meer over georganiseerde darmkankerscreening. De baarmoederhalskankerscreening zullen we verder uitbouwen, daarin geadviseerd door de Vlaamse werkgroep baarmoederhalskankerpreventie. De borstkankeropsporing wordt verlengd deze legislatuur, met daaraan gekoppeld een evaluatie met betrekking tot de (modaliteiten van een) voortzetting ervan.

We zullen in elk geval het actieplan middelengebruik (tabak, alcohol en illegale drugs) uitvoeren.

De gezondheidsdoelstelling over de preventie van infectieziekten door vaccinaties wordt geactualiseerd en het vaccinatie-aanbod uitgebreid. We zullen met name de HPV-vaccinatie (tegen baarmoederhalskanker) voor schoolgaande meisjes uit het eerste jaar secundair onderwijs veralgemeend aanbieden. Er zal ook worden verder gewerkt aan de aanpak van MRSA en andere nosocomiale infecties in de woonzorgvoorzieningen en ziekenhuizen. Het preventiebeleid voor seksueel overdraagbare infectieziekten krijgt een sterkere oriëntatie op risicogroepen.

De gezondheidsdoelstelling 'Voeding en Beweging' zullen we voorleggen aan het Vlaamse Parlement en de Vlaamse Regering. We zullen het actieplan dat er vorm aan geeft verder uitwerken en uitvoeren, met oog voor de noodzakelijke evaluatie ervan. Bij de acties die we in dit verband uitwerken, richten we ons naar de hele bevolking, van de jeugd (bijvoorbeeld via de scholen en de jeugdverenigingen) tot de senioren. Dit actieplan zien we trouwens als een goede aanzet om voor senioren een participatief beleid te voeren gericht op 'gezond ouder worden'. We vermelden dit met nadruk omdat de doelgroep ouderen kwantitatief steeds in belang toeneemt en dat het essentieel is deze niet te benaderen vanuit het cliché hulpbehoevendheid, maar als actief participerende leden aan de gemeenschap.

We zullen, in het kader van het actieplan suïcidepreventie, verder investeren in het bevorderen van de geestelijke gezondheid. De gezondheidsdoelstelling in kwestie eindigt in 2010 en zal geactualiseerd worden. Lopende projecten zoals de zelfmoordlijn, de zorg voor nabestaanden, het project over de integrale zorg voor suïcidepogers en het project over de vroegdetectie van initiële psychoses, zullen verankerd worden en er komen nieuwe strategieën voor doelgroepen met een hoge incidentie voor zelfdoding.

In het kader van de gezondheidsbevordering en het dichten van de gezondheidskloof willen we, naast andere acties uiteraard, de werking van de wijkgezondheidscentra versterken. We willen dit doen door ze te erkennen als organisaties met speciale expertise en specifieke opdrachten in de buurtgerichte gezondheidspromotie en eerstelijnszorg voor maatschappelijk kwetsbare groepen.

Ten aanzien van de huisartsen in het algemeen willen we onderzoeken in welke mate de resultaten van het pilootproject met de 'preventiebonus' beleidsrelevant kunnen zijn.

Binnen mijn preventiebeleid willen we extra inspanningen leveren naar mensen in armoede en naar kwetsbare allochtone gezinnen. In overleg met de middenveldorganisaties willen we ons toelagen op preventieve maatregelen die, vanuit hun specifieke noden, gezond leven in een gezonde omgeving bewerkstelligen.

Milieu en gezondheid

De gezondheid beschermen is voor veel burgers het belangrijkste doel van het milieubeleid. De laatste jaren is de relatie tussen milieu en gezondheid steeds onder de aandacht geweest. Het verder terugdringen van milieugezondheidsrisico's voor de Vlaamse bevolking, zeker in een verstedelijkt gebied als Vlaanderen waar wonen en bedrijvigheid kort op elkaar zitten, is de zorg van velen. Het is onze ambitie om zo mogelijk te anticiperen en minstens snel en accuraat te reageren op

milieuproblemen met een belangrijke gezondheidsimpact zodat via preventiemaatregelen en actieplannen de volksgezondheid gevrijwaard blijft. Een participatieve aanpak, zoals dit gebeurt in de Noorderkempen of in Genk-Zuid is daarbij een voorbeeld van “beste praktijk”. Het resultaat van de beleidsacties en -maatregelen wordt blijvend gemonitord via ondermeer het Vlaams humaan biomonitoringsprogramma, het meetnetwerk van milieupolluenten in de mens.

In het kader van de problematiek van de gehoorschade zullen we actief samenwerken met de collega bevoegd voor leefmilieu in de geplande rondetafelconferentie. We zullen over deze problematiek ook een advies vragen aan de Vlaamse Jeugdraad.

Inzetten op samenwerking en partners betrekken bij het preventiebeleid

Bij het voeren van ons preventiebeleid in het algemeen, willen we alle partners -de huisartsen, de eerstelijnszorgers, apothekers, tandartsen, ziekenfondsen, de partnerorganisaties en de organisaties met terreinwerking- op een duurzame en dynamische wijze betrekken.

In uitvoering van het besluit over partnerorganisaties en organisaties met terreinwerking zullen we op een gefaseerde wijze oproepen lanceren rond afgelijnde preventiethema's en resultaatgebieden. Op basis hiervan zullen we met diverse organisaties beheersovereenkomsten sluiten voor meerdere jaren en hen zo erkennen. Op die manier willen we maximaal een beroep doen op de dynamiek aanwezig in het veld en hen tegelijk een perspectief bieden voor meerdere jaren.

Vanuit de invalshoek partnerschap en samenwerking is een belangrijk ankerpunt binnen de preventieve acties, dat het zwaartepunt meer op het lokale niveau zal komen te liggen. Zo zullen de medisch milieukundigen worden toegewezen aan de nieuwe LOGO-structuren.

Metten is weten

We zullen de gezondheidsstatus van de Vlaamse bevolking en de uitvoering van het beleid monitoren zodat beleidsevaluatie kan plaatsvinden op basis van feiten en cijfers. We zullen een planning opmaken om het preventief gezondheidsbeleid systematisch te evalueren, in elk geval voor die initiatieven die uitvoering geven aan de gezondheidsdoelstellingen.

Ook de evolutie inzake welzijn en welbevinden van de inwoners van Vlaanderen willen we beter in kaart brengen. Daartoe willen we gebruik maken van gegevens uit diverse surveys en onderzoeken, o.m. het jaarlijkse VRIND rapport. De methodieken die in het buitenland voor dergelijke meting gebruikt worden, kunnen daarbij inspirerend werken.

OD 1.2: We willen bij vragen en problemen snel de gepaste hulp inzetten om zo erger te voorkomen.

In de eerste plaats willen we komen tot een vlot toegankelijk aanbod van directe hulp en informatie. Die hulp moet zich dicht bij de plaats waar de problemen zich voordoen situeren. Zo creëren we immers een buffer tegen het ontstaan van complexe problemen die meer ingrijpende (en vaak duurdere) interventies vereisen.

Opvoedingsondersteuning

Elk kind verdient de nodige aandacht vanuit het Vlaamse beleid. In de eerste plaats door ondersteuning van gezinnen, van welke samenstelling dan ook. Het gezin is de plek waar elk kind groeit en werkt aan zijn en onze toekomst.

We stellen een preventieve benadering van opvoedings- en gedragsproblemen centraal. Daarom bouwen we verder aan opvoedingsondersteuning, met de opvoedingswinkels als draaischijf, ook

buiten de centrumsteden. Het Vlaams Expertisecentrum voor Opvoedingsondersteuning wordt hierbij een belangrijke actor. Het decreet opvoedingsondersteuning creëerde een werkbaar kader om het beleid rond opvoedingsondersteuning te stroomlijnen. Een evaluatie van dit decreet zal ons een zicht geven op de implementatie en een eventuele optimalisatie hiervan.

We waken er ook hier over dat het aanbod voldoende herkenbaar en bereikbaar is voor mensen die in armoede leven. Bij de evaluatie van initiatieven zoals Positive Parenting (triple P), de pedagogische spreekuren, de werking van (het netwerk rond) de opvoedingswinkels en de inloopteams zal de link naar armoede een prioriteit zijn.

Dementie

Wie geconfronteerd wordt met dementie bezit vaak niet voldoende informatie over de ziekte. Nochtans heeft dementie ingrijpende gevolgen voor zowel de persoon met dementie als zijn naaste omgeving. We vinden het dan ook essentieel dat we zorgen voor informatie en sensibilisering rond deze problematiek, zodat iedereen een beter beeld krijgt van het dementieproces.

Onze samenleving moet op een minder krampachtige manier leren omgaan met personen met dementie. We willen de dialoog aangaan met de lokale besturen om in hun lokaal sociaal beleid aandacht te geven aan het concept van de dementievriendelijke gemeente.

Een vroegtijdige diagnose is van belang zowel voor de persoon met dementie als voor zijn omgeving. Door een vroegtijdige behandeling en een zorggerichte aanpak kunnen veel problemen vermeden worden.

Twee op drie personen met dementie wonen thuis en doen hoofdzakelijk een beroep op mantelzorg. Ondersteuning van de mantelzorgers vergroot de kans op het volhouden van deze zorg thuis. Daarom is niet enkel het bevorderen van de competenties van professionals belangrijk, maar ook de ontwikkeling van de competenties van mantelzorgers, familie en vrijwilligers. Thuisbegeleiding is dan ook een belangrijke zorgvorm.

Voor ouderen met dementie waar thuis niet langer meer haalbaar is, dient een voldoende aanbod aan kwalitatief hoogstaande residentiële zorgvormen ter beschikking te staan.

De rol van de expertisecentra voor dementie in al deze elementen is cruciaal. We willen hen dan ook verder ondersteunen in hun opdrachten. We zullen dit realiseren via een uitvoeringsbesluit van het woonzorgdecreet.

Tot slot willen we specifieke aandacht besteden aan personen jonger dan 65 jaar met dementie. Zij worden immers met specifieke problemen geconfronteerd en zijn vaak nog ouder van opgroeiende kinderen.

Personen met een handicap

We overwegen om ondersteuningsmodules met focus op vroegdetectie, onafhankelijke vraagverduidelijking en trajectbegeleiding uit het erkende aanbod van het VAPH rechtstreeks toegankelijk te maken.

Om de ondersteuningsnood van personen met een handicap tijdig te detecteren en doeltreffend en op maat te beantwoorden, reorganiseren we de inschrijvingsprocedure. De inschrijving en het onderzoek naar de geschikte bijstandsverlening vertrekt van een onafhankelijke vraagverduidelijking en is

gebaseerd op een gestandaardiseerde diagnostiek en indicatiestelling, uitgevoerd door erkende multidisciplinaire teams. Deze teams werken binnen een (duidelijk gedefinieerd) kwaliteitskader in partnerschap met het agentschap en krijgen hiervoor een aangepaste financiering.

Deze kwaliteitsverbetering van de Diagnostiek en Indiciestelling beoogt tevens de vroegtijdige detectie van ondersteuningsnoden bij kinderen en jongeren en past volledig in het kader van de toegangspoort van de integrale jeugdhulp. We houden daarbij rekening met de expertise die op het terrein bestaat.

Eerstelijnswelzijnswerk

De centra voor algemeen welzijnswerk en de OCMW zijn hierin belangrijke partners. Samen met de verenigingen waar armen het woord nemen en de instituten voor samenlevingsopbouw hebben zij als doelstelling om de participatie van alle personen aan het maatschappelijk leven dusdanig te bevorderen dat zij hun individuele en sociale rechten beter kunnen effectueren. Ze moeten daarbij problemen signaleren in het functioneren van de maatschappelijke basisvoorzieningen en een actief preventiebeleid voeren. We moedigen hen daarbij aan hiervoor samen te werken met andere actoren zoals onder andere het straathoekwerk, de allochtone zelforganisaties, Kind & Gezin en andere relevante actoren.

Om het eerstelijnswelzijnswerk te versterken investeren we in laagdrempelige methodieken om de meest kwetsbaren in de samenleving te bereiken. We bouwen prioritair de onthaalwerking van de Centra Algemeen Welzijnswerk verder uit. Aansluitend op de onthaalwerking versterken we het (ambulant / residentieel) psychosociaal begeleidingsaanbod. De uitbouw van de eerstelijnswelzijnzorg gebeurt op basis van goed onderbouwde programmatiecriteria, mede rekening houdende met de vaak historisch opgebouwde achterstand.

Een laagdrempelig aanbod moet ook via elektronische weg uitgebouwd worden. Daarom vragen we dat de welzijnsvoorzieningen de mogelijkheden onderzoeken van online hulpverlening. Samenwerking en afstemming tussen de verschillende online-initiatieven zijn hierbij essentieel.

In het kader van het lokaal sociaal beleid, is ook de afstemming en de samenwerking met de OCMW, de gemeentebesturen en andere relevante actoren belangrijk om een complementaire en elkaar versterkende basishulp- en dienstverlening te realiseren.

Armoede

Om voldoende spreiding van verenigingen waar armen het woord nemen te realiseren, willen we per grootstedelijke zorgregio minstens één vereniging erkennen. We evalueren de nieuwe regeling omtrent het erkennen en subsidiëren van de verenigingen waar armen het woord nemen. Tevens zullen we een nieuwe overeenkomst afsluiten met het Vlaams Netwerk van Verenigingen waar armen het woord nemen.

Voor de bijdrage aan het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding maken we ondermeer gebruik van de inzichten die het ViA-atelier rond Armoede heeft opgeleverd. We (her)waarderen de rol van de aandachtsambtenaren in ons beleidsdomein. Op die manier willen we dat armoede een prioritair thema voor alle agentschappen wordt. Samen werken ze ook toe aan een sterke bijdrage voor het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding. Bijzondere aandacht zal hierbij gaan naar ‘armoede en gezondheid’.

We stimuleren de sensibilisering en vorming van hulp- en dienstverleners rond de armoedeproblematiek en de tewerkstelling van ervaringsdeskundigen in de welzijns- en gezondheidssector.

Vormingsinitiatieven zoals Bindkracht, TAO en Armoede Inzicht blijken veel potentieel te hebben om de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening voor mensen in armoede te verhogen. We willen dan ook de welzijns- en gezondheidssectoren stimuleren om gebruik te maken van deze instrumenten.

Armoede grijpt in op verschillende levensdomeinen. Armoede is niet alleen een sociaal-economisch probleem, maar heeft een bijzondere impact op het psychologisch welbevinden. We onderzoeken de samenwerkingsmogelijkheden tussen de Verenigingen waar armen het woord nemen en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg om de toegang tot hun aanbod voor mensen in armoede te verbeteren.

We willen ook de voorwaarden creëren voor een krachtige samenwerking tussen de centra voor algemeen welzijnswerk, de verenigingen waar armen het woord nemen en de instituten voor samenlevingsopbouw. De meerjarenplanning van deze sectoren zal op elkaar afgestemd worden en gezamenlijke doelstellingen en acties bepalen. Hierbij moet de nodige aandacht gaan naar de problematiek van de gekleurde armoede, de alleenstaande ouder, de mensen in schulden en naar personen met een laag opleidingsniveau. De samenwerking moet leiden tot het resultaatgericht bundelen van krachten. We verwachten van de sectoren algemeen welzijnswerk en samenlevingsopbouw dat zij daarbij de verenigingen waar armen het woord nemen actief betrekken.

Armoedebestrijding vergt een efficiënte en integrale aanpak. Als lokale actor bij uitstek heeft het OCMW hierin een belangrijke coördinerende rol. We willen er bij de verschillende zorgpartners op aandringen om in afstemming en samenwerking met het OCMW initiatieven te ontwikkelen die de drempels van de hulp- en dienstverlening verlagen voor mensen in armoede. Al deze initiatieven zullen we bespreken in het kader van het Permanent Armoede Overleg.

Thuis zolang als mogelijk

Tot slot onderlijnen we dat een fundament van ons beleid, en ook dat is een facet van preventie, het versterken van mensen in hun thuissituatie is. We gaan er echt voor om mensen zo lang als mogelijk zelfstandig te laten leven, binnen de grenzen van wat voor de persoon zelf, voor de mantelzorger en voor de maatschappij draagbaar is. Dat geldt voor ouderen, personen met dementie, personen met een handicap, jongeren in een problematische situatie, psychiatrische patiënten en mensen met een ernstige, ongeneeslijke en levensbedreigende ziekte. We zullen de nodige middelen voorzien voor deze ondersteuning, zowel voor de zorgvrager, voor de mantelzorger alsook voor de voorzieningen en diensten die mensen helpen langer thuis te blijven.

SD 2: We verruimen de sociale bescherming van de Vlamingen om zo hun grondrechten beter te kunnen waarborgen.

Het regeerakkoord stelt dat om een krachtig en vernieuwd sociaal beleid vorm te geven, een basisdecreet sociale bescherming zal worden gerealiseerd. Dat basisdecreet omvat alvast volgende onderdelen:

- *de bestaande zorgverzekering;*
- *een systeem van maximumfactuur in de thuiszorg;*
- *een Vlaamse hospitalisatieverzekering;*
- *een nieuwe regeling voor de ondersteuning van kinderen;*
- *een nieuw systeem van begrenzing van de kosten in de residentiële ouderenzorg.*

We werken in dit verband een decreet uit dat de basisprincipes van de Vlaamse sociale bescherming vastlegt. Het basisdecreet zien we als de kern van een beleidsaanpak die, binnen de gemeenschapsbevoegdheden, de sociale grondrechten maximaal en consistent waarborgt.

De in het regeerakkoord afgesproken voordelen zijn daarvan een onderdeel. Maar het basisdecreet moet een gemeenschappelijk kader scheppen dat geldt voor de verschillende vormen van sociale bescherming in Vlaanderen en waarin gemeenschappelijke basisprincipes worden uitgewerkt die gelden over de sectoren heen.

Onze bezorgdheid gaat vooral uit naar de betaalbaarheid van de zorg en de toegankelijkheid van het huidige, complexe aanbod aan voordelen en diensten. De betaalbaarheid van de kosten voor niet-medische hulp- en dienstverlening zal worden verbeterd door de verschillende in het regeerakkoord opgenoemde thema's, waarvan de al bestaande Vlaamse Zorgverzekering een belangrijk onderdeel is. Uit een recente HIVA-studie blijkt dat voor een grote groep financieel kwetsbare personen de zorgverzekering effectief een buffer vormt tegen de objectieve bestaansonzekerheid tengevolge van hoge – niet medische - kosten. Deze vaststelling pleit voor een consolidatie van de Vlaamse Zorgverzekering binnen een vernieuwd sociaal beleid.

OD 2.1: We nemen de nodige initiatieven zodat de Vlamingen hun sociale rechten vollediger en beter kennen.**Kennis van de sociale rechten**

De essentie van de uitdaging om een dergelijk decretaal kader te realiseren ligt in het kunnen voeren van een beleid dat inzet op het versterken en kenbaar maken van de sociale rechten van de Vlamingen. De kennis van de sociale rechten is immers de eerste voorwaarde voor het verwerven ervan. Hiervoor moeten verschillende wegen worden bewandeld.

We zullen nagaan hoe de erkende diensten binnen de zorgsector zich nog beter kunnen organiseren met het oog op een optimale toeleiding van cliënten naar de zorg die zij nodig hebben.

Ook bestaande instrumenten van informatieverstrekking via websites zoals de rechtenverkenner en de sociale kaart, moeten worden geëvalueerd om ze verder te verbeteren als ondersteuning voor de hulpverleners en als rechtstreeks informatiekanaal voor de gebruiker. Zo moeten ook personen met een handicap en personen die in armoede leven in de rechtenverkenner het volledige palet kunnen vinden van hun rechten en van de wijze waarop ze ze kunnen verwerven.

Toekenning van de rechten

Met het oog op een betere toegankelijkheid van rechten in de Zorgverzekering zullen we ook onderzoeken of de retroactieve tenlasteneming van kosten op basis van bestaande attesten die de zorgbehoefte bewijzen, kan worden gerealiseerd vanaf de start van de zorgbehoefte.

We zullen, waar relevant in overleg met de minister bevoegd voor de coördinatie van het armoedebeleid, nagaan hoe een betere gegevensuitwisseling de toekenning van rechten kan faciliteren. Dit vereist in eerste instantie een efficiënte gegevensuitwisseling, niet enkel tussen de verschillende actoren binnen een bepaalde sector, maar ook tussen de sectoren onderling (zorg voor personen met een handicap, ouderenzorg, zorgverzekering...).

Een eerste concrete uitwerking van deze doelstelling zal worden gerealiseerd in de Zorgverzekering door het verbeteren van de gegevensuitwisseling tussen de verschillende actoren (Rijksregister, Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, Zorgkassen, Zorgfonds, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap...). Voor het adequaat aansluiten van leden, innen van bijdragen, uitbetalen van tenlastenemingen, opleggen van administratieve boetes... is het onontbeerlijk dat de Zorgkassen en het Zorgfonds steeds over correcte, volledige en geactualiseerde informatie beschikken. Een gegevensinformatienetwerk moet toelaten dat noodzakelijke gegevens kunnen worden ingebracht en geconsulteerd door de betrokken zorgkassen en het Zorgfonds. Reductie van de administratieve lasten door gegevensdeling met andere, ook federale overheidsinstellingen, zal onderzocht worden.

Rechten op basis van inkomen en gezinssamenstelling

Tot slot willen we in het debat over de Vlaamse sociale basisrechten ingaan op de mogelijkheden van het principe van de inkomensgerelateerde bijdragen. Die zijn immers een cruciale hefboom voor het realiseren van sociale rechtvaardigheid. Het principe van de gezinsmodulatie, het differentiëren van bijdragen en rechten op basis van de samenstelling van het gezin, niet als een absoluut criterium, maar daar waar mogelijk, en afgewogen tegen een kosten-batenanalyse waarin ook de administratieve lasten in rekening worden gebracht, verdient wat ons betreft een structurele plaats in het concept van de Vlaamse sociale basisrechten. Daarom maken we ook onmiddellijk werk van het inkomensgerelateerd maken van de bijdrage voor de thuiszorgdiensten als belangrijke stap voor de realisatie van een systeem van maximumfactuur in de thuiszorg.

OD 2.2: We ontwikkelen een basisdecreet inzake Vlaamse sociale bescherming gebaseerd op het bredere kader van het Pact 2020 en artikel 23 van de grondwet.

We willen de instrumenten die het regeerakkoord benoemt, positioneren binnen een globaal concept dat rechtstreeks refereert aan de doelstellingen van het Pact 2020 (Vlaanderen In Actie) en aan artikel 23 van de grondwet, het artikel dat de sociale grondrechten definieert. We willen inzetten op een debat en een visie-ontwikkeling daarover, in overleg met ondermeer het middenveld. In elk geval zal de (financiële) weerbaarheid van de zwaksten daarbij centraal staan.

Het basisdecreet zal meer uniformiteit creëren, ondermeer op het vlak van doelstellingen en uitgangspunten, begrippenkader, participatie, rechtsbescherming en sancties over de verschillende sectoren heen, waar dit wenselijk en mogelijk is.

Het spreekt vanzelf dat een decreet en een globaal concept met betrekking tot Vlaamse sociale rechten niet in een handomdraai en voor alle deelaspecten tegelijkertijd kunnen worden uitgetekend. Het basisdecreet sociale bescherming zal bij uitstek een “aanbouwdecreet” zijn. Op een stevig conceptueel fundament zullen de verschillende deelaspecten van de Vlaamse sociale bescherming stapsgewijs vorm krijgen. Dat zal gebeuren in functie van de bereikte inhoudelijke en politieke consensus over de concrete vertaling van die deelaspecten, die overigens pas decretaal zullen worden verankerd als de operationele modaliteiten ervan werkbaar, dat wil zeggen doelmatig en doeltreffend zijn uitgewerkt.

De Vlaamse Regering stuurt dit proces aan. Ze zal zich daarbij laten adviseren door een gemengde stuurgroep. De visieontwikkeling zal gebeuren in nauw overleg met deskundigen uit de sector en met vertegenwoordigers van het middenveld. De stuurgroep heeft tot taak de algemene inhoudelijke, conceptuele, budgettaire en juridische uitgangspunten voor te bereiden. Indien noodzakelijk wordt daarbij een beroep gedaan op externe (juridische) ondersteuning en zal ondersteuning worden gezocht van academici.

Binnen het aldus uitgestippelde kader gaan vijf werkgroepen aan de slag die gericht de decretale bepalingen voorbereiden met betrekking tot in elk geval de basiselementen zoals ze in het regeerakkoord zijn bepaald:

- de zorgverzekering consolideren als eerste onderdeel van het decreet. De langetermijnprognoses voor de financiële leefbaarheid van de Zorgverzekering worden jaarlijks opgevolgd. De tenlastenemingen en de jaarlijkse bijdragen zullen gedurende deze legislatuur minstens op het huidige niveau blijven.
- de bijdrage voor een aantal thuiszorgdiensten wordt inkomensgerelateerd gemaakt rekening houdend met de gezinssituatie. De cliëntbijdrage in de gezinszorg wordt administratief vereenvoudigd.
- uitvoering geven aan het systeem van maximumfactuur in de thuiszorg, zoals voorzien in het woonzorgdecreet en gebaseerd op de bevindingen van het wetenschappelijk onderzoek ter zake.
- binnen de Vlaamse bevoegdheden werk maken van een betere betaalbaarheid van hospitalisatiekosten op twee- of meerpersoonskamers door een Vlaamse hospitalisatieverzekering. Dit onderdeel van het nieuw sociaal beleid beoogt binnen de Vlaamse bevoegdheden iets te doen aan de kosten voor zorg ten gevolge van hospitalisatie. Het juridische kluwen rond de Vlaamse zorgverzekering in gedachten houdend, wordt het belangrijk deze in de eerste helft van de regeerperiode een voldoende juridisch fundament te geven zodat deze alle toetsingen doorstaat. De eerder vermelde stuurgroep kan, aangevuld met experts, daarvoor een aangewezen middel zijn.
- het installeren van een nieuwe financiële tegemoetkoming voor kinderen bij geboorte en naar aanleiding van hun eerste en tweede jaar, en een verhoogde schooltoelage vanaf 3 jaar, op grond van het kleuter-, lager of secundair onderwijs.
- Via een nieuw systeem van begrenzing van de kosten in de residentiële ouderenvoorzieningen zorgen we voor een reglementering die op termijn tot gevolg heeft dat de kostprijs voor de resident het inkomen niet overschrijdt.

De implementatie van het basisdecreet Vlaamse sociale bescherming zal, zoals gezegd, stapsgewijs gebeuren gespreid over de regeerperiode. Voorrang wordt in de eerste helft van de regeerperiode gegeven aan het consolideren van de zorgverzekering, de maximumfactuur in de thuiszorg, het installeren van de nieuwe financiële tegemoetkoming voor kinderen en de voorbereiding van de punten die we in de tweede helft van de regeerperiode willen bereiken. In de tweede helft van de regeerperiode focussen we ons op de implementatie van de Vlaamse hospitalisatieverzekering en de begrenzing van de kosten in de residentiële ouderenzorg. Deze stapsgewijze verdere uitbouw zal uiteraard mee worden bepaald door de budgettaire contouren zoals de Vlaamse Regering en het Vlaamse parlement die jaar na jaar zullen vastleggen in de begroting.

Ook administratief zal de aandacht voor de sociale bescherming vertaald worden, meer bepaald door een aparte entiteit binnen het beleidsdomein WVG te belasten met de uitwerking, implementatie en opvolging van het basisdecreet inzake Vlaamse sociale bescherming.

SD 3: We bouwen de hulp- en dienstverlening zo uit dat ze voldoende beschikbaar en toegankelijk is om zorg op maat te kunnen realiseren.

De baseline van het regeerakkoord, zeker vanuit het standpunt van ons beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, wordt gevat door de notie “warme samenleving”. Centraal staat daarbij het kunnen aanbieden van zorg op maat, geënt op een maximaal beschikbaar en toegankelijk aanbod. Dat wordt in het akkoord geconcretiseerd vanuit verschillende invalshoeken: welzijnszorg, gezinsbeleid, ouderenbeleid, enz.

In ons beleid willen we deze doelstelling consistent realiseren door te investeren in het aanbod voor kinderen, in jeugdhulp, in het zorg- en gezondheidsaanbod en in het aanbod voor personen met een handicap. We willen ook een gericht ondersteunend beleid voeren ten aanzien van bijzondere doelgroepen.

We stellen vast dat het gebruik van dienstencheques in onze sectoren toeneemt. We willen de impact van deze evolutie bewaken vanuit het oogpunt kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van het aanbod.

OD 3.1: We investeren in het aanbod en de structuur van de kinderopvang om zo te bewerkstelligen dat deze haar sociale, economische en pedagogische functie maximaal kan waar maken.

Als antwoord op een belangrijke maatschappelijke behoefte aan kinderopvang, is het aanbod van opvang en voornamelijk voorschoolse opvang voor kinderen van 0 tot 3 jaar, de laatste jaren enorm gegroeid. Er werden heel wat plaatsen bij gecreëerd, zowel binnen de reguliere opvang als in de flexibele en occasionele opvang, met als gevolg dat we een breed aanbod aan kinderopvang hebben.

Een nieuw kaderdecreet

Binnen dit brede aanbod moeten we nu echter meer coherentie en transparantie creëren. Daartoe werken we aan een kaderdecreet voor de voorschoolse opvang. In het kaderdecreet zal voor het eerst een koppeling gemaakt worden tussen de nataliteit en de daaruit voortvloeiende nood aan kinderopvang. Hierbij geldt de analogie met het onderwijssysteem. Het decreet zal ook de basis leggen voor de vereiste vergunningsvoorwaarden voor ieder die aan kinderopvang doet en moet er op termijn bovendien toe leiden dat iedereen een recht op kinderopvang kan uitoefenen. Elk kind heeft immers recht op dezelfde basiskwaliteit. Daarnaast zal het de maatschappelijke opdracht en de concrete organisatie van de kinderopvang vastleggen. Dit alles zal leiden tot meer eenvormige regelgeving voor de kinderopvang.

Voor de opmaak van dit kaderdecreet plegen we ruim overleg met de gebruikers en de sector.

Uitbreidingsbeleid

Ondanks de groei van de laatste jaren, blijft er nood aan verdere uitbreiding in de kinderopvang. We stellen hiertoe een meerjarenplan en een meerjarenbegroting op. Hierin hebben we ook aandacht voor de nood aan occasionele en flexibele opvang. Rekening houdend met een wetenschappelijk onderbouwde raming van de behoeften en met de doelstellingen van het Pact 2020, werken we aan het traject om tegen 2020 te beschikken over een kwalitatief aanbod voor minstens 50% van de kinderen jonger dan 3 jaar.

Eerste aanzet in 2010

Reeds in 2010 zullen we een uitbreiding realiseren van plaatsen in de (gesubsidieerde) kinderdagverblijven en initiatieven buitenschoolse opvang. Hier bovenop versterken we het huidige aanbod van buitenschoolse kinderopvang via het inzetten van de middelen uit het generatiepact. Met

deze middelen worden jongeren tewerkgesteld die niet beschikken over een diploma en die via startbanen binnen de buitenschoolse opvang de mogelijkheid krijgen om competenties te verwerven. We maken de nodige middelen vrij voor de noodzakelijke omkadering van de tewerkstelling van 151,5 VTE.

Voor de zelfstandige kinderopvang installeren we een ondersteuningsstructuur die zowel startende als bestaande zelfstandige kinderopvang kwalitatief zal ondersteunen.

Verder introduceren we een buffersysteem voor de investeringen in de kinderopvang, zodat initiatiefnemers die de stap zetten om te bouwen met het oog op uitbreiding van hun capaciteit, de garantie krijgen van subsidiëring op het moment van de ingebruikname van hun nieuwe capaciteit.

Kinderopvang is ook investeren in opvoeding

De kinderopvang is voor ouders een belangrijke plaats waar ze met opvoedings- en ontwikkelingsvragen terecht kunnen. We streven ernaar om opvoedingsondersteuning en kinderopvang met elkaar te verbinden. Het aanbieden van pedagogische gesprekken binnen de opvang is hierbij een mogelijke actie. De Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning zijn hierbij belangrijke partners.

We investeren ook in opvang van kinderen voor die gezinnen die gedurende korte tijd nood hebben aan meer intensieve ondersteuning. Het kan hierbij gaan om korte residentiële opvang omwille van sterk verminderde draagkracht van de gezinnen alsook om intensieve dagopvang.

Evaluatie, afstemming en ontwikkeling van het aanbod

Een meer betaalbare en toegankelijke kinderopvang zijn belangrijke uitgangspunten. Daarom blijven we verder inzetten op het uitbreiden van inkomensgerelateerde ouderbijdragen in de zelfstandige sector. We evalueren het huidige systeem (IKG) en sturen dit waar nodig en mogelijk bij. Het systeem zal ook verder bekend gemaakt worden bij de ouders.

In het kader van de sociale onderhandelingen werken we verder aan de realisatie van een statuut voor de onthaalouders die aangesloten zijn bij een dienst voor onthaalouders. Hierbij zal aandacht besteed worden aan de federale aspecten.

Opvang van kinderen in hun vrije tijd

Vlaanderen telt ruim 650.000 lagere schoolkinderen, waarvan 240.000 kleuters. De vraag naar schoolgebonden opvang en vrijetijdsmogelijkheden is groot en verscheiden (naar periode, intensiteit, leeftijd). De steeds groeiende nood aan opvang in vakantieperiodes vergt daarbij een eigen aanpak. In overleg met alle actoren, maken we werk van een nieuw organisatiemodel voor de buitenschoolse en vakantieopvang. Hierbij staat de verdere samenwerking met onderwijs en met alle partners betrokken op de vrije tijd van jonge kinderen, namelijk jeugd, cultuur en sport centraal.

Kinderopvang heeft een rol in de maatschappij

Tot slot willen we dat de kinderopvang haar rol speelt in de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting. Kinderen uit kansengroepen moeten kunnen deelnemen aan formele en kwaliteitsvolle kinderopvang en dienen aangepast opgevangen te worden. Uit onderzoek is immers duidelijk gebleken dat kwaliteitsvolle kinderopvang heel veel kansen kan bieden aan kinderen in armoede. De verruiming van het aantal plaatsen dat betaalbaar is volgens het inkomen, is een hefboom daartoe. Via monitoring, zullen we erop toezien dat het aandeel kinderen uit kansengroepen – in het bijzonder die uit de gezinnen in de laagste inkomenscategorieën – in de opvang toeneemt. Taalstimulering in de kinderopvang wordt ook een belangrijk thema. Via de kinderopvang kunnen de kinderen hun taal, die zo belangrijk is, verder ontwikkelen.

OD 3.2: We professionaliseren de adoptieprocedure vanuit het prioritaire oogpunt van het belang van het kind.

Adoptie bevindt zich de laatste jaren in een sterk veranderde en veranderende context: de ratificatie van het Haags Adoptieverdrag zorgt er terecht voor dat internationaal geldende afspraken centraal komen te staan. Dit maakt de interlandelijke adoptie echter niet makkelijker: herkomstlanden nemen steeds meer de zorg op voor hun eigen kinderen wat (in combinatie met het subsidiariteitsprincipe uit het Haags Verdrag) leidt tot een daling van het aantal potentiële adoptiekinderen; de aanpassingen aan de federale adoptiewet; de nieuwe procedure uitgewerkt in wet en decreet loopt niet optimaal; het ontsluiten van nieuwe kanalen verloopt moeizaam,...

Een Staten-Generaal over interlandelijke adoptie

We kiezen ervoor om adoptie en de ermee verbonden problematiek grondig aan te pakken. We willen een diepgaand overleg over de plaats van adoptie binnen een (inter-)nationale context. Hiertoe organiseren we in 2010 een Staten-Generaal over adoptie. Deze moet resulteren in het formuleren van beleidsantwoorden op de huidige problemen en zo krachtlijnen bieden voor een toekomstig beleid.

De Staten-Generaal wordt ingeleid door een colloquium waar de adoptieproblematieken afgelijnd en gekaderd worden. Vervolgens werken werkgroepen verder op knelpunten verbonden aan de adoptieprocedure (kanaalonderzoek, maatschappelijk onderzoek, nazorg, bevoegdheden van en de samenwerking tussen de overheden, adoptie door personen van hetzelfde geslacht en het beheer van de instroom).

De bevindingen van de werkgroepen vormen een rechtstreekse insteek voor de eindvergadering van de Staten-Generaal. Zowel experts uit binnen- en buitenland, mensen uit het werkveld en ervaringsdeskundigen zullen deelnemen aan deze Staten-Generaal. De adviezen van de Staten-Generaal vormen de basis voor een nieuw decreet interlandelijke adoptie.

Een specifiek aandachtspunt is de relatie met de federale overheid. Adoptie is een gedeelde bevoegdheid. Daarom is het essentieel dat ook de federale overheid in deze Staten-Generaal betrokken wordt. Er is nood aan een heldere bevoegdheidsverdeling tussen de gemeenschappen en de federale overheid.

Binnenlandse adoptie

Daarnaast hebben we ook aandacht voor de eigenheid van de binnenlandse adoptie. De verhalen over achtergelaten kinderen na ongewenste zwangerschappen zijn nog steeds van deze tijd. We stellen vast dat ouders die geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap geen beroep doen op de mogelijkheid om hun kind af te staan voor adoptie en daarbij zelf ook professioneel ondersteund en medisch begeleid te worden.

Ondermeer hieruit blijkt de maatschappelijke nood aan goed omkaderde, bekende en bereikbare binnenlandse adoptiediensten. Ook voor de binnenlandse adoptie werken we daarom, na analyse van de situatie en in overleg met de stakeholders, een nieuw decreet uit. Het decreet omvat een duidelijke taakomschrijving en subsidieregeling voor de adoptiediensten en de voorwaarden voor een goede adoptiebemiddeling, uitgaande van de rechten van het geadopteerde kind. Daarbij besteden we aandacht aan de voorbereiding, het inzagerecht en de nazorg voor adoptiegezinnen, geadopteerden en geboorteparenten.

OD 3.3: Jeugdhulp geldt als een speerpunt in mijn beleid: we willen investeren in uitbreiding, innovatie en afstemming binnen een integrale aanpak, om zo de minderjarige de hulp te kunnen bieden die aansluit bij zijn noden.

Werken aan een meerjarenplan

De jeugdhulp is geconfronteerd met een toenemende instroom van jongeren met steeds ernstigere problemen. Hierdoor staat de werking zwaar onder druk.

Om hieraan te beantwoorden realiseren we een meerjarenplan voor de jeugdhulp. Een meerjarenplan dat aandacht heeft voor uitbreiding van de capaciteit waar nodig, maar tegelijk ook werk maakt van alternatieven. De toename van de capaciteit kan immers niet eindeloos zijn. Er is daarnaast nood aan een meer efficiënte organisatie van de hulpverlening, aan meer differentiatie, flexibiliteit en innovatie. Ook het verder uitbouwen van de cliënt- en ouderparticipatie komt hierbij aan bod.

Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning

We programmeren en versterken het ambulante en mobiele aanbod van de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG) om opvang en begeleiding van kleine kinderen in crisis- of risicosituaties te bieden. Zo kunnen we opvoedings- en gedragsproblemen vroegtijdig aanpakken. We klaren de doelgroep en het profiel van de CKG's uit en zorgen voor een aangepaste regelgeving en subsidiëring, zonder aanleiding te geven tot verdere verkokering.

Integrale jeugdhulp

We consolideren de werking van de hulpprogramma's crisisjeugdhulp in Vlaanderen. Hiertoe versterken we de meldpunten die 24 uur op 24 uur bereikbaar zijn. De opdrachten permanentie en interventie worden sterker aan elkaar gekoppeld en het meldpunt staat in voor de hulpcoördinatie tijdens de duur van de crisishulp en maakt afspraken over de uitstroom uit het hulpprogramma. Het VAPH investeert in het kader van haar uitbreidingsbeleid in de opdrachten begeleiding en opvang van het crisisnetwerk.

Wij ondersteunen maximaal de positionering van de drie sectoren (Kind&Gezin, de Centra voor Leerlingenbegeleiding en de Centra voor Algemeen Welzijnswerk) die instaan voor '*de brede instap*' in de jeugdhulp. Zij bieden onthaal en vraagverheldering aan. In principe kunnen bij deze diensten alle kinderen, jongeren of ouders terecht met eender welke hulpvraag.

Om de toegang tot de jeugdhulp te garanderen breiden we '*de brede instap*' uit, zeker in die regio's waar weinig of geen aanbod is. Een betere toegankelijkheid betekent ook extra inspanningen van de netwerken om kansengroepen te bereiken (mensen in armoede, jongeren en gezinnen van allochtone afkomst...).

Om de samenwerking in en continuïteit van de jeugdhulp te verzekeren, zal (inter)sectorale doorverwijzing gestroomlijnd worden. De netwerken zorgen voor hulpcoördinatie in situaties waar meerdere hulpverleners betrokken zijn.

We onderzoeken in welke mate begeleidingscapaciteit vanuit het VAPH en vanuit Jongerenwelzijn waar nodig rechtstreeks toegankelijk aangeboden kan worden.

De intersectorale toegangspoort wordt in deze legislatuur geoperationaliseerd. Voor het einde van 2010 keuren we, rekening houdend met de adviezen van de gemengde werkgroep toegangspoort, het Managementcomité en de Adviesraad, een operationeel plan goed.

Bij die operatie wordt de bestaande expertise en kwaliteit inzake diagnostiek en indicatiestelling, omgaan met verontrustende situaties en maatschappelijke noodzaak, erkend en meegenomen in de nieuwe aanpak.

Investeren in diagnostiek, met name een verbreding en verdieping van de diagnostische know how en praktijk in Vlaanderen, is hierbij noodzakelijk.

Een aantal kinderen en jongeren met ernstige problemen krijgt niet de gepaste hulp die ze nodig hebben, meestal omdat combinaties van hulp uit meerdere sectoren nodig zijn. Hiervoor werd het project 'Intersectorale behandeling van knelpunt dossiers' opgestart. We evalueren dit project in 2010 in functie van verdere implementatie. We willen de ondersteuningsmogelijkheden verruimen voor gezinnen met kinderen en jongeren met ernstige gedrags- en emotionele stoornissen via de uitbreiding, versterking en differentiëring van het aanbod.

In 2010 evalueren we de efficiëntie en de effectiviteit van de uitvoering van het decreet integrale jeugdhulp. De evaluatie ronden we af met een colloquium met betrokkenheid van het werkveld, de cliëntorganisaties en de betrokken agentschappen en ministers (Welzijn en Onderwijs).

Bijzondere jeugdzorg

We stellen de steeds stijgende instroom in de jeugdhulp vast. Deze legislatuur willen we verder werken aan meer en andere jeugdzorg. Naast het noodzakelijke uitbreidingsbeleid, geven we impulsen tot een meer flexibele en innovatieve jeugdhulp.

Flexibel

Jeugdhulp moet zo flexibel mogelijk de hulp bieden die noodzakelijk is. Dit veronderstelt een verregaande flexibilisering van de jeugdhulp en een sterke responsabilisering van de voorzieningen. Hiertoe volgen we de lopende initiatieven zoals de multifunctionele centra, de flexibele norm, de differentiatie binnen thuisbegeleiding/ pleegzorg,...nauwgezet op. Ze zullen ons informeren over de mogelijkheden, grenzen en kostprijs van flexibel werken. Deze initiatieven zijn opstappen naar een hertekening van het private aanbod in de bijzondere jeugdbijstand, waarbij de inhoudelijke, juridische en financiële voorwaarden worden ontwikkeld van een evolutie van een indeling in erkenningscategorieën naar een modulair aanbod.

Zorgvernieuwend

We blijven eveneens investeren in zorgvernieuwing. Na een grondige evaluatie van het projectmatig aanbod schrijven we tegen 2011 in de sectorale regelgeving een duidelijke procedure in die de contouren en de modaliteiten voor een zorgvernieuwend experiment vastlegt. Zo wordt de opdeling tussen projectmatig, experimenteel aanbod en regulier aanbod duidelijker, krijgen de huidige projecten een rechtszekerder statuut en creëren we zuurstof om zorgvernieuwend projecten en methodieken op te starten en op te volgen met een duidelijk tijdsperspectief.

Uitbreidingsbeleid

Flexibiliteit en innovatie zijn de pijlers van het meerjarenplan voor de jeugdzorg. Dit vullen we aan met een gericht uitbreidingsbeleid.

Een eerste aanzet in 2010

In 2010 is hierbij de prioriteit het versterken van het aanbod ambulante jeugdzorg. We leggen hierbij de nadruk op kortdurende begeleidingen die waar mogelijk uitstroom bevorderend zijn. We creëren hierbij de mogelijkheid om de thuisbegeleidingsdiensten ook boven hun maximumcapaciteit van 32 begeleidingen te laten groeien.

Voor de uitbreidingen in het residentieel aanbod werken we een buffersysteem uit voor de investeringen. Zo kan het uitbreidingsbeleid en de procedure voor het indienen en verkrijgen van investeringssubsidies maximaal op elkaar afgestemd worden, zodat toegekende uitbreidingen snel geoperationaliseerd worden

Voor deze uitbreiding werken we een aantal grendels in de regelgeving weg die een rationele groei van het private aanbod belemmeren (i.c. onverenigbaarheden tussen erkenningscategorieën en de

maximumcapaciteiten van voorzieningen en inrichtende machten) en passen we in overleg met de sector de programmatie voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand aan.

Verder uitwerken in 2011-2014

Ook de organisatie van de hulpverlening verdient de nodige aandacht. Acties ondernemen om de beschikbare hulp aan meer jongeren te kunnen aanbieden, dwingt tot het reflecteren over de doorstroomtijden in de voorzieningen. Met de sector overleggen we rond de doorstroomtijden van jongeren in de voorzieningen. Capaciteitsbeheer en regionale solidariteit zijn aangewezen om hulp zo snel als mogelijk op de juiste plaats te kunnen aanbieden. Aandacht hebben voor een efficiënte en effectieve hulpverlening betekent ook werk maken van competentie management binnen de jeugdhulp. Samen met het agentschap Jongerenwelzijn en de actoren zorgen we voor een gericht uitbreidingsbeleid, met gepaste flankerende maatregelen.

Bijzondere doelgroepen en problematieken

We hebben ook aandacht voor bijzondere doelgroepen, zoals niet-begeleide buitenlandse minderjarigen, jongeren met een verslavingsproblematiek en jongeren met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen.

In overleg met alle betrokken overheden en actoren werken we mee aan een beleidskader omtrent de opvang en begeleiding van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen. We evalueren hierbij het categoriale aanbod binnen de bijzondere jeugdzorg evenals het andere aanbod uit de brede jeugdhulp en gaan na of de huidige procedure voldoende gestroomlijnd verloopt.

Voor het groeiend aantal kinderen en jongeren die geen stabiliteit vinden, zich niet kunnen verzoenen met onze maatschappij of die ontsporen in onaanvaardbaar gedrag, willen we het aanbod van de centra voor geestelijke gezondheidszorg gericht inzetten, onder meer voor hulp in crisissituaties, voor diagnostiek en indicatiestelling, voor ondersteuning van ouders en familie en voor structurele en diepgaande stabilisering van deze jongeren. We zullen er op aansturen dat binnen de Vlaamse overheid en met de zorgactoren op het werkveld samengewerkt wordt om vernieuwende hulpverleningsmethodes te versterken: forensische K-diensten, eenheden voor sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten (SGA-eenheden) voor jongeren, gezinsverpleging voor jongeren, outreaching van geestelijke gezondheidszorg naar voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand met inzet van de recent toegewezen middelen of naar jongeren die door de rechter naar het reguliere gevangenisstelsel zijn doorverwezen.

Heel wat begeleidingstrajecten van jongeren en hun gezin lopen vast ten gevolge van een problematiek van middelenmisbruik die de reeds complexe hulpverleningscontext nog moeilijker maakt. Het is wenselijk dat expertise uit de verschillende sectoren gebundeld wordt en de begeleiding samen aangepakt wordt om de best mogelijke hulpverlening te garanderen. We verwachten dat de voorzieningen van de bijzondere jeugdzorg en de centra geestelijke gezondheidszorg de handen in elkaar slaan om samen met andere relevante drughulpverleningspartners een gepast antwoord te bieden inzake drughulpverlening. Via projecten installeren we in verschillende regio's een nauwe samenwerking op verschillende niveaus, van het ontwikkelen van een drugbeleid binnen de voorzieningen, over het aanbieden van ondersteuning, tot het aanbieden van effectieve hulpverlening. Een evaluatie van het bestaande aanbod aan preventie en begeleiding zal hierbij richtinggevend zijn.

Pleegzorg

Pleegzorg is een belangrijke zorgvorm in de jeugdhulp, momenteel evenwel verspreid over Kind en Gezin, de bijzondere jeugdzorg, de sector van personen met een handicap en de gezinsverpleging in Geel (Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel). Wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen wijzen op het belang en het positieve effect van een goede pleegzorg, in het bijzonder bij uithuisplaatsing van jonge kinderen. We schuiven pleegzorg dan ook naar voor als de eerste te

onderzoeken hulpverleningsvorm voor kinderen tot zes jaar die omwille van een probleemsituatie niet in hun natuurlijk gezin kunnen (ver)blijven.

We willen de pleegzorg in Vlaanderen reorganiseren. Door de erkenning van provinciale diensten voor pleegzorg wensen we via een schaalvergroting de efficiëntie en de performantie van de pleegzorgstructuren te verhogen. Daartoe implementeren we in 2010 het één-loketmodel. We passen de regelgeving aan opdat het provinciale pleegzorgpunt zijn vertaling krijgt in de manier waarop het aanbod erkend en gesubsidieerd wordt. Met de reorganisatie van de pleegzorg wensen we eveneens inhoudelijk tot een verdere differentiatie van de pleegzorg te komen.

Pleegzorg kent, al naargelang de sectorale inbedding, een verschillende uitbouw zowel naar spreiding en capaciteit als naar inhoudelijke en organisatorische vormgeving. Het aanbod is nog onvoldoende bekend en gepositioneerd in het welzijnslandschap. Er zijn onvoldoende kandidaat-pleegouders; hun selectie, vorming en begeleiding vraagt om een meer gecoördineerde aanpak.

We starten in 2009 overleg op tussen de betrokken agentschappen en sectoren om tot een intersectorale harmonisering en optimalisering van deze zorgvorm te komen. In 2012 resulteert dit in een intersectoraal decreet Pleegzorg.

Ook in de volwassenenzorg vormt de ondersteuning van de persoon met een handicap door een netwerkpleeggezin of een bijstandspleeggezin een belangrijke mogelijkheid om zorg-op-maat, in de directe omgeving van het eigen milieu, te realiseren.

Gemeenschapsinstellingen en gesloten opvang

Ook voor de gemeenschapsinstellingen realiseren we een meerjarenplan. Sleutelwoorden hierbij zijn capaciteitsuitbreiding en een grondige reflectie op zowel de positionering als een verregaande differentiëring van het aanbod.

Uitbreiding

Qua uitbreiding is de eerste stap de zes bijkomende plaatsen voor meisjes in de gemeenschapsinstelling De Zande. Vanaf 2013 komen er veertig plaatsen bij voor jongens. In de gemeenschapsinstelling De Kempen worden voorbereidingen getroffen teneinde op langere termijn de organisatie van een bijkomende campus voor veertig meisjes mogelijk te maken.

In Tongeren organiseren we ten gevolge van de oprichting van de federale detentiecentra voor jongeren de hulp- en dienstverlening aan 34 jongeren die geplaatst zijn in het federaal detentiecentrum. In het federaal centrum De Grubbe te Everberg zal onze hulp- en dienstverlening aangepast worden aan de uitbreiding van de capaciteit tot veertig plaatsen en later tot 126 plaatsen in 2013. Alle uitbreidingen bouwen uiteraard verder op de bevindingen en resultaten van de vernieuwde positionering van de gesloten opvang (*cfr. infra*).

Wat het aspect differentiatie betreft willen we de beschikbare capaciteit in de gemeenschapsinstellingen en het federaal centrum De Grubbe meer optimaal kunnen inzetten voor geïndividualiseerde trajecten om zo meer 'zorg op maat' te kunnen bieden.

Essentieel hierbij is dat de instroom meer gereguleerd kan worden. Een gestuurd capaciteitsmanagement, gekoppeld aan een onthaalafdeling lijkt me hierbij essentieel. Hiermee samenhangend onderzoeken we op welke manier zowel vanuit de gemeenschapsinstellingen als vanuit justitie er permanent een aanspreekpunt kan zijn om zicht te krijgen op de respectieve vragen en het beschikbare aanbod. Verder willen we de ervaringen van de behandelunit en de ervaren nood aan een orthopsychiatrische unit als basis nemen om verder aan differentiëring te kunnen werken. Naast een intern verder werken rond deze differentiatie zullen we waar nodig overleg plegen met de federale overheid.

Met de realisatie van de proeftuinen gesloten opvang, de projecten gestructureerde kortdurende residentiële begeleiding, het federale detentiecentrum te Tongeren en de geplande

capaciteitsuitbreidingen in het federaal centrum De Grubbe en de gemeenschapsinstellingen, wijzigt het hulpverleningslandschap dat zich bezig houdt met de ‘gesloten’ of ‘sterk structurerende’ opvang vrij aanzienlijk. In deze context is het aangewezen om de visie op en de positionering van de gemeenschapsinstellingen en de federale gesloten centra te expliciteren. In dit kader willen we ook, in nauwe samenwerking met de federale overheid, de wet op de jeugdbescherming evalueren en waar nodig voorstellen formuleren zodat de nieuwe ontwikkelingen binnen Vlaanderen in deze wet gevat kunnen worden.

We vinden het ook nodig om de opdrachten van de diverse voorzieningen die instaan voor ‘gesloten’ opvang duidelijk af te bakenen. Hiertoe wordt een *taskforce* geïnstalleerd die in het voorjaar van 2010 beleidsaanbevelingen aanlevert over de onderlinge positionering, de onderlinge samenwerking en de toekomstige ontwikkelingen.

Consulenten jeugdzorg

De consulenten bijzondere jeugdzorg zijn een cruciale schakel binnen de Vlaamse Jeugdhulp. Zij zijn de draaishijf om kinderen, jongeren en hun gezin de gepaste ondersteuning te geven. Door de stijgende instroom in de jeugdzorg en de toenemende problematiek van de jongeren, worden de consulenten zwaar belast. In overleg met hen werken we aan een werklastnorm die het aantal dossiers bepaalt die een consulent op een kwaliteitsvolle manier moet kunnen begeleiden en maak werk van het toekennen van een jeugdzorgtoelage.

Het agentschap wordt momenteel geconfronteerd met een hoge *turn-over*. Hierdoor komen steeds jongere mensen in de vuurlinie van de jeugdhulp te staan. We willen acties opzetten die ervoor zorgen dat mensen met veel ervaring als consulent kunnen (blijven) werken. Vanuit het agentschap Jongerenwelzijn verwachten we hieromtrent voorstellen. Onderzoeken hoe er meer mobiliteit tussen functies kan zijn, is hier een voorbeeld van.

Het installeren van de toegangspoort zal een grote invloed hebben op de huidige organisatie van de comités bijzondere jeugdzorg. Concreet zal er een onderscheid gemaakt worden tussen het functioneren van de toegangspoort en het functioneren van het adviesbureau jeugdhulp dat de maatschappelijke noodzaak bewaakt. De overgang naar deze nieuwe situatie voor het personeel zal op een goed ondersteunde manier gebeuren. We streven ernaar om zo snel mogelijk duidelijkheid te krijgen over de operationalisering van de toegangspoort.

OD 3.4: In de sector van personen met een handicap versterken we de politiek van innovatie en uitbreiding om zo voor deze doelgroep het aanbod maximaal beschikbaar en toegankelijk te maken.

Strategisch plan als leidraad voor de zorgvernieuwing

In partnerschap met de actoren in de sector personen met een handicap en met het agentschap werken we tegen eind 2010 een strategisch plan uit voor het doorvoeren van de zorgvernieuwing.

Zorgvernieuwing maakt “de passende ondersteuning” mogelijk. Deze respecteert en versterkt de autonomie en de zelfbeschikking van de persoon met een handicap en is gebaseerd op een onafhankelijke vraagverduidelijking en een ondersteuningsplan dat rekening houdt met het eigen draagvlak van en een inclusieve ondersteuning voor de persoon met een handicap. Een “passende ondersteuning” is in evenwicht met de werkelijke zorgzwaarte of ondersteuningsnood van de persoon met een handicap en geeft de aanbieders van de zorg / ondersteuning overeenstemmende, flexibel in te zetten (personeels-) middelen binnen een regelarm en responsabiliserend management- en financieel kader. De “passende ondersteuning” staat in functie van de ondersteuningsnood, de zorgzwaarte en het draagvlak van de persoon met een handicap in zijn thuissituatie.

Tijdens deze regeerperiode zal dit plan systematisch bijgestuurd en verfijnd worden, onder meer op basis van de conclusies van het PGB-experiment en van de leerervaringen uit de experimenten “zorgvernieuwing”.

Krachtlijnen voor het uitbreidingsbeleid

Dit plan voor de zorgvernieuwing trekt ook de basislijnen voor de uitbreidingsoperatie van 2010 en voor het vierjarig (2011 -2014) realisatietraject dat daarop volgt.

De Vlaamse Regering doet, op basis van een groot maatschappelijk draagvlak, een uitzonderlijke budgettaire inspanning voor de sector van het beleid voor personen met een handicap. In deze context valt de keuze op een aanpak die leidt tot doortastende resultaten, beantwoordend aan de maatschappelijk ervaren urgenties. De uitbreidingsoperaties bevatten het geheel aan maatregelen en acties om met het beschikbare uitbreidingsbudget naar verhouding “de juiste ondersteuning” te bieden aan zoveel mogelijk geregistreerde personen van deze vier strategische doelgroepen:

1. De groep volwassen personen met een handicap met een zware ondersteuningsnood, erkend als knelpunt.
2. De groep kinderen en jongeren met ernstige gedrags-en emotionele problemen (GES).
3. De groep kinderen en volwassenen met een handicap die, dankzij de versterking van hun thuissituatie, zo lang mogelijk in hun eigen familiaal milieu kwaliteitsvol kunnen leven.
4. De groep personen met een handicap die hun VAPH erkende ondersteuningsnood zelf willen invullen bij middel van persoonlijke assistentie.

Eerste aanzet in 2010

Het uitbreidingsplan 2010 werkt de eerder aangegane verbintenissen, vervat in de VIPA-buffer 2004 / 2008 en in de PAB-zorggarantie van het uitbreidingsbeleid 2008, verder af.

Gelet op de prioriteit voor de zwaarst zorgbehoevenden willen we bij de uitbreiding vooral focussen op plaatsen in nursing en bezigheid en op geïntegreerd wonen. Voor deze opvangvorm is er duidelijk ook interesse bij personen met een handicap die momenteel verblijven in residentiële settings als nursing- of bezigheidstehuizen.

Conform de reeds vermelde strategische doelen willen we voor de oplossing van knelpuntdossiers extra middelen inzetten via het afsluiten van persoonsgebonden convenanten door de betrokken aanbieders.

Voor kinderen en jongeren met extreme gedrags- en emotionele stoornissen voorzien we reeds in 2010, verspreid over Vlaanderen, een bijkomend aantal residentiële plaatsen met een ruimere personeelsomkadering dan gebruikelijk voor een internaatsplaats.

Versterking van de thuissituatie van kinderen, jongeren en volwassenen met een handicap die in hun eigen familiaal milieu leven, is voorzien door de uitbreiding van de capaciteit van een aantal ambulante diensten.

Om tegemoet te komen aan de terechte vraag van de sector naar de verhoging van de personeelsomkadering, willen we reeds in 2010 een eerste opstap realiseren voor de nieuwe “instromers” in de vrijgekomen en bijkomende plaatsen “nursing” en “bezigheid”. Ook voorzieningen voor volwassen personen met een handicap voor wie de kloof tussen de personeelsomkadering en het totaal volume aan erkende ondersteuningsnood van hun cliënten extreem groot is, krijgen een eerste extra steun. De voorzieningen voor kinderen en jongeren zetten eveneens een stap in de versterking

van hun personeelsomkadering. Deze uitbreidingsoperatie bevat de noodzakelijke budgettaire ruimte om experimenten op vlak van innovatie, flexibiliteit en deregulering mogelijk te maken

Het agentschap en de erkende multidisciplinaire teams moeten, voor de realisatie van dit en volgend uitbreidingsbeleid, zwaarder investeren ter verbetering van de Diagnostiek, Indicatiestelling en Toeleiding van personen met een handicap naar de VAPH-erkende bijstandsverlening. De zorgregieprocessen vragen om dezelfde redenen bijkomende middelen.

Verder uitwerken in 2011-2014

Het vierjarig uitbreidings- en vernieuwingsplan 2011 – 2014 zullen we in 2010 uitwerken. Het zal beantwoorden aan volgende criteria:

- Het is gecentreerd rond en bevat tastbare resultaten voor de vier strategische doelgroepen.
- Het vertrekt van het referentiekader van inclusie, het burgerschapsmodel, community based services,....
- Het is geïnspireerd door de zorgvernieuwing waardoor het tegemoet komt aan de eis van “optimale of juiste ondersteuning”.
- Het bevat de synthese van uitbreiding + vernieuwing + versterking (van de personele middelen) en het leent zich tot bijsturing op basis van de evaluatie van het PGB-experiment en andere leerprojecten of –experimenten.
- Het wordt mede gedirigeerd door de specifieke regionale (provinciale) situatie, rekening houdend met historische achterstelling van sommige regio’s.
- Het bekrachtigt en manifesteert daadwerkelijk de prioritaire ontwikkelingen in de integrale jeugdhulp en bevordert naadloze aansluitingen tussen de integrale jeugdhulp en de ondersteuning van volwassen personen met een handicap.
- Het houdt rekening met noodzakelijke complementaire inspanningen en ontwikkelingen ten voordele van de personen met een handicap in de andere sectoren van ons en andere relevante beleidsdomeinen en bestuursniveaus.

Het VAPH continueert zijn antennepunt in Brussel.

In het uitbreidingsbeleid tijdens de ganse legislatuur zal systematisch aandacht geschonken worden aan het creëren van naadloze overgangen tussen de verschillende zorgsystemen, in het bijzonder tussen voorzieningen voor minderjarigen en voor volwassenen.

Gebruikers, verwijzende instanties en voorzieningen putten, samen met de provinciale coördinatiepunten en de VAPH-coördinatoren, de actuele en toekomstige mogelijkheden van de zorgregie maximaal uit.

Het VAPH concentreert meer tijd en middelen op de behandeling van subrogatiedossiers.

OD 3.5: We investeren in een toereikend zorg- en gezondheidsaanbod om zo ook in deze sector maximaal zorg op maat te kunnen aanbieden.

Zorgen voor mantelzorgers en vrijwilligers

Om het zorg- en gezondheidsaanbod af te stemmen op de mate van zorgbehoefendheid van de bevolking, willen we in eerste instantie het zelfzorgvermogen van de gebruikers stimuleren, ondersteunen en herstellen. We versterken daartoe de draagkracht van mantelzorgers en vrijwilligers. De mantelzorgers moeten voldoende waardering en ondersteuning krijgen.

We wensen uitdrukkelijk dat de mantelzorger voldoende aandacht krijgt in de processen van zorgverlening, niet alleen als onontbeerlijke informatieverstrekker over de toestand van de zorgbehoevende maar ook als iemand die eigen noden kan hebben. De mantelzorger moet niet alleen in kennis worden gesteld van de voor de mantelzorg noodzakelijke informatie maar ook actief betrokken wordt bij de uitbouw van het zorgproces.

Vrijwilligerszorg is van groot belang in de erkende diensten voor oppashulp en de diensten voor gastopvang. Om een hoogwaardige kwalitatieve hulp- en dienstverlening te kunnen waarborgen, wordt hiervoor een aangepaste professionele omkadering van de vrijwilligersorganisaties in de thuiszorg voorzien. Er zal onderzocht worden hoe nieuwe impulsen kunnen gegeven worden aan de vrijwilligersoppos door een verhoging van de werkingstoelage.

Om de preventieve krachten in Vlaanderen nog te versterken, willen we nagaan of en hoe de verenigingen kunnen worden ondersteund in hun vrijwilligerswerk en hun aanbod gezondheidsopvoeding (zoals EHBO).

Maatregelen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te blijven

We blijven met de thuiszorg prioritair focussen op de mogelijkheden voor ouderen en zorgbehoevenden om zo lang mogelijk thuis te wonen. Het type aangeboden zorg wordt bepaald door de mate van zorgafhankelijkheid.

Voor het urencontingent gezinszorg en aanvullende thuiszorg en voor de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen voorzien we een groei, rekening houdend met de budgettaire mogelijkheden.

Met de minister bevoegd voor Wonen zullen we overleggen zodat de van overheidswege ondersteunde woonvormen beter dan nu het zorgbeleid versterken, bijvoorbeeld door het stimuleren van architectuur of woningaanpassingen die geschikt zijn voor thuiswonende zorgbehoevende ouderen of personen met een handicap of door het realiseren van samenwerking tussen sociale huisvestingsmaatschappijen en voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg. We komen daar verder op terug.

In de zorg voor ouderen dienen op basis van het Woonzorgdecreet vernieuwende concepten uitgewerkt te worden zoals de assistentiewoningen, de centra voor herstelverblijf, de zorghotels en het woonzorgnetwerk. De muren tussen de thuiszorg en de residentiële zorg moeten afgebroken worden en het mogelijk maken dat het woonzorgcentrum diensten verleent in de buurt, dat de thuiswonende ouderen gebruik maken van de faciliteiten van het woonzorgcentrum en dat de thuiszorg zorgcontinuïteit kan aanbieden in een woonzorgcentrum.

Uit de zorgvernieuwingsprojecten die in het kader van het Protocol 3 met de federale overheid worden opgezet, willen we ervaring en goede praktijken distilleren voor het ontwerpen van nieuwe woonzorgconcepten.

Deze nieuwe concepten gelden trouwens ook in de zorg voor personen met een handicap. Ook daar streven we naar een grotere toenadering tussen de huisvestingssector en de zorgsector, met initiatieven

als het geïntegreerd wonen. Ook daar geldt dat de muren tussen zorg aan huis en residentiële zorg afgebouwd dienen te worden.

Palliatieve patiënten moeten thuis of in de vertrouwde omgeving kunnen sterven. De werking van palliatieve netwerken zal zo efficiënt mogelijk worden aangestuurd. Daarbij richten zij zich ook naar thuisvervangende settings, zoals de voorzieningen voor personen met een handicap. We zullen een geactualiseerde reglementering op decretale basis voorzien voor hun erkenning en subsidiëring. Voor de palliatieve dagcentra zal een structurele plaats in de welzijns- en gezondheidsorganisaties gezocht worden, omkaderd door het meest geschikte netwerk en gefinancierd door de Vlaamse overheid en de ziekteverzekering, waar het gepast is.

Programmatie als instrument voor betere spreiding van het zorgaanbod.

Het is vooral in het belang van de gebruikers dat er minimumnormen en kwaliteitseisen worden opgelegd. Voor de betaalbaarheid van de zorg is het belangrijk dat een kader beschikbaar blijft waarbinnen een financiering van het zorgaanbod, door de federale of regionale overheid, gegarandeerd is.

Er is nood aan een aangepaste programmatie voor de nieuwe of gewijzigde zorgvormen zoals die zijn opgenomen in het woonzorgdecreet. Kortverblijf, dagverzorgingscentra en centra voor herstelverblijf moeten op elkaar kunnen aansluiten. Het gebrek (of overaanbod) in een regio aan deze of gene zorgvorm moet (al dan niet tijdelijk) gecompenseerd kunnen worden door andere zorgvormen.

De bijsturing van de programmatie zal gebeuren op basis van meer verfijnde parameters of aangepaste wegingsfactoren voor bepaalde leeftijdsgroepen en met aandacht voor equivalentieregels die toelaten een over- of onderaanbod van bepaalde woonzorgvoorzieningen in specifieke regio's te compenseren. Hiertoe zullen we de ontwikkeling bevorderen van regionale zorgstrategieën om een optimale spreiding van het zorgaanbod en het wegwerken van lacunes te kunnen realiseren. De nieuwe procedureregels rond de verwerving van de hiervoor noodzakelijke voorafgaande vergunning worden op 1 januari 2010 van kracht. De realisatietermijn voor de initiatiefnemer wordt gevoelig ingekort en de overdracht van vergunningen wordt ontmoedigd. De voorafgaande vergunning vervalt wanneer de bouw na vijf jaar niet gerealiseerd is. Binnen twee jaar na de vervaldatum kan geen nieuwe voorafgaande vergunning worden afgeleverd voor dezelfde inplantingsplaats als deze waarop de vervallen voorafgaande vergunning betrekking had.

Voor Brussel en de Vlaamse rand zal de Vlaamse overheid blijven aandringen op een meldpunt om de tweetaligheid in de Brusselse gezondheidszorg te bewaken, als basis voor remediëring en handhaving. Overleg hierover agenderen we op de agenda van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Voor de Vlaamse Rand zal - zoals in het woonzorgdecreet voorzien - een specifieke programmatie voor thuis- en ouderenzorg worden uitgewerkt.

Bij de behandeling van aanvragen voor infrastructuursubsidies willen we verder prioriteiten leggen die een optimale spreiding van de welzijnsvoorzieningen als ouderenvoorzieningen en voorzieningen voor personen met een handicap, bevorderen. We verwijzen hierbij onder meer naar de verdere realisatie van de engagementen uit het Limburgplan en het actieplan voor de woonzorgzones in Brussel. Ook de op te maken meerjarenplanning voor Halle-Vilvoorde zal in rekening worden gebracht.

Wat de regionale planning en spreiding van de Vlaamse ziekenhuizen betreft, wordt in opdracht van de Vlaamse overheid door de universiteit van Delft een onderzoek gedaan naar de knelpunten rond planning en spreiding van ziekenhuisdiensten. Er zal onderzocht worden of vormen van regionale planning mogelijk zijn die tot stand komen door overleg tussen de ziekenhuizen, hun vertegenwoordigers en de overheid.

Uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg

In 2010 zullen we een conferentie organiseren om in samenspraak met zorgverstrekkers en het patiëntenplatform, tot een gezamenlijke visie op de positionering en opdrachten van de eerstelijnsgezondheidszorg te komen van waaruit het beleid verder kan worden opgebouwd.

Dit beleid heeft behoefte aan gedragenheid en duidelijkheid over de ICT-ondersteuning van de eerste lijn in het kader van een eerstelijnsfonds, over de wenselijk geachte samenwerkingsvormen en praktijken in de eerste lijn die door de overheid ondersteund en gestimuleerd kunnen worden – ook infrastructureel – en over de aanpak van de tekorten aan zorgverleners. Ook de evaluatie van het project van de preventiebonus zal hier zijn plaats krijgen.

Het dreigend tekort aan huisartsen en andere eerstelijnsgezondheidsverstrekkers kan tegengegaan worden door de instroom van zorgverstrekkers te bevorderen en werk te maken van een retentiebeleid en van uitstroombepaling. De omkadering van verzorgenden en betere werkomstandigheden zijn thema's die tevens aan bod kunnen komen.

Wat de planning van het medisch aanbod betreft, zullen we samen met de collega bevoegd voor Onderwijs, met verantwoordelijken van de Vlaamse universiteiten en met artsenvertegenwoordigers nagaan op welke wijze de nakende tekorten aan huisartsen en sommige specialismen zoals kinderpsychiaters, urgentieartsen en het dreigend overaanbod aan andere specialismen kan omgebogen worden in een aanbod dat beter afgestemd is op de zorgnoden van onze bevolking. De Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg zullen een geactualiseerd overzicht van beschikbare zorgaanbieders (zorginstellingen en zorgverstrekkers) in de eerste lijn kenbaar maken voor het publiek.

Cliëntgeoriënteerde organisatie van de geestelijke gezondheidszorg

Allerlei maatschappelijke fenomenen zetten de geestelijke gezondheid van de Vlaming onder druk: hoge verwachtingen op het werk, werkonzekerheid, toegenomen fileleed en andere stressfactoren in het verkeer, het verlies van 'rust' in de woonwijken, een bijna agressieve interferentie van GSM of email, het toegenomen onveiligheidsgevoel, het wegvallen van 'historische zekerheden bij levensvragen... Het natuurlijk relatieweefsel is minder standvastig, minder dicht en/of minder persoonlijk: partnerrelaties houden minder lang stand, families worden hertekend, rolvoorbeelden worden schaarser of worden in vraag gesteld, de burens wonen (minstens figuurlijk) steeds verder af en de dagelijkse communicatie verloopt steeds meer elektronisch en steeds minder via een mens aan de andere kant (van de tafel, de lijn of het loket).

Het is dan niet zo verwonderlijk dat de balans draaglast – draagkracht bij meer en meer burgers uit balans raakt en de geestelijke gezondheid van de Vlaming onder druk zet. In vergelijking met andere landen ligt het zwaartepunt van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen sterk op de intramurale ziekenhuiszorg. Nochtans zijn de resultaten van zorg en de tevredenheid van patiënten en familie beter, wanneer de zorg vroeg en zo dicht mogelijk is geïntegreerd in de samenleving, in de gemeente, de buurt, de straat waar de patiënt woont.

We willen dan ook snel een conceptnota ontwikkelen met voorstellen voor een globaal Vlaams beleid inzake geestelijke gezondheidszorg. Dit beleid is gericht op een transformatie van een algemeen, aanbodsgesichte GGZ-hulpverlening van diensten en instellingen naar voorzieningoverschrijdende zorgprogramma's voor leefstijlsgroepen.

De invoering van zorgcircuits en zorgnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg is reeds op de sporen gezet door een geheel van therapeutische en transversale projecten, gefinancierd door de Federale overheid. Nieuwe kansen zullen zich voordoen doordat de psychiatrische ziekenhuizen – net als de centra voor geestelijke gezondheidszorg – een deel van hun budget kunnen aanwenden voor een verdere aanpassing van het bestaande aanbod in de geestelijke gezondheidszorg dat meer aangepast is

aan de zorgvragen van de personen met psychische en/of psychiatrische problemen. De nadruk zal hierbij liggen op preventie, vroegdetectie, ambulante intensieve behandelteams voor zowel acute als chronische problemen en rehabilitatieteams die werken rond herstel en sociale inclusie. We hechten hierbij groot belang aan een verbetering van de samenwerking tussen de intramurale en extramurale voorzieningen.

Met betrekking tot de centra geestelijke gezondheidszorg zullen we daarnaast verder de nadruk leggen op outreachende zorg, thuiszorg en het inzetten van hun expertise in de welzijns- en gezondheidsdiensten op de eerste lijn. Het aanbod van de CGG moet aangestuurd worden opdat het toegankelijk zou zijn en beschikbaar in een zo vroeg mogelijk stadium van psychopathologie. Een evaluatie hiervan moet leiden tot een vernieuwde programmatie op langere termijn.

Nieuwe opdrachten voor de CGG willen we koppelen aan een financieringstechniek die meer gericht is op efficiëntie en output.

Ook de wijkgezondheidscentra zullen gestimuleerd worden om de aandacht te versterken voor vroegtijdige detectie, behandeling van of verwijzing voor problemen van geestelijke gezondheid bij mensen die wonen in kansarme wijken. Dit moet leiden tot een betere toegankelijkheid van de globale geestelijke gezondheidszorg voor mensen die in armoede leven.

Ondanks het feit dat ongeveer een vierde van de bevolking in Vlaanderen ooit te kampen krijgt met psychische problemen, hangt hierrond nog steeds een taboe. Daarom willen we blijven inzetten op het bespreekbaar maken van psychische problemen en op een destigmatisering van de problematiek van de geestelijke gezondheidszorg. We willen daarbij aandacht hebben voor de belangenbehartiging van psychiatrische patiënten en voor het “gezinsvriendelijker” maken van de geestelijke gezondheidszorg met name voor de familieleden van personen met ernstige psychische problemen.

Ziekenvervoer

De aanpak via zelfregulering van de diensten voor niet-dringend liggend ziekenvervoer zal in de loop van deze legislatuur geëvalueerd worden. Met mijn collega, bevoegd voor mobiliteit, zullen we onderzoeken of er maatregelen nodig zijn voor een betere organisatie van het zittend ziekenvervoer.

Drughulpverlening

We maken een overzicht van het aanbod aan drughulpverlening in Vlaanderen en de regionale spreiding van dit aanbod. Dit kan de basis vormen voor verdere besprekingen, ook met de federale overheid.

OD 3.6: We realiseren een toegankelijke en beschikbare dienstverlening waarbij aandacht is voor de facetten eigen aan de leefsituatie en zorgnoden van de specifieke doelgroepen.

Gezinnen

Onze samenleving kent een steeds grotere verscheidenheid aan gezinsvormen. De transities in de levensloop van mensen brengen meestal specifieke problemen met zich mee.

We zullen initiatieven nemen om antwoorden te bieden aan de eigensoortige vragen en behoeften die leven bij het jongste en oudste deel van onze bevolking. Tegelijk willen we binnen onze bevoegdheid als Vlaams Minister voor het Gezin via een ‘horizontaal’ gezinsbeleid ook aandacht besteden aan kwesties zoals gezinsmodulatie, de combinatie van gezin en arbeid en de stress die daar dikwijls mee gepaard gaat. Ook vinden we het belangrijk om een intergenerationeel perspectief te ontwikkelen die de samenhang en solidariteit van gezinsleden versterkt en de persoonlijke ontwikkeling van ouders en kinderen bevordert.

Algemeen willen we dat er binnen het beleidsdomein WVG een visie wordt ontwikkeld die oog heeft voor maatregelen en voorzieningen die kind- en gezinsvriendelijk zijn.

Als Vlaams Minister voor WVG wil ik ook mijn collega's in de Vlaamse Regering uitnodigen eenzelfde aandacht te ontwikkelen binnen hun bevoegdheden waarvan vele relevant zijn voor het dagelijkse welzijn van gezinnen. We willen ook partnerschappen opbouwen met andere actoren in het middenveld, de onderzoekswereld om in Vlaanderen samen te bouwen aan een samenleving die gekenmerkt wordt door een hoge mate van kind- en gezinsvriendelijkheid. In dit verband dienen dringende problemen en belemmeringen ook beter te worden onderkend.

Overleg met de andere beleidsniveaus is onontbeerlijk omdat gezinsbeleid zich in toenemende mate ontwikkelt van een lokaal tot een supranationaal niveau. .

We zullen het Departement WVG opdracht geven om te zorgen voor een periodieke uitwisseling van kennis en inspiratie en om de stand van zaken in Vlaanderen kritisch te analyseren. Daarbij zal tweejaarlijkse een rapport worden opgemaakt waarbij wordt aangegeven in welke mate de beleidsmaatregelen van de Vlaamse Regering rekening houden met het ritme van het gezin. Daarbij willen we ook over de landsgrenzen kijken naar de wijze waarop andere EU Lidstaten alsook grote intergouvernementale organisaties denken en werken inzake gezinsbeleid.

Wellicht heeft dit ook (verder) onderzoek, ondermeer via het Steunpunt WVG en andere onderzoeksgroepen.

Kwetsbare jongvolwassenen

Terwijl de meeste jongvolwassenen het goed stellen, verkeren sommige jongvolwassenen in een maatschappelijk kwetsbare positie. Vaak zijn ze sociaal geïsoleerd, hebben ze geen sociaal vangnet of terugvalpositie, zijn er financiële en eventueel psychosociale moeilijkheden. Omdat deze jongvolwassenen bovendien balanceren op de overgang van minderjarigheid naar volwassenheid, stoten ze vaak op de ontoegankelijkheid van hetzij de jeugdhulp, hetzij de hulp- en dienstverlening voor volwassenen. Om voortaan beter te kunnen inspelen op de bijzondere noden van maatschappelijk kwetsbare jongvolwassenen, willen we een specifiek en gecoördineerd beleid voor deze doelgroep uittekenen. Zo zullen we ondermeer aan de CAW vragen, in het kader van het versterken van hun onthaalwerking, bijzondere aandacht te besteden aan het uitbouwen van hun jongerenwerking. Een belangrijke prioriteit hierbij is de preventie van schulden. Tevens verwachten we verregaande afstemming/synergie tussen het aanbod begeleid wonen binnen de jeugdzorg en de CAW. Ook andere partners die mogelijks bij deze jongvolwassenen betrokken kunnen zijn (VAPH, psychiatrie, ...) willen we in het gecoördineerde beleid betrekken.

Ouderen

In tijden waarin de bevolking aanzienlijk vergrijsd en deze vergrijzing nog zal toenemen tot 2050, is het belangrijk om als Vlaamse Regering ook de verantwoordelijkheid op te nemen voor deze doelgroep.

Dementie

Hierbij dient onze aandacht ook te gaan naar personen met dementie. De kans op dementie stijgt immers met de leeftijd. Ongeveer 7,3% van de 60-plussers heeft een matige tot ernstige vorm van dementie. Bij de 80-plussers stijgt dit naar 20%. Dit heeft ernstige gevolgen voor de maatschappij. Personen met dementie kunnen bij een voortschrijdend ziektebeeld immers almaar minder voor zichzelf zorgen. De meeste personen met dementie wonen toch thuis en doen dus een beroep op mantelzorg.

We willen werk maken van de opmaak van een actieplan dat verder uitvoering geeft aan de resolutie betreffende een preventief en ondersteunend beleid rond dementie, gestemd in het Vlaams Parlement op 20 oktober 2005.

Ouderenbeleidsplan

Het pleidooi voor een inclusief, een geïntegreerd beleid gaat in eerste instantie over nadenken hoe we de maatschappij kunnen inrichten opdat iedereen, ook de ouderen, zich er maximaal in thuis voelt, zich gewaardeerd voelt, zinvol kan zijn. Dat gaat van de aanleg van straten en pleinen, over het mobiliteitsvraagstuk, het ontwerpen van auto's, het tijdskrediet, het vernieuwen van treinstations tot levenslang wonen/bouwen.

Het huidige Vlaamse ouderenbeleidsplan loopt af in 2009. Bedoeling is dit te evalueren en te actualiseren om zo te komen tot een nieuw Vlaams ouderenbeleidsplan voor de periode 2010- 2014. Wat betekent "ouder worden in Vlaanderen"? Het ouderenbeleidsplan 2010- 2014 wil hierop een antwoord geven en zo de visie op ouderen en hun positie in de toekomstige Vlaamse samenleving vatten.

Bij de realisatie van dit beleidsplan is de betrokkenheid van de ouderen even zo belangrijk als het uiteindelijke resultaat. Samen met de Vlaamse ouderenraad en alle relevante actoren in het ouderenbeleid wensen we dit plan te evalueren, te stroomlijnen en nauwer te focussen op wat echt voor ouderen van tel is. Dit moet resulteren in een nieuw ouderenbeleidsplan 2010-2014 dat we in het begin van deze legislatuur willen opmaken, uiteraard met de inbreng van alle collega's.

Ouderenparticipatie

Naast het eerder genoemde belang van differentiatie en in het verlengde van het beleidsstreven om mensen zo lang mogelijk autonoom te laten wonen en leven, moeten we het accent meer leggen op het wel-zijn-aspect.

Ook voor ouderen is wel-zijn, het zich goed in zijn vel voelen, een belangrijke component van geluk. Daarom is het sociale contact met de kinsist of de thuisverpleegster even belangrijk als de verzorging die ze geven; daarom is het volgen van de populaire tv-soap even belangrijk als de volgende medische controle; daarom zijn het zich thuis voelen, de kleinkinderen die langskomen, belangrijke componenten in onze maatschappij. Vrijwilligers en mantelzorgers zijn de onmisbare partners voor de professionele hulpverleners.

Onze aandacht moet sterker uitgaan naar de psycho-sociale noden van ouderen. De beschikbaarheid van mantelzorg zal in de toekomst erg onder druk komen te staan en het aantal alleenstaande ouderen zal sterk toenemen. Problemen zoals vereenzaming en sociaal isolement dreigen zich nog sterker te manifesteren.

Ouderenparticipatie mag geen hol begrip zijn. Bij de verdere uitvoering van het woonzorgdecreet zal met dit principe rekening worden gehouden om het aanbod binnen een woonzorgnetwerk zo goed mogelijk te kunnen afstemmen op de noden van de gebruikers.

Differentiatie en normalisatie zijn 2 belangrijke richtlijnen voor een toekomstig ouderenbeleid. De nood en de trend naar een inclusief beleid geeft ook aan dat we duidelijke en strategisch duurzame keuzes moeten maken. Duurzaamheid heeft een ecologisch aspect, maar ook een aspect van flexibiliteit en financiën.

Voor de actieve senioren is het belangrijk de inspanningen voor een volwaardige participatie aan het beleid verder te zetten. Lokale initiatiefnemers kunnen een belangrijke rol spelen bij een allesomvattend activerend ouderenbeleid. We stellen vast dat de gemeentebesturen reeds vele inspanningen hebben geleverd. Ze hebben ouderenbeleidscoördinatoren aangeworven en lokale ouderenvoorspraken opgericht. In de lokale sociale beleidsplannen zijn ook diverse maatregelen voor

ouderen vervat. De lokale overheden beseffen dat een groot deel van hun inwoners vergrijst en hebben hieraan al strategische beleidsopties gekoppeld.

We vinden het dan ook belangrijk om de beschikbare middelen niet te versnipperen. Daarom willen we het Vlaamse budget aanwenden ter ondersteuning van het nieuwe ouderenbeleidsplan.

Slachtoffers en getuigen van intrafamiliaal geweld

Geweld op kinderen, geweld op ouderen, geweld tussen partners,...het betreffen hardnekkige maatschappelijke problemen. Zij tasten de leefkwaliteit en het vertrouwen in een veilige samenleving ernstig aan. We nemen initiatieven om hier antwoorden op te formuleren.

In het kader van preventie tegen kindermishandeling willen we een sensibiliseringscampagne voeren om het thema geweld tegen jonge kinderen blijvend onder de aandacht te brengen.

We zorgen voor een decretaale verankering van de werking van de vertrouwenscentra kindermishandeling in Vlaanderen. We positioneren hen correct binnen het welzijns- en gezondheidslandschap en met name ten aanzien van de intersectorale toegangspoort integrale jeugdhulp en het onderzoek van situaties maatschappelijke noodzaak. We definiëren hun kernopdrachten.

In samenwerking met de FOD Justitie wordt de mogelijkheid van case gebonden overleg inzake kindermishandeling tussen de justitiële, de politionele en de hulpverlenende sectoren onderzocht. Vervolgens wordt in één of meer gerechtelijke arrondissementen een pilootproject opgestart, waarbij vanuit de praktijk nagegaan wordt volgens welke modaliteiten dit overleg kan gerealiseerd worden.

De centra voor geestelijke gezondheidszorg en de centra voor algemeen welzijnswerk (CAW) beschikken over heel wat hulpvormen om het geweld tussen partners aan te pakken (vluchthuizen, crisisopvang, gezins- en relationele hulpverlening, rechtshulp, slachtofferhulp, justitieel welzijnswerk, bemiddeling,...). Zij werden de voorbije legislatuur ook versterkt om een centrale rol te spelen in de aanpak van partnergeweld. Zij vormen het aanspreekpunt voor burgers, welzijns- en gezondheidsdiensten, politie en justitie om vragen naar hulp te stellen en om hulpverlening ten aanzien van het ganse gezinssysteem – slachtoffer, geweldpleger, kinderen - op gang te brengen. Uit een evaluatieonderzoek blijkt dat naar bereik van de doelgroep en naar methodische aanpak al heel wat bereikt werd. We benadrukken dat de samenwerking met andere hulpverleningsdiensten en met politie en justitie hierin noodzakelijk is om een geïntegreerd aanbod te verzekeren en te versterken. De opmaak van het vierde Nationaal Actieplan Partnergeweld zal deze elementen van samenwerking zeker ook bevatten.

Ook de centra voor integrale gezinszorg (CIG) spelen een belangrijke rol bij de aanpak van intrafamiliaal geweld. Zij beschikken over ambulante en residentiële begeleidingsmogelijkheden voor het ganse gezin en ze ontwikkelden een module 'diagnose van het gezinsfunctioneren'. In hun hulpverlening staan ouder- en kindbegeleiding en training van ouderschapsvaardigheden centraal. We zullen de hulpverleningscapaciteit van de CIG versterken en voorzien in een vernieuwd decretaal kader.

Om ouderenmis(be)handeling te voorkomen en aan te pakken, zetten we de lopende samenwerking en netwerkvorming tussen het Vlaams meldpunt ouderenmis(be)handeling, de Vlaamse provincies en de lokale welzijns- en gezondheidsactoren verder.

Opvang en begeleiding van verkeersslachtoffers

We versterkten de centra voor algemeen welzijnswerk om trajectbegeleiding, hulpverlening en netwerkvorming te organiseren. We evalueren de resultaten van die operatie en sturen zo nodig bij.

We zetten de inspanningen voor een betere opvang en begeleiding van verkeersslachtoffers verder. In het kader van het meerjarenconvenant (1 november 2007 – 31 juli 2010) met drie partnerorganisaties (Zebra vzw, Ouders van Verongelukte Kinderen vzw, Steunpunt Algemeen Welzijnswerk vzw, verenigd in 'Rondpunt, steunpunt voor verkeersslachtoffers') werken we verder aan kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering, en bieden we ondersteuning aan lokale initiatieven en samenwerkingsverbanden. Dit alles met als doel verdere praktijk- en beleidsontwikkelingen te stofferen. We evalueren de uitvoering van het aflopende convenant en nemen een beslissing over de verder te ondernemen acties. Dit in aanloop naar een nieuwe convenant die we afsluiten vanaf augustus 2010.

Om de bestuursniveau- en beleidsdomeinoverschrijdende aspecten van de impact en de gevolgen van verkeersslachtofferschap aan te pakken, zullen we nauw samenwerken met de bijzondere commissaris voor de verkeersslachtoffers.

Mensen met schulden

We willen blijven inzetten op preventie van schulden. Uit onderzoek blijkt dat bijna de helft van alle schulddossiers te wijten is aan een gebrek aan administratieve vaardigheden, aan overbesteding, aan gezondheidsproblemen of aan een te laag of onregelmatig inkomen. Een integrale preventieve aanpak is noodzakelijk. Ook de energieschulden nemen sterk toe.

We realiseren dit onder meer door de weerbaarheid van jongeren en volwassenen te verhogen ten aanzien van misleidende reclame en kredietverschaffers. Een belangrijke doelstelling is ook het versterken van de vaardigheden van mensen bij het beheren van hun huishoudbudget. We onderzoeken de mogelijkheden om een instrument te ontwikkelen waar mensen (en specifieke doelgroepen) duidelijke informatie en verwijsmogelijkheden naar gepaste hulpverlening kunnen vinden. Ook willen we verder werk maken van ontwikkeling en verspreiding van eenvoudige hulpmiddelen om het budget te beheren. Goede voorbeelden zoals het lessenpakket 'op eigen benen' of de 'eerste hulp bij schulden map' zijn hierbij inspirerend.

Met de minister van onderwijs gaan we in overleg om na te gaan of en eventueel hoe basisvaardigheden omtrent omgaan met geld in de scholen kan opgenomen worden.

Toch zal naar alle waarschijnlijkheid de schuldenlast van gezinnen de komende jaren blijven toenemen. Het is belangrijk dat zij een beroep kunnen doen op aangepaste informatie en hulp om de problemen zo vroeg en zo goed mogelijk aan te pakken. We verhogen daartoe de toegang tot en de kwaliteit van schuldbemiddeling voor mensen met schuldoverlast. We onderzoeken, binnen de beschikbare budgetten, de mogelijkheden om schuldbemiddeling te subsidiëren. In het bijzonder willen we hierbij de mogelijkheden onderzoeken om dit te realiseren via bovenlokale samenwerking, vanuit een intergemeentelijke samenwerking tussen OCMW en centra algemeen welzijnswerk en gekoppeld aan de ondersteuning van de LAC-werking.

We verruimen het opdrachtenpakket van het Vlaams Centrum Schuldbemiddeling en versterken zijn werking. Samen met het Centrum willen we het middenveld sensibiliseren voor de schuldenproblematiek en een campagne opstarten met het basispakket 'Eerste Hulp Bij Schulden'

Gedetineerden en geïnterneerden

We bouwen de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden verder uit conform het interdepartementaal Vlaams strategisch plan. We geven daarmee invulling aan de door de basiswet gevangeniswezen verleende rechten van gedetineerden. We anticiperen op de uitbreiding van de gevangenis capaciteit voorzien in het masterplan gevangeniswezen en we bereiden ons voor op de initiatieven van Justitie in Tongeren en Tilburg. We versterken daartoe het kader van beleidsmedewerkers, CAW- en CGG-medewerkers.

We nemen onze coördinerende rol in Vlaanderen en onze brugfunctie t.a.v. Justitie krachtig op. We zullen met name ook de federale initiatieven inzake forensische gezondheidszorg (forensisch-psychiatrische ziekenhuizen; forensische zorgprogramma's) van dichtbij opvolgen en er over waken dat rekening wordt gehouden met de visie van de Vlaamse zorgactoren. Ook het OPZ Rekem kan hierbij een belangrijke rol opnemen.

Het strategisch plan 'hulp en dienstverlening aan gedetineerden' is geïmplementeerd in alle Vlaamse en Brusselse gevangenissen. Op basis van een grondige evaluatie willen we dat de werkingsbeginselen, de samenwerkingsafspraken en de coördinatie een decretale verankering krijgen. Deze evaluatie zal gebeuren in overleg met alle actoren die betrokken zijn bij de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden.

De Vlaamse overheid stelt in elke gevangenis een beleidsmedewerker tewerk voor de coördinatie van het beleid inzake hulp- en dienstverlening. We wensen een duidelijke erkenning van deze beleidsmedewerkers in hun beleidscoördinerende en –aansturende opdracht.

Thuislozen

Thuisloosheid is een complexe problematiek die een geïntegreerde, integrale aanpak vraagt, met aandacht zowel voor het voorkomen van thuisloosheid als voor de instroom, doorstroom en uitstroom van thuislozen uit de thuislozenzorg. Om een duidelijk zicht te krijgen op de thuislozenproblematiek in Vlaanderen en Brussel zullen we een onderzoek laten uitvoeren waarin zowel de vraag naar thuislozenzorg, als de omvang van het beschikbaar aanbod en de mate waarin de vraag en het aanbod zich tot elkaar verhouden in beeld gebracht worden. Op basis hiervan laten we een monitoringsysteem ontwikkelen.

Het is duidelijk dat er op meerdere terreinen zal moeten gewerkt worden om de problematiek van thuisloosheid op een effectieve en efficiënte manier aan te pakken. Zo kan thuisloosheid onder andere te maken hebben met een onvoldoende begeleide uitstroom uit de psychiatrie, uit de voorzieningen van de gehandicaptenzorg of uit de bijzondere jeugdbijstand. Sommige doelgroepen zoals de mensen zonder wettig verblijf en niet-begeleide minderjarigen zijn op dit vlak bijzonder kwetsbaar. Al te vaak komen deze mensen door een gebrek aan vaardigheden om het alleen te redden in onze samenleving, in de opvangcentra voor thuislozen terecht. Het is dan ook belangrijk dat er aandacht is voor een preventieve aanpak. Binnen de budgettaire mogelijkheden willen we extra inspanningen leveren om het aanbod van woonbegeleiding en –ondersteuning te verruimen (zowel voor de initiatieven waarin de uitstroom gestimuleerd wordt, als voor maatregelen die de instroom beperken) en om een aanbod van opvang en begeleiding te realiseren voor mensen zonder papieren.

Binnen het permanent armoede overleg willen we samen met de woon-, gezondheids- en welzijnsactoren en de lokale besturen komen tot een verruiming en verfijning van de samenwerkingsafspraken.

Multiculturaliteit

Onze Vlaamse samenleving krijgt een steeds multicultureler karakter. Blijvende aandacht voor integratie is hierbij een permanente opdracht. We willen dan ook binnen de budgettaire mogelijkheden onze medewerking verlenen bij de uitvoering van het integratiedecreet.

We willen het initiatief nemen om interculturalisering duidelijk op de agenda van de zorgsectoren te plaatsen en zal daarvoor met de sectoren concrete afspraken maken en er mee samen werken. We bekijken deze aandacht vanuit twee invalshoeken: de toegankelijkheid van het aanbod en de tewerkstelling.

De uitbouw van het welzijns- en gezondheidslandschap moet rekening houden met diversiteit. Het hulp- en zorgaanbod moet ook voor etnisch-culturele minderheden kunnen openstaan. In meerdere sectoren merken we dat allochtonen onvoldoende bereikt worden, dat zij onvoldoende de weg naar het

aanbod vinden. Dit heeft zowel te maken met de informatie over het aanbod als met het aanbod zelf. Daarom zullen we het steunpunt Gezondheid en Vreemdelingenrecht verder ondersteunen. We willen leren van goede voorbeelden op dit vlak binnen ons beleidsdomein. Deze voorbeelden moeten meer bekendheid krijgen. Tegelijk willen we ook luisteren naar de visie van het allochtone middenveld en de actoren uit de integratiesector. Hoe kijken zij hiernaar en wat zijn voor hen belangrijke aandachtspunten?

Tevens willen we met de collega's bevoegd voor werk, voor sociale economie en voor onderwijs nagaan hoe een betere doorstroming van allochtone arbeidskrachten naar de zorgberoepen kan gerealiseerd worden. Een eerste aanzet hiertoe kan aan bod komen tijdens de komende werkgelegenheidsconferentie, waar de tewerkstelling in de zorgsector zeker een belangrijke plaats kan innemen.

SD 4: We sturen, stimuleren en ondersteunen de welzijns- en gezondheidsactoren zodat ze kwaliteitsvolle zorg bieden in een aangepaste infrastructuur, voortdurend innoveren, een inclusieve aanpak bevorderen en duurzaam te werk gaan.

Het regeerakkoord refereert herhaaldelijk en doelbewust aan het belang van een innovatief, inclusief en duurzaam beleid. Een dergelijke aanpak gaat hand in hand met de bekommernis om kwaliteit, in ons beleidsdomein kwaliteit van zorg, als prioritair aandachtspunt naar voor te schuiven.

OD 4.1: We enten een concrete beleidsaanpak op het eengemaakte kwaliteitsdecreet om de voorzieningen zo te stimuleren de kwaliteit van hun aanbod te verbeteren.

De invoering van de – initieel aparte- kwaliteitsdecreten voor respectievelijk de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, had een grote positieve impact doordat het de aandacht voor het voeren van een kwaliteitsbeleid definitief in de sectoren van ons beleidsdomein binnen bracht. Het geharmoniseerde decreet van 2003 volgde daar vrij snel op met nieuwe accenten.

Elke sector maakt nu werk van de uitvoering van het geharmoniseerde decreet van 2003, geënt op de eigen, sectorspecifieke situatie.

We nemen ons voor om in de loop van deze legislatuur de respectieve sectorale uitvoeringsbesluiten van dit kwaliteitsdecreet ter goedkeuring voor te leggen aan de Regering, rekening houdend met de specifieke kenmerken van elke sector. Met dit instrumentarium willen we vooral focussen op de kwalitatieve output van onze zorgvoorzieningen.

We zullen ook kwaliteitsmanagementondersteunende programma's die momenteel worden voorbereid door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen ter beschikking stellen van de zorginstellingen.

Er zijn tal van specifieke sectorale initiatieven en plannen. We vermelden er enkele. In de bijzondere jeugdbijstand implementeren we voor de gemeenschapsinstellingen de deontologische code en het veiligheidsplan. Er is voor de gemeenschapsinstellingen ook een werkinstrument voor de kwaliteitsbewaking van de interne hulpverleningsprocessen gepland en we willen de handelingsplannen integreren in DOMINO. Al deze kwaliteitsprocessen integreren we tegen 2012 tot een integraal kwaliteitsplan voor de gemeenschapsinstellingen. Dat plan zal rekening houden met de specifieke context van de gemeenschapsinstellingen als een overheidsdienst die een zeer gediversifieerde populatie moet opnemen in een sterk structuurverlenende omgeving.

Concrete acties staan ook gepland in de voorschoolse kinderopvang en de gehandicaptensector. Voor de voorschoolse kinderopvang wensen we bij te dragen tot de zorgkwaliteit onder meer via het vastleggen van het competentiebeleid inzake kinderopvang in het decreet kinderopvang.

Het nieuwe kwaliteitskader voor de door het VAPH erkende voorzieningen garandeert de grondrechten van kinderen en jongeren met een handicap, zoals gedefinieerd in het decreet Rechtspositie Minderjarigen in de Integrale Jeugdhulp.

Het VAPH creëert een centraal meldpunt voor situaties van grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van personen met een handicap, en neemt de meldingsplicht op in de erkenningsvoorwaarden van de voorzieningen.

De (door het VAPH) erkende multidisciplinaire teams realiseren, in partnerschap met het VAPH, hun opdrachten in overeenstemming met de opgestelde kwaliteitscriteria, hierbij gestimuleerd door een ondersteunend financieringskader.

We willen een nieuw kader voor inspectie en toezicht initiëren via de accreditatie in de ziekenhuizen en de woonzorgvoorzieningen. Daar komen we op terug in OD5.4.

OD 4.2: We bouwen een toegankelijke zorginfrastructuur uit om zo de bereikbaarheid van het aanbod voor de gebruiker te optimaliseren.

Om de fysieke drempel tot de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen te minimaliseren, maken we er een prioriteit van om ook de fysieke toegankelijkheid van de privé-ruimtes van de door het VIPA gesubsidieerde welzijns- en gezondheidsinfrastructuur te verhogen. Daartoe zullen we richtlijnen ontwikkelen die als leidraad gelden voor het beoordelen van de toegankelijkheid van de gesubsidieerde infrastructuur. Voor de uitwerking, ondersteuning en implementatie van dit toegankelijkheidsbeleid zal het VIPA een samenwerkingsovereenkomst afsluiten met Enter vzw, het Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid. In het voorjaar 2010 wensen we te starten met dergelijke richtlijnen voor de woonzorgcentra en de thuiszorgvoorzieningen. Daarna kunnen we stapsgewijs bijkomende sectoren vatten. Uiteindelijk streefdoel moet zijn dat alle door Vlaanderen gesubsidieerde infrastructuurwerken rekening houden met de fysieke toegankelijkheid.

Bij de modernisering van onze ziekenhuizen moet toegankelijkheid sterke aandacht krijgen. Dit is noodzakelijk in het kader van de rationalisatie-inspanningen die werden geleverd. Met de rationalisering van de ziekenhuizen in het achterhoofd, is het daarbij opportuun om zeker de fusieziekenhuizen in te schakelen in de 10/90-regeling van de federale bouwkalender. De federale overheid neemt daarbij 90% voor haar rekening, de Vlaamse overheid subsidieert 10%. We opteren daarbij voor nauw overleg met de sectoren en de bevoegde federale ministers. Dit proces moet resulteren in een ontwerp van besluit tot wijziging van het sectorbesluit van de verzorgingsvoorzieningen, al dan niet geheel of gedeeltelijk aangepast aan het federale ministeriële besluit van mei 2007.

We willen ook de evaluatie en bijsturing van de VIPA-regelgeving verderzetten. Via een decreetwijziging willen we een aantal elementen faciliteren, zoals de subsidiëring van PPS-projecten, de prefinanciering van woonzorgvoorzieningen en de modulering van de vigerende waarborgregeling voor woonzorgcentra tot een werkbaar systeem waarbij de thans verplichte eenheid van exploitatie en patrimonium wordt opgeheven.

Om de toegang tot het zorgaanbod te vergroten, zullen we een beleid voeren dat inspeelt op de specifieke, dringende noden inzake zorginfrastructuur.

Een nieuwe “VIPA buffer 2009” waarborgt de noodzakelijke “bijzondere” infrastructuur voor de realisatie van het vierjarig uitbreidings- en vernieuwingstraject in de sector voor personen met een handicap. We zullen de VIPA-buffer ook vertalen naar en toepassen in de sectoren van de kinderopvang en de bijzondere jeugdbijstand. In functie van het respectieve uitbreidingsbeleid van deze beide sectoren, zullen we hiertoe werkingsafspraken maken met de agentschappen Kind en Gezin en Jongerenwelzijn.

Gelet op het basisuitgangspunt dat iedere zorgbehoevende zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk thuis moet kunnen blijven, willen we hier ook het belang benadrukken van advies en ondersteuning bij woningaanpassingen thuis.

OD 4.3: We bouwen aan een duurzame welzijns- en verzorgingsinfrastructuur.

Zoals overeengekomen in de Vlaamse Strategie Duurzame Ontwikkeling en het Vlaamse klimaatsbeleidsplan 2006-2012 is duurzame ontwikkeling een leidend principe in het beleid van de Vlaamse Regering. Dat geldt ook voor de infrastructuur van de Vlaamse welzijns- en verzorgingsvoorzieningen. Duurzaam bouwen is het uitgangspunt.

Het duurzaamheidsprincipe zien we initieel vertaald in de sociaal-maatschappelijk verantwoorde inplanting van welzijns- en gezondheidsvoorzieningen.

Om het uitwerken van duurzame en kostenefficiënte bouwprojecten te bevorderen, willen we het samenwerkingsverband tussen de Vlaams Bouwmeester en het VIPA intensifiëren. Ook de nieuwe infrastructuurwerken in de gemeenschapsinstellingen en de Openbare Psychiatrische Zorgcentra zullen op deze leest geschoeid zijn.

Daarnaast zullen we met het VIPA de techniek van Life Cycle Costing Analysis (LCCA) introduceren. Dergelijke LCCA-methode kan benut worden voor het plannen, ontwerpen en schatten van de kosten van investeringen voor aanschaf, exploitatie en instandhouding van onroerend goed.

Om het VIPA toe te laten investeringsdossiers betrouwbaar te beoordelen op duurzaamheid, zullen we in het najaar 2009 een kader vastleggen met sectorspecifieke duurzaamheidscriteria.

Op Vlaams niveau is er momenteel een diversiteit in de bestaande regelgeving voor brandveiligheid. Het hanteren van een zelfde, consequente structuur van de besluiten binnen WVG zou een eerste stap in de richting van eenduidige, coherente regelgeving kunnen zijn.

We willen dan ook in samenspraak met de technische commissie brandveiligheid voor het beleidsdomein WVG, de functionele agentschappen en de Hoge Raad beveiliging tegen brand en ontploffing van het ministerie van Binnenlandse Zaken, een leidraad voor een eenduidige sectoroverschrijdende regelgeving voor brandveiligheid ontwikkelen. Bij elk nieuw initiatief met betrekking tot aanvullende regelgeving voor brandveiligheid zal deze leidraad als basis kunnen gebruikt worden.

De technische commissie brandveiligheid is voor Vlaanderen de geschikte gesprekspartner voor de opmaak en de evaluatie van nieuwe regelgeving. Deze commissie zal ook instaan voor de behandeling van afwijkingaanvragen voor de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen.

In het kader van de verdere uitbouw van een efficiënte organisatiestructuur en de optimale inzet van infrastructuur en personele middelen willen we de samenwerking tussen organisaties stimuleren en verhogen.

OD 4.4: We realiseren de ViA-doorbraak “Medisch Centrum Vlaanderen” om zo de innovatie in de welzijns- en gezondheidszorg te stimuleren.

In het kader van het Pact 2020, starten we met de uitwerking van de ViA-doorbraak 'Medisch Centrum Vlaanderen'. De algemene doelstelling die in dit verband werd geformuleerd is dat Vlaanderen zich in 2020 kan positioneren als een regio die op vlak van zorg en medische kennis excelleert en aldus kan beschikken over een hoogkwalitatief, toegankelijk en efficiënt zorgsysteem. Een vooraanstaande positie op het vlak van technologie en innovatie moet daarbij aanleiding geven tot meer ondernemerschap in de sector.

Wij zullen bij de opstart en de realisatie van deze ViA-doorbraak overleggen met de minister bevoegd voor Wetenschapsbeleid en Innovatie en met de minister bevoegd voor Economie. Hierbij zal men alle (universitaire) ziekenhuizen en organisaties uit de beleidsdomeinen innovatie en welzijn & gezondheidszorg die nuttige expertise en know how kunnen bijbrengen, betrekken.

De ViA-doorbraak ‘Medisch Centrum Vlaanderen’ vult deze doelstelling in door in te spelen op verschillende aspecten van zorg:

Translationeel Onderzoek

Het laten aansluiten van onderzoek en ontwikkeling bij de klinische praktijk genereert zowel een maatschappelijke als een economische meerwaarde. De gewenste kruisbestuiving tussen universiteiten, ziekenhuizen en de industrie zullen we structureren en bevorderen. We willen verder onderzoeken hoe de wisselwerking tussen klinische praktijk en onderzoek tot meer ondernemerschap en innovatie kan leiden binnen de welzijns- en gezondheidszorg. De criteria die hierbij gehanteerd zullen worden zijn het uitmunten van de aanwezige competentie, de kritische massa van het onderzoek, het valorisatiepotentieel, de maatschappelijke meerwaarde en de termijn van toepasbaarheid. De uitwerking van dit luik zal gebeuren in samenwerking met de Vlaamse organisaties binnen dit beleidsdomein. We streven daarbij ook naar een maximale betrokkenheid van de relevante actoren binnen de voorzieningen, de industrie en de academische wereld.

Nanogeneeskunde

Vlaanderen kan bogen op een sterke kennisbasis op het gebied van nanotechnologie. Gecombineerd met unieke biomedische expertise zal Vlaanderen een prominente positie kunnen verwerven op het vlak van nanogeneeskunde. Tijdens de vorige regeerperiode is in dit verband reeds besloten tot de ondersteuning van het Vlaams Centrum voor Neuro-Elektronisch Onderzoek (NERF: Center for Neuro-Electronics Research Flanders). We willen nagaan hoe we de onderzoeksresultaten die in dit domein worden gegenereerd optimaal kunnen inzetten binnen de gezondheidszorg en aldus zowel een maatschappelijke als economische meerwaarde kunnen realiseren.

Zorg voor ouderen

Het aanwenden van ICT-gestuurde instrumenten zoals bijvoorbeeld telemonitoring, multisensoring van patiëntenparameters of geavanceerde domotica kunnen een significante bijdrage leveren aan de levenskwaliteit van de oudere, ondermeer door het versterken van zijn autonomie, het verhogen van zijn comfortgevoel en het waarborgen van een betere maatschappelijke inclusie. Deze technologieën laten verder ook toe de zorgverstreker en de mantelzorger beter te ondersteunen door een betere informatievergaring en -doorstroming waardoor de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg toeneemt. In dit kader zal onder meer de e-zorgplanning verder ingevoerd en verfijnd worden. Ook de tevredenheid van zowel zorgbehoevende als zorgverstreker is een volwaardig objectief. We zullen initiatieven zoals demonstratieprojecten stimuleren die streven naar een optimale aanwending van innovatie en technologie met bovenstaande doelstellingen voor ogen, zowel in de thuiszorg als in de residentiële zorg (bv biotechnologie inzake incontinentie, innovatieve zorgconcepten etc.). Ten slotte merken we ook op dat ook jongere hulpbehoevenden baat kunnen hebben bij de voorziene ontwikkelingen.

ICT in de welzijns- en gezondheidszorg

De gerichte inzet van ICT moet leiden tot een verhoogde kwaliteit van de zorg door een betere patiëntenopvolging, een sterkere patiëntenparticipatie en betere communicatiemiddelen enerzijds en een efficiëntere zorgverlening door het stroomlijnen van processen anderzijds. Van uitzonderlijk belang is het optimaliseren van de communicatie en uitwisseling van gegevens om aldus verder te evolueren naar een geïntegreerde zorgverlening. Bijzondere aandacht zal daarbij uitgaan naar transmurale gegevensdeling. Om dit mogelijk te maken zullen we verder werk maken van het decreet betreffende het platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie. We streven ook naar aansluiting bij het e-health platform dat bij federale wet werd geïnstalleerd. Verder wensen we samen met de

betrokken actoren zoals ondermeer de voorzieningen, de ziekenfondsen en de industrie te onderzoeken welke initiatieven op termijn kunnen bijdragen tot een krachtig informatie, communicatie-, en beheersplatform.

In deze refereren we ook naar SD5(OD5.1).

Zorg voor talent

Innovatie hangt evenwel niet alleen af van technologische keuzes. Ook de kennis, vaardigheden en competenties van de werknemers in de welzijns- en gezondheidsvoorzieningen zijn daarvoor cruciaal. We willen de talenten van de werknemers dan ook maximaal benutten door de zorginstellingen tot een aangepast personeelsbeleid te motiveren. In dat opzicht vinden we het ondermeer belangrijk dat elke werknemer de gelegenheid krijgt om zijn of haar kennis, vaardigheden en competenties verder te ontplooien en te verruimen.

In elk geval staan we voor de uitdaging om mee een antwoord te zoeken op de te verwachten nood aan zorgpersoneel. We zullen daartoe, in overleg met de collega bevoegd voor onderwijs en met de sector, de studiekeuze voor zorgberoepen aanmoedigen, een vereenvoudiging nastreven in de veelheid van opleidingen en de opleidingen beter laten aansluiten bij de noden van de sector. Verder wordt een rationalisatie beoogd wat betreft beroepsprofielen en zal de relatie tussen zorg- en bijstandsverleners en beoefenaars van gezondheidszorgberoepen worden uitgeklaard.

Andere aandachtspunten zijn de grote uitstroom uit de sector en het stimuleren van diversiteit op de werkvloer door het aantrekken van allochtone zorgverleners.

Internationale valorisatie

Een task force moet erop toezien dat de Vlaamse voortreffelijkheid op het vlak van gezondheidszorg internationaal gevaloriseerd wordt.

Dit sluit ook aan bij de doelstellingen van het voorstel voor een Europese richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg. Het juridisch kader dat dit voorstel wil creëren betreft niet enkel de dekking van kosten voor zorg in een andere lidstaat dat waar men sociaal verzekerd is maar ook, ter garantie van de kwaliteit en veiligheid van zorg, de installatie van gemeenschappelijke beginselen voor alle EU-gezondheidsstelsels (patiëntenrechten) ter garantie van kwaliteit en veiligheid van zorg. Bovendien voorziet het een kader voor uitgebreide samenwerking tussen de lidstaten op het vlak van gezondheidszorg. Zo moeten zij bijvoorbeeld elkaars medische voorschriften voor geneesmiddelen erkennen en kan de Europese Commissie zogenaamde referentienetwerken erkennen, een Europees netwerk voor de evaluatie van gezondheidstechnologie oprichten en regulerend optreden om e-health-initiatieven operabel te maken.

De verdere evolutie van het wetgevingsproces van deze aankomende richtlijn en zijn implementatie behoort dus zeker tot de prioritaire aandachtspunten. Te allen tijde moeten de evoluties op het vlak van transnationaal patiëntenverkeer in de Vlaamse ziekenhuizen van nabij opgevolgd worden en moet er, meer in het algemeen, voor alle scenario's voor internationale valorisatie over gewaakt worden dat de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van zorg voor de eigen bevolking niet in het gedrang komt.

Daarnaast zullen we onze medische kennis aanwenden om in onze partnerlanden de millenniumdoelstellingen rond gezondheidszorg mee te helpen realiseren.

OD 4.5: We versterken het vrijwilligerswerk om zo vorm te geven aan een zorgzame en participatieve samenleving.

Het vrijwilligerswerk levert een belangrijke bijdrage aan het invullen van de vele zorgnoden in onze samenleving. Daarom zullen we het vrijwilligerswerk verder stimuleren, ondersteunen en gepast waarderen.

We wensen in de eerste plaats uitvoering te geven aan het nieuwe vrijwilligersdecreet dat op 3 april 2009 werd goedgekeurd. Vervolgens zullen we de sectoren binnen het beleidsdomein stimuleren om een beroep te doen op het vrijwilligerswerk. In de relevante regelgeving zal een luik rond ingebouwd vrijwilligerswerk worden opgenomen. Ook een gepaste financiering van de vrijwilligersorganisaties dringt zich op.

Met het oog op het aantrekken van vrijwilligers, stellen we een aantal acties in het vooruitzicht. Het Europees jaar voor het Vrijwilligerswerk in 2011 is de ideale gelegenheid om de vrijwilligers extra in de schijnwerpers te plaatsen. Daarnaast engageren we het Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk en de provinciale steunpunten voor het voeren van promotiecampagnes en het ondersteunen van de vrijwilligersorganisaties. Duidelijke afspraken rond de taakverdeling tussen deze steunpunten is daarbij onontbeerlijk.

OD 4.6: We onderzoeken de voor- en nadelen van de organisatie van het residentiële zorgaanbod door publieke, private social profit en private commerciële zorgaanbieders.

Er bestaat weinig literatuur waarop het beleid zich kan baseren om op een objectieve wijze uitspraken te doen over de positieve en negatieve aspecten van de commercialisering (te onderscheiden van de term ‘privatisering’) van het zorgaanbod door private for-profit zorgaanbieders. Er zijn ook te weinig gegevens bekend over de toetsing van het zorgaanbod aan de criteria van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg, waarbij een mogelijk verband wordt onderzocht met het statuut van de zorgaanbieder (private for-profit, publieke en vzw-uitbatingvormen).

We blijven voorstander van een model waarin social profit ondernemingen een grote rol spelen in het aanbieden van welzijns- en gezondheidsdiensten. Dat betekent niet dat er voor for profit organisaties geen plaats is of geen rol is weggelegd. Aan de andere kant betekent het eveneens dat ook de social profitsector verder moet groeien in professioneel ondernemen.

We zullen daarom in 2010 een studie uitbesteden om in meerdere zorgvormen diepgaand onderzoek te doen naar de relatie tussen het statuut van de zorgaanbieder tot toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de geboden zorg.

Ook zullen we de Strategische Adviesraad om een omstandig advies verzoeken over de voormelde uitdagingen en fenomenen in de zorg en de gewenste houding van de overheid hieromtrent.

SD 5: We bevorderen bij de overheid en bij de welzijns- en gezondheidsactoren de aandacht en het initiatief voor een meer efficiënte en effectieve werking om zo met dezelfde middelen meer zorg te creëren.

Het regeerakkoord zet expliciet in op een slagkrachtige werking van het overheidsapparaat. In dat verband wordt onder meer gesteld dat “de inzet van ICT, e-government en administratieve vereenvoudiging uitstekende hefboomen zijn om een efficiëntere dienstverlening en domeinoverschrijdende schaalvoordelen te realiseren”. We vermelden dat als illustratie voor het bewuste streven van de regering om daar waar mogelijk, bij de overheid zelf, maar ook in de werking van onze (erkende en gesubsidieerde) partners, meetbare efficiëntiewinst te kunnen boeken. Digitale instrumenten, administratieve vereenvoudiging, zuinig en transparant financieel beheer, ... zijn daarbij sleutelbegrippen. Een open houding van de inspecterende overheid en een dialogerende verhouding van diezelfde overheid met de voorzieningen op het terrein, zijn daarbij belangrijke randvoorwaarden.

We willen daar in ons beleid dan ook gericht plaats voor inruimen. We zien het middenveld daarbij als een belangrijke partner. De meerwaarde van een “corporate governance-aanpak” vereist immers de directe betrokkenheid van de belangrijkste belanghebbenden: cliënten, voorzieningen, werkgevers en werknemers.

OD 5.1: We investeren in een verbeterd(e) elektronische registratie, gegevensverzameling en gegevensuitwisseling, om zo de werkprocessen efficiënter te laten verlopen en ook om beleidsmatig een beter zicht te krijgen op vraag- en aanbodevoluties.

Decreet op het welzijns- en gezondheidsinformatieplatform

Allereerst willen we in uitvoering van deze doelstelling verder werk maken van de totstandkoming van het decreet betreffende het platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie. Dat decreet is principieel goedgekeurd door de Vlaamse Regering en doorloopt momenteel de adviezenronde. Onder meer op het vlak van de privacywetgeving is bijsturing vereist. We willen in elk geval dat proces voortzetten én finaliseren. Er is immers nood aan een sluitend en werkbaar kader voor uitwisseling van gezondheids- en welzijnsinformatie om de momenteel bestaande chaotische diversiteit in de opslag en doorstroming van gegevens te kunnen opheffen. Het decreet in kwestie vertrekt van een eenmalige inzameling van gegevens, werkt met gedecentraliseerde databestanden, maakt gebruik van bestaande netwerken en informatie-verwerkingssystemen, regelt de aspecten privacy en beveiliging en installeert een passend beheer en toezicht op de informatieopslag en -uitwisseling. Het belang van dit decreet is niet enkel operationeel, het is ook beleidsmatig een onmisbaar instrument. Het uitwisselen van gezondheids- en welzijnsinformatie op beleidsniveau is immers noodzakelijk om de doeltreffendheid van het beleid te evalueren en waar nodig bij te sturen.

Samenwerken met de federale overheid in het licht van e-health

Voor het technisch realiseren van deze doelstellingen willen we nagaan of aansluiting mogelijk is bij de recente evoluties die in het kader van het e-health-platform hun beslag kregen. Op 21 augustus 2008 is immers het e-health-platform bij federale wet geïnstalleerd. Het gaat dan om een beveiligd elektronisch uitwisselingsplatform waarop zorgverleners, zorginstellingen, ziekenfondsen, overheidsdiensten en patiënten in alle vertrouwen en met respect voor de persoonlijke levenssfeer, gegevens kunnen uitwisselen. Dat betekent dat het e-health-platform een elektronisch pad ter beschikking stelt dat ook voor de realisatie van de hiervoor vermelde doelstellingen betreffende het

platform voor gezondheids- en welzijnsinformatie bijzonder relevant kan zijn. Het e-health-platform levert immers een aantal basisdiensten waarop we onze processen kunnen enten en dit voor het gehele beleidsdomein. We vermelden in dit verband de incryptie van gegevens tussen afzender en geadresseerde, toegangsbeheer, een beveiligde elektronische brievenbus voor elke actor, een systeem van elektronische datering, enz.

Alle sectoren zullen gestimuleerd worden tot het hanteren van eenzelfde RAI-zorgbehoevendheidsschaal.

Behalve dit algemene decretale kader voor het omgaan met elektronische gegevens binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, willen we ook een aantal sectorale initiatieven verder kansen geven.

Jongerenwelzijn

Zo ontwikkelen we, in samenwerking met de private sector, een registratieproject (BINC (begeleiding in cijfers)) dat het mogelijk moet maken voor voorzieningen om hun hulpverlening en hun werking onderling te vergelijken. Het is de bedoeling om dit systeem stapsgewijs met aanbodmodules uit te breiden. De reeds ontwikkelde algemene, werkvormoverstijgende module wordt momenteel door de sector getest. Deze wordt jaarlijks aangevuld met een specifieke module per werkvorm. Met de oprichting van een reflectiegroep, waarbij de evoluties en de resultaten worden besproken, installeren we een continue opvolging en zo nodig bijsturing.

Daarnaast plannen we de invoering van een uniform systeem van capaciteitsbeheer. Een dergelijk systeem zal eind 2010 in elke provincie operationeel zijn. Ook DOMINO (dossieropvolging minderjarigen) ontwikkelen we verder. Consulente van de Comités voor bijzondere jeugdzorg en van de sociale diensten van de gerechtelijke jeugdbijstand registreren daarin elk dossier van de opgenomen jongeren. Ook de gemeenschapsinstellingen maken gebruik van DOMINO. Als we dat systeem verder willen verfijnen en uitbreiden, dan is dat om naast de registratie van objectieve elementen, ook ruimte te creëren voor de pedagogische opvolging van de cliënten. We voorzien dat tegen 2011 de handelingsplanning van de jongeren in de gemeenschapsinstellingen verfijnd en uitgebreid zijn in DOMINO.

Systemen als DOMINO en BINC werpen een licht op de instroom-, doorstroom- en uitstroomprocessen binnen de bijzondere jeugdbijstand. We kunnen en zullen op basis van de gegevens die we daaruit distilleren initiatieven ontwikkelen die ingrijpen op deze processen en die gericht zijn op het verbeteren van de efficiëntie en de effectiviteit van de hulpverlening.

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap

Ook een aantal projecten in andere agentschappen en afdelingen willen we in dit verband verder zetten. We denken dan ondermeer aan de voorbereidingen voor een elektronisch dossier voor personen met een handicap, aan het verruimen van de uitwisseling van gegevens binnen het VAPH en tussen dat agentschap, haar partners, belanghebbenden en tussen de verschillende beleidsniveaus, ondermeer via de verder te optimaliseren databank zorgregie en via de kruispuntbank van de sociale zekerheid, binnen de grenzen van de wet op de privacy. Voor het VAPH vermelden we nog het prioritaire plan om de wettelijke subrogatie, met name het interfereren in verzekeringsdossiers en het aldus recupereren van schadeloosstellingen, te informatiseren en verder uit te bouwen zonder verlies van kwaliteit.

Bovendien voorzien we in deze regeerperiode een evaluatie van de klantgerichtheid en efficiëntie van het Vlaams agentschap voor Personen met een Handicap.

Kind en Gezin

Voor Kind en Gezin zullen we er voor zorgen dat de initiatieven inzake preventieve gezinsondersteuning, kinderopvang en adoptie ondersteund worden door aangepaste systemen.

De toepassing “MIRAGE” zal toelaten dat de zorgverleners van Kind en Gezin op elk moment beschikken over de informatie die nodig is om een preventieve kinderzorg op maat aan te bieden aan de gezinnen. Het elektronisch medisch dossier binnen deze toepassing biedt de mogelijkheid om de verstrekte medische preventieve zorg te registreren en op te volgen. Ook de prenatale zorg en de opvoedingsondersteuning die door Kind en Gezin aangeboden wordt, zal binnen de toepassing geregistreerd worden.

Voor de kinderopvang denken we aan de invoering van een uitgebreidere versie van het elektronisch dossierbeheer, dat toelaat de evoluties van de kinderopvang beter te monitoren en op te volgen. Het huidige IKG-systeem zal verbeterd worden.

Inzake adoptie zullen we een elektronisch opvolgingssysteem realiseren dat aan de kandidaat-adoptant en aan de Vlaamse Centrale Autoriteit toelaat om het administratief beheer van een adoptiedossier te initiëren en op te volgen.

Om de dienstverlening van Kind en Gezin verder op maat van de gezinnen uit te bouwen, wordt een portaalsite binnen de website van Kind en Gezin opgezet. Dit portaal biedt toegang tot elektronische informatie op maat van de gezinnen. De initiatieven die door Kind en Gezin erkend of gesubsidieerd worden, vinden hier hun elektronisch dossier waardoor de administratieve dossierverwerking vereenvoudigd wordt. Informatie waarover de overheid al beschikt, wordt binnen dit portaal zoveel mogelijk automatisch aangeleverd zodat de aanvraagprocedures voor gezinnen en initiatieven vereenvoudigen.

Voor de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning en de Vertrouwenscentra Kindermishandeling willen we een dossieropvolgingssysteem verder realiseren dat ook de mogelijkheid biedt om de noodzakelijke registraties uit te voeren in het kader van de integrale jeugdhulpverlening.

Welzijn en Samenleving

De Afdeling Welzijn en Samenleving ontwikkelt een elektronisch ‘gedetineerdenopvolgsysteem’ (GOS) om de participatie van gedetineerden aan de Vlaamse hulp- en dienstverleningsactiviteiten in de gevangenis op te volgen en te organiseren. Bij de verdere implementatie stemmen we af met Justitie.

We onderzoeken of we ook een registratieproject kunnen ontwikkelen dat het mogelijk moet maken voor vzw- en ocmw-voorzieningen om hun hulpverlening en hun werking onderling te vergelijken.

Voor het hele beleidsdomein WVG

Tot slot is het onze verwachting dat er een agentschapsoverschrijdende aanpak wordt ontwikkeld voor het verzamelen van beleidsrelevante indicatoren, gegenereerd uit de (monitoring van de) beheersovereenkomsten en de registraties van voorzieningen. Op die manier willen we over minimale, onderling vergelijkbare en in de tijd evoluerende beleidsdata kunnen beschikken. We denken dan onder meer aan gegevens over de capaciteit, het gebruik van het aanbod, de kostprijs van de hulp en de daaraan verbonden tewerkstelling. Dat moet ons toelaten onderbouwde beleidsbeslissingen te nemen.

OD 5.2: We zetten in op reguleringsmanagement om zo gericht bij te dragen tot efficiëntie en effectiviteit in het optreden van zowel de administratie als de voorzieningen op het terrein.

De instrumenten die binnen een aanpak van reguleringsmanagement worden gebruikt om efficiëntiewinst te bereiken, willen we in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin structureel verder uitbouwen. De aanzetten die daartoe in de vorige legislatuur zijn gegeven willen we doortrekken.

Dat betekent concreet dat we de reductiedoelstelling die is geformuleerd met betrekking tot administratieve lastenmeting, namelijk een reductie van 20% tegen 2012, gerealiseerd willen zien. De opvolging van het meetverslag en het actieplan administratieve vereenvoudiging zal dan ook nauwgezet gebeuren.

Nog tijdens deze legislatuur willen we gerealiseerd zien dat alle formulieren die gehanteerd worden in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, het label “kwaliteitsvol” dragen.

We willen ook dat elke nieuwe of wijziging van regelgeving, vooraleer die wordt gerealiseerd, op zijn impact wordt gescreend. We zien met andere woorden in de ReguleringsimpactAnalyse (RIA) een positief instrument om na te gaan of een regelgeving wel nodig is en, zo ja, hoe ze best wordt uitgewerkt. We verwachten dat de cel wetskwaliteit van het departement daarop toeziet, maar niet alleen daarop. Als deze cel, wat haar taak is, systematisch en op basis van procesnormen, de kwaliteit van (de totstandkoming van) regelgeving bewaakt, zal dat een positief effect hebben op het regelgevend proces.

In de context van administratieve vereenvoudiging willen we ook uitvoering geven aan de doelstelling uit het regeerakkoord om de planlasten, zeker voor de lokale besturen, te verlagen. We zullen ook wijzigingen aan het OCMW-decreet voorstellen en bespreken met de collega bevoegd voor binnenlands bestuur om de samenwerkings- en verzelfstandigingsmogelijkheden van openbare voorzieningen in de zorgsector te verruimen.

We willen tot slot de procedure van de zorgstrategische plannen in de ouderenzorg vereenvoudigen. De vigerende modaliteiten zijn zo complex dat vele rusthuizen externe consultants inhuren. Een vereenvoudiging van en een beter afstemmen van de procedure op deze voor het verkrijgen van een voorafgaande vergunning moet daaraan verhelpen.

OD 5.3: We willen de procedures van erkenning en subsidiëring van de verschillende werkvormen in het beleidsdomein, over de grenzen van agentschappen en afdelingen heen, optimaliseren en maximaal op elkaar afstemmen, om zo zowel de operationele efficiëntie als de beleidsrelevantie ervan te verhogen.

Uniformisering en afstemming

De subsidiesystemen binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zijn momenteel zeer divers. Gedetailleerde loonsubsidiëring en verrekening van werkingskosten, systemen van enveloppenfinanciering en mengvormen daarvan: het bestaat allemaal. Daar in één beweging een uniforme aanpak uit puren is niet realistisch. We willen evenwel stapsgewijs toewerken naar afstemming. In eerste instantie willen we de modaliteiten van de anciënniteitsberekening en de indexeringsmechanismen inventariseren en uniformiseren. Daarnaast vinden we het opportuun, daar waar mogelijk, de verschillende vormen van programmatie voor de verschillende sectoren en werkvormen, vanuit eenzelfde benadering en een analoog indicatorenkader op te zetten.

Vernieuwing en flexibilisering

Behalve aan uniformisering en afstemming is er nood aan vernieuwing. Zorg op maat, de terechte verwachting van de cliënt, vereist ook flexibiliteit in het aanbod. Combinatie van zorgvormen, en dus van subsidiestelsels, moet mogelijk zijn. In het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap zullen de evaluatie van het Persoonlijke Assistentiebudget (PAB) en het experiment met betrekking tot PersoonsGebonden Budgetten (PGB) mee de mogelijkheden en de grenzen van deze alternatieve financieringsmechanismen aangeven.

Ook het verkennen van alternatieve financieringsbronnen en het inzetten van flankerende instrumenten en middelen wijzen we niet af. We geven als concreet voorbeeld de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. De Vlaamse overheid heeft de voorbije jaren al grote financiële inspanningen geleverd om het aanbod uit te breiden en te diversifiëren. Maar de verhouding tussen het aanbod en de toenemende vraag blijft gespannen. We onderzoeken dan ook de mogelijkheid om, onder bepaalde randvoorwaarden, ruimte te creëren om een andere categorie van zorgverstrekkers, zoals zelfstandige psychologen en psychiaters, bij hun werking te betrekken, dit alles uiteraard binnen de contouren van hun wettelijke opdracht.

Bijsturing waar nodig

Verscheidende agentschappen werken permanent aan het efficiënter en effectiever maken van hun werking. Zo werken nogal wat afdelingen en agentschappen, op basis van tevredenheidsmetingen en externe audits, aan verbeteracties binnen de eigen organisatie. We verwachten dat ze dat verder blijven doen met aandacht voor de volgende instrumenten: invoering van procesmanagement (procesverbeteringen), deregulering en administratieve lastenverlaging.

Beheersing van de kosten

Een permanent streven naar een beheersing van de kosten is aangewezen. Er is in de huidige budgettaire context geen andere weg mogelijk. Dat geldt voor alle actoren op alle niveaus. We willen daar de komende jaren, in overleg met de administraties en het middenveld, een structureel aandachtspunt van maken. We beperken ons hier tot één illustratief voorbeeld. De individuele materiële bijstand aan personen met een handicap, voor ouderen en in ziekenhuizen werkt op basis van een aankooppolitiek en prijsbepaling volgens de vrije marktprincipes. We willen via onderzoek en internationale benchmarking nagaan hoe we zowel voor de overheid als voor de gebruiker de kostprijs van deze hulpmiddelen kunnen drukken.

Ook willen we onderzoeken of hergebruik van hulpmiddelen tot de mogelijkheden behoort en in welke omstandigheden.

OD 5.4: We willen een vernieuwd kader voor inspectie en toezicht initiëren om zo de voorzieningen maximaal te ondersteunen bij het bepalen en realiseren van een cliëntgericht kwaliteitsbeleid.

Het beleid zoals het de voorbije jaren werd gevoerd vanuit de kwaliteitsdecreten, responsabiliseert de voorzieningen steeds verder voor de kwaliteit van hun zorg- en hulpverlening. Het beschrijven van processen, het hanteren van (zelf)evaluatie-instrumenten, het omgaan met (klanten)tevredenheidsmetingen, kwaliteitsstandaarden en benchmarking,... het draagt allemaal bij tot het formuleren en evalueren van kwaliteitsdoelstellingen door de voorzieningen zelf.

Deze evolutie laat toe om als overheid ook een stap verder te gaan op het vlak van toezicht. We denken hier aan het werken met vormen van accreditatie.

Kinderopvang

In het kader van de controle op en inspectie in kinderopvangvoorzieningen evalueren we de instrumenten die momenteel gebruikt worden. De samenwerking (procedures) tussen het agentschap Inspectie WVG en Kind & Gezin krijgen een efficiëntie- en effectiviteitstoets. Doelstelling is om op korte termijn het bestaande toezicht- en handhavingsmodel te evalueren en te verbeteren. Daarbij zal bijzondere aandacht gaan naar de al bestaande risicosturing. Binnen een context van kwaliteitsvol werken en responsabilisering zien we hierin ook een belangrijke rol weggelegd voor de voorzieningen, de gebruikers en de sector. Immers, een overheid kan niet een zodanige voet tussen de deur houden dat alle potentiële risico's zouden worden afgedekt.

In elk geval geldt ook hier het principe beter voorkomen dan genezen. Wanneer we werk maken van het kaderdecreet kinderopvang, willen we dan ook vergunningsvoorwaarden inschrijven voor iedereen die kinderopvang aanbiedt.

Ziekenhuissectoren en woonzorgcentra

Concreet willen we de mogelijkheid creëren voor ziekenhuizen om vrijwillig in te stappen in een nieuw toezichtsmodel voor de ziekenhuissector waarbinnen wordt gekozen voor een synergie tussen de overheidsinspectie en externe (accreditatie)partners. In samenspraak met de sector en de agentschappen Zorg en Gezondheid en Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zullen we activiteitenclusters afbakenen die, op basis van vastgestelde kwaliteitsnormen, in aanmerking komen voor accreditatie door externe organisaties. Voor de kosten verbonden aan accreditatie door externe organisaties zullen we evenwel geen extra middelen vrijmaken.

Het agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin zal de toetsingsrapporten van de externe organisaties moeten kunnen verwerken in haar inspectie- of auditverslagen.

Bijkomend willen we in overleg met de sector de mogelijkheid onderzoeken om ook in de woonzorgcentra een gelijkaardig maar op de sector afgestemd toezichtsmodel te koppelen aan een vastgelegde kwaliteitskader. We zullen laten onderzoeken welke elementen van het kwaliteitssysteem in aanmerking komen voor toetsing door externe organisaties. We willen de sector trouwens aanmoedigen mee na te denken over basisnormen voor kwaliteit van zorg voor de woonzorgcentra. Een dergelijk referentiekader kan voor de voorzieningen het baken zijn waar ze hun kwaliteitsbeleid op richten. De bijhorende standaardisering kan dan de mogelijkheid bieden om de evolutie van de kwaliteit van zorg op sectorniveau te volgen. Zo kan er ook meer transparantie ontstaan voor de gebruikers.

Openbaarheid, transparantie en toegankelijkheid

Inspectieresultaten of resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid bekendmaken aan het publiek laat de burger, cliënt of potentiële gebruiker toe een geïnformeerde keuze te maken binnen het Vlaamse zorgaanbod. We willen daar dan ook in overleg met de sector werk van maken in deze legislatuur.

Een dergelijke openbaarheid past binnen het streven naar transparantie en openheid, niet alleen van de Vlaamse overheid maar ook en vooral van de voorzieningen die een plaats claimen in een kwaliteitsvol zorgaanbod.

Het openbaar maken van dergelijke gegevens kan het vertrouwen van de burger in overheid en voorzieningen vergroten. We willen dus de voorzieningen stimuleren om zelf transparant te zijn over de kwaliteit van de door hen verleende hulp- of zorgverlening.

Het voorstel van richtlijn van de Europese Commissie betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg beoogt het installeren van een informatieplicht voor zorgaanbieders (met inbegrip van zorginstellingen) met betrekking tot ondermeer de resultaten van de verleende gezondheidszorg.

In deze context van openbaarheid en transparantie willen we in samenspraak met de sector en academici werken aan de totstandkoming van basisset van kwaliteitsparameters van intramurale zorg in Vlaanderen.

Tot slot zien we voor inspectie een toezichtfunctie weggelegd op alle vormen van zorg- en hulpverlening. We willen dan ook een meldingsplicht invoeren voor initiatieven die niet vallen onder enige programmering of erkenning, bijvoorbeeld voor de ‘wellness’klinieken en de oogheelkundige klinieken buiten erkende ziekenhuizen. Als begin van aanpak zullen we een verplicht meldingssysteem voor alle artsen ontwikkelen die werkzaam zijn in dergelijke private initiatieven en waar zij ingrepen verrichten vanaf een bepaalde risicograad. Wanneer er indicaties zijn voor een gebrek aan kwaliteit(szorg) in dergelijke extramurale initiatieven, zal het agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin kunnen optreden. Het juridisch instrumentarium daartoe zal in samenspraak met artsenvertegenwoordigers, koepelverenigingen en zorgverzekeraars uitgewerkt worden.

OD 5.5: We willen in het beleidsdomein de cultuur van beleidsondersteunend wetenschappelijk onderzoek en beleidsevaluaties stapsgewijs uitbouwen om zo het beleid onderbouwd te kunnen sturen en bijsturen.

We willen gericht inzetten op wetenschappelijk onderbouwde beleidsevaluaties om te komen tot een zo doeltreffend en doelmatig mogelijk beleid. Het is essentieel dat de gezondheidsstatus en het welbevinden van de bevolking continu gemonitord wordt en de gewenste en niet-gewenste (maatschappelijke) effecten van het beleid ingeschat en opgevolgd kunnen worden. Aansluitend bij de Vlaamse Regionale Indicatoren, willen we onderzoeken of een set van indicatoren kan worden gedefinieerd die toelaat de voortgang en, indien mogelijk, de effecten van de ViA-doorbraken en de doelstellingen opgenomen in het Pact 2020 te monitoren. We zien daarin een opstap naar meer structurele aandacht voor het werken met prestatie- en effectindicatoren in ons beleidsdomein.

Het belang van wetenschappelijk onderzoek voor meerdere strategische doelstellingen uit deze beleidsnota en ter ondersteuning van de operationele doelstellingen valt overigens moeilijk te miskennen. Wetenschappelijk onderzoek dient zowel bij te dragen tot een ruimere visieontwikkeling als tot het uittekenen van middellange termijn perspectieven. We rekenen daarvoor uiteraard op het wetenschappelijk onderzoek van het Steunpunt WVG. Dit zette de voorbije twee jaar een omvangrijk meerjarig onderzoeksprogramma op. In 2010-2011 verwachten we belangrijke resultaten die ons beleid mee kunnen inspireren.

Ook zullen we via het Kenniscentrum van het departement en gerichte ad hoc onderzoeksopdrachten de nodige informatie en kennis verwerven voor specifieke onderdelen van deze beleidsnota.

We willen ook Europese en internationale ontwikkelingen en trends volgen op het vlak van welzijn, volksgezondheid en gezin, onder meer via het nauwgezet opvolgen van de resultaten van internationaal vergelijkend projectwerk en van gegevens van de omvangrijke databanken van grote intergouvernementele organisaties (o.a. EU, OESO, WGO).

OD 5.6: We ondersteunen de voorwaarden voor een goed bestuur van de sociale ondernemingen in de welzijns- en gezondheidssector om zo het professioneel ondernemerschap en de zorgethiek in ons beleidsdomein te stimuleren.

Ethisch en sociaal ondernemen is zakelijk ondernemen met oog voor mens en milieu.

Voor het creëren van een sociale meerwaarde in publieke en private ondernemingen die actief zijn in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is de bedrijfscultuur erg belangrijk. Organisaties met een sterke sociale verantwoordelijkheid hebben doorgaans een participatief en innovatief klimaat.

Sociale verantwoordelijkheid kan beschouwd worden als het vermogen van een organisatie om de belangen van alle betrokken partijen in samenspraak en in het licht van haar fundamentele dienst- en zorgverlenende opdracht tegenover elkaar af te wegen en daarover rekenschap te geven.

Zorgethiek

Ook in de social profitsector merken we de laatste tijd heel wat aandacht voor de ethische kant van het ondernemen. Dit is zeker een goede zaak. Zorgen voor een mens, een mens verzorgen, is bij uitstek een relationele handeling die ethisch doordacht moet zijn in het brede culturele en wetenschappelijke kader van vertrouwen tussen mensen, deskundigheid, afhankelijkheid, discretie, verantwoordelijkheid. Zorgethiek gaat dan ook de nadruk leggen op 'betrokkenheid', op bekommernis, zorgzaamheid, empathie, op de verhouding tussen de betrokkenen... Zorgethiek heeft dan ook alles te maken met een attitude, een manier van omgaan met de hulpvrager. Een zorgethische visie stelt dan ook dat mensen verbonden zijn met anderen (relationeel én sociaal...) én verantwoordelijk zijn voor mekaar (cfr. bemoeizorg).

Dat mensen zo op elkaar zijn aangewezen in wederzijdse (zorg)afhankelijkheid, doet niet noodzakelijk afbreuk aan hun recht op zelfbeschikking (autonomie), maar is er soms een voorwaarde voor en kan er zelfs een concrete invulling van zijn. Menswaardig leven vraagt om wederzijds betrokkenheid en commitment.

Via structurele initiatieven willen we impulsen geven aan de zorgethiek, het ethisch ondernemen, zorgzaam leiderschap en management om zo bij te dragen tot meer kwaliteit en welbehagen in de welzijns- en gezondheidszorg.

Goed besturen

Naar analogie met het debat en de praktijk rond *corporate governance* in de profitsector, wordt ook in de welzijns- en gezondheidssector gewezen op het belang van goed, deugdelijk bestuur van de voorzieningen. Een reeks recente onderzoeken, publicaties en studiedagen getuigen daarvan. In meerdere memoranda voor de nieuwe Vlaamse Regering werd het thema aangesneden. De Koning Boudewijnstichting finaliseert actueel een op vrijwillige basis toe te passen 'code voor goed bestuur in de social profitsector'.

We zijn er van overtuigd dat we sterk moeten inzetten op deze uitdaging. De welzijns- en gezondheidssector wordt in toenemende mate bevestigd op zijn efficiëntie en effectiviteit. De vraag naar degelijke verantwoording van de aanwending van aanzienlijke, maar schaarser wordende, publieke middelen wordt terecht gesteld. De omslag van een aanbod- naar een vraaggestuurde zorg dwingt tot andere verhoudingen met de stakeholders. Meer dan ooit zijn strategische visieontwikkeling en lange termijnplanning essentieel voor een goed bestuur en voor het behoud van het vertrouwen van de stakeholders. Evenzeer is het belangrijk blijvend een beroep te kunnen doen op sociaal engagement, vrijwillige inzet en maatschappelijke ondersteuning.

Om deze uitdagingen verder aan te gaan hebben we nood aan goed management, aan goede en voldoende bestuurders en aan klare verhoudingen tussen beide. We vinden het toekomstgericht zeer belangrijk dat – in een geest van gedeelde bezorgdheid en verantwoordelijkheid tussen overheid, ondersteuningsstructuren en werkveld – de randvoorwaarden voor goed professioneel bestuur geëxpliciteerd worden en dat initiatieven genomen worden om stappen in die richting te zetten. Volgende invalshoeken en aspecten vinden we daarbij relevant:

- de wenselijke schaalgrootte om goed bestuur mogelijk te maken;
- samenstelling raad van bestuur naar diversiteit van belanghebbenden en benodigde individuele competenties;
- onthaal, informatie, vorming, statuut en evaluatie van bestuurders en duur van hun mandaat;

- transparante werking van de raad van bestuur op het vlak van voorbereiding en opvolging van vergaderingen, vergadercultuur, vergaderfrequentie, bevoegdheden, evaluatie van de werking, regeling belangenconflicten, communicatie;
- verhouding tot het management: selectie, evaluatie, bevoegdheden.

Ook moeten nieuwe rechtsvormen zoals coöperatieve verenigingen op hun mogelijke waarde in de welzijns- en gezondheidssector onderzocht worden.

We zullen in overleg met alle belanghebbenden een algemeen kader schetsen voor goed bestuur in de sociale ondernemingen in de welzijns- en gezondheidssector, initiatieven nemen ter ondersteuning van de realisatie ervan, maar de voorzieningen responsabiliseren voor de concrete invulling ervan.

SD 6: We werken nauw samen met alle relevante partners op lokaal, provinciaal, regionaal, federaal en internationaal niveau om zo het welzijns- en gezondheidsbeleid onderling af te stemmen en te verbeteren en om elke partner aan te spreken op zijn verantwoordelijkheid en bijdrage.

Door haar toegenomen complexiteit en onderlinge verwevenheid vraagt de huidige samenleving dat de Vlaamse overheid meer geïntegreerd gaat werken. Meer en meer beleidsthema's vragen om een beleidsdomein- en bestuurslaagoverschrijdende aanpak.

Om tot een efficiëntere en effectievere aanpak te komen van de complexe problemen moeten er goede taakafspraken gemaakt worden met de lokale en provinciale besturen. De bestuurskracht van de lokale besturen wordt versterkt en de planlast verder verminderd. Tevens moeten we de verkokering in de eigen Vlaamse administratie tegengaan en interne synergieën tot stand brengen, zowel binnen het eigen beleidsdomein als over de beleidsdomeinen heen. Ook met de federale overheid moeten er afspraken worden gemaakt om tot een geïntegreerde aanpak van de problemen te komen. De Vlaamse Regering zal maximaal gebruik maken van de eigen bevoegdheden binnen het grondwettelijk en wettelijk kader. Op die manier wil ze een beleid voeren dat Vlaanderen aansluiting geeft bij de kopgroep in Europa. Wij bouwen daarbij ook verder een sterke, positieve band uit met Brussel, onze hoofdstad, die omwille van zijn Europese en internationale rol een belangrijke troef is. De Vlaamse Regering zal een actieve aanwezigheidspolitiek voeren in Europees en internationaal verband. We positioneren ons sterk in Europa en benutten volop de kansen die het Europees voorzitterschap biedt om een positief imago van Vlaanderen kracht bij te zetten.

We willen daarbij verder inzetten op de methode van het participatief beleid met een grote betrokkenheid van het middenveld. Participatief beleid moet een belangrijke bijdrage leveren aan de verdere uitbouw van een innovatief, sociaal en open Vlaanderen.

OD 6.1: We streven naar een homogene aanpak van het welzijns- en gezondheidsbeleid over verschillende bestuurslagen in Vlaanderen en verlichten de planlast om zo tot een efficiëntere en effectievere overheidswerking te komen.

Vandaag worden we in Vlaanderen geconfronteerd met een versnippering van bevoegdheden over verschillende bestuursniveaus. Zo draagt niet enkel de Vlaamse Gemeenschap de verantwoordelijkheid voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, provinciale en lokale besturen nemen eveneens verantwoordelijkheden op voor deelaspecten ervan. Het is nodig daar afspraken over te maken.

We willen er in dit verband mee voor zorgen dat het bestuur dicht bij de burger komt. De gemeenten vormen vaak het eerste aanspreekpunt. De slagkracht van het beleid in Vlaanderen zal verhogen wanneer alle actoren volwaardig participeren.

Zo willen we in overleg met de lokale besturen en de provincies, tot een betere afstemming komen inzake het preventieve gezondheidsbeleid.

We willen de LOGO-netwerken in de preventieve gezondheidszorg aanmoedigen om zeer nauw samen te werken met de belangrijkste preventieorganisaties in hun regio.

Door betere afspraken met de lokale besturen kan een synergie worden bekomen waardoor de inspanningen van de verschillende bestuursniveaus samen meer opleveren dan elk afzonderlijk.

Wat het Lokaal Sociaal Beleid betreft, gaan we uit van de lokale dynamiek die door acties van OCMW én gemeente én lokale actoren ontstaat. Een goede samenwerking tussen al deze actoren, is onontbeerlijk om tot een geïntegreerd lokaal sociaal beleid te komen, waarbinnen de referentierol van

de lokale besturen werkbaar wordt geëxpecteerd. In dit kader willen we dat CAW, diensten voor gezinszorg en OCMW afspraken maken over de eerstelijns hulp en schuldbemiddeling. Tevens willen we een impuls geven aan de samenwerking tussen lokale besturen, huisvestingsactoren, verenigingen waar armen het woord nemen en welzijns- en gezondheidsactoren, waaronder samenlevingsopbouw en de CAW, om het probleem van thuisloosheid aan te pakken. Ook voor armoedebestrijding moet er een lokale grensoverschrijdende samenwerking tot stand komen. In het geval van kinderarmoede moet Kind en Gezin hierbij betrokken worden. Om deze lokale en bovenlokale samenwerkingsinitiatieven aan te moedigen, zullen we in december 2009 de prijs Samenwerking in kader van het Sociaal Huis schenken. Een divers samengestelde jury zal één winnaar per provincie kiezen.

Om onze dienstverlening aan de burger nog te verbeteren, moet de planlast voor de lokale en provinciale besturen dringend verlagen. In dit kader zal op termijn de veelheid van beleidsplannen verdwijnen en plaats maken voor één legislatuurplan. De planlastverlaging mag er de besturen immers niet van weerhouden om een toekomstgerichte visie te ontwikkelen.

Met de provincie Vlaams-Brabant en de lokale besturen willen we afspraken maken om de achterstand inzake welzijns- en gezondheidsvoorzieningen in Halle-Vilvoorde in kaart te brengen en samen te onderzoeken hoe we deze achterstand geleidelijk kunnen wegwerken. Ook in de andere provincies is het wegwerken van de blinde vlekken een aandachtspunt.

Samen met de collega's van de Vlaamse Regering zullen we ons deze legislatuur terughoudend opstellen bij nieuwe decreten, uitvoeringsbesluiten en richtlijnen die effect hebben op lokale besturen. Voor elke nieuwe regelgeving zullen we ons houden aan het Belfortprincipe en vooraf de gevolgen bekijken voor de lokale besturen op vlak van personeel, investeringen en werkingsuitgaven.

OD 6.2: We brengen resultaatgerichte samenwerking tot stand tussen de verschillende agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin om zo oplossingen aan te reiken voor de problemen in onze maatschappij die een stijgende complexiteit kennen.

Heel wat thema's vragen om meer interne samenwerking tussen de verschillende agentschappen van het beleidsdomein WVG. We willen daar, samen met de beleidsraad, op toezien. We vermelden in wat volgt een aantal voorbeelden.

Samenwerking inzake preventief gezondheidsbeleid

Bij het hertekenen van het aanbod en de organisatie van de consultatiebureaus van Kind en Gezin zullen we bijzondere aandacht besteden aan de concretisering van de samenwerking met het agentschap Zorg en Gezondheid in het kader van gezondheidsdoelstellingen en andere preventiethema's.

Er moet ook een terugkoppeling gerealiseerd worden van het aanbod aan directe hulp van het algemeen welzijnswerk naar het preventieve gezondheidsbeleid, bijvoorbeeld op vlak van seksuele gezondheid ten aanzien van jongeren, of op het vlak van middelengebruik.

Ouder wordende psychiatrische patiënten en personen met een handicap

Ook ten aanzien van personen met een handicap willen we inzetten op een inclusief beleid. Het is noodzakelijk dat de reguliere dienstverlening op de eerste- en tweedelijns en de intramurale geestelijke gezondheidszorg zich toegankelijker opstellen naar personen met een handicap toe door zelf, en met inspanningen vanuit de sector personen met een handicap, handicapspecifieke deskundigheid op te bouwen en in te zetten. Het antwoord op de "verzilvering" bij de personen met een handicap is veelzijdig en gevarieerd, beantwoordt aan de criteria van een kwaliteitsvol leven, is ingebed in het woonzorgdecreet en verloopt zoveel mogelijk in rechtstreekse samenwerking met de reguliere ouderenzorg.

Armoede

Het thema dat bij uitstek vraagt om een integrale aanpak, is armoede. Allereerst willen we het horizontaal armoedeoverleg tussen de verschillende entiteiten van het beleidsdomein WVG versterken. Om een inclusief beleid mogelijk te maken is een gecoördineerde aanpak noodzakelijk. Samen met de collega-ministers van de Vlaamse Regering zullen we meewerken aan een nieuw plan armoedebestrijding, gecoördineerd door de Vlaamse minister bevoegd voor het coördinerend Armoedebeleid.

De maatregelen die ik als minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin neem, zullen we toetsen aan de gevolgen voor de zwakste groepen in onze samenleving. In dit kader zullen we rekening houden met de indicatoren die bepaald zijn in de armoedebarmometer, meer bepaald de toegang tot de gezondheidszorg en de subjectieve gezondheidssituatie.

Thuisloosheid

Gezien de complexiteit van thuisloosheid, menen we dat er ook op dit domein een geïntegreerde aanpak noodzakelijk is. Mensen zonder wettig verblijf en niet-begeleide minderjarigen komen al te vaak in opvangcentra voor thuislozen terecht. Ook mensen die uitstromen uit de psychiatrie, voorzieningen voor gehandicaptenzorg of bijzondere jeugdbijstand zijn extra kwetsbaar. Het is dan ook belangrijk dat deze sectoren hun rol spelen in de preventie van thuisloosheid.

OD 6.3: We brengen synergieën tot stand tussen de verschillende beleidsdomeinen om zo oplossingen aan te reiken voor de problemen in onze maatschappij die een stijgende complexiteit kennen.

De complexiteit van de beleidsproblemen waar we mee geconfronteerd worden, noopt tot structurele samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen. Zo moeten er synergieën worden gevormd tussen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de beleidsdomeinen Wonen, Werk, Sociale Economie, Onderwijs, Mobiliteit, Gelijke Kansen, Media, Cultuur, Jeugd en Sport.

Wonen en Welzijn

We zijn overtuigd van de wederzijdse meerwaarde van een intense samenwerking tussen wonen en welzijn. Het structurele overleg dat de voorbije maanden in de werkgroep wonen-welzijn is opgestart, moet zeker verder gezet worden en moet bovenal tot resultaten leiden. Samen met de collega bevoegd voor het woonbeleid zullen we een oplijsting maken van alle raakdossiers, op basis waarvan een concreet afspraken traject kan bepaald worden. Uiteraard zullen we hierbij ook rekening houden met de beleidsaanbevelingen van de werkgroep over de begeleiding van sociale huurders en een efficiënt en effectief doelgroepenbeleid. We verwachten dat de werkgroep bijkomend beide moties van aanbeveling van het Vlaams parlement inzake wonen en zorg als uitgangspunt neemt voor haar werkzaamheden en van daaruit tot concrete en hanteerbare beleidsadviezen komt. We zijn in dit verband alvast bereid om mee te werken aan een “regelgevingsluwte” die experimenten mogelijk maakt, vooral met betrekking tot de woonzorgsector op het terrein.

In de vorige legislatuur is het aantal plaatsen Beschermd Wonen sterk toegenomen en zijn er enkele projecten geïntegreerd wonen voor personen met een handicap opgestart. We zorgen ervoor dat deze woon- en begeleidingsformules fors kunnen toenemen. We rekenen er op dat de woonprojecten in belangrijke mate kunnen gerealiseerd worden in samenwerking met de sociale huisvestingsmaatschappijen en de sociale verhuurkantoren.

Ook in het kader van de thuislozenzorg dringt een verdere samenwerking met het beleidsdomein Wonen zich op. De doorstroming van thuislozen van opvangcentra naar sociale woningen is erg beperkt. We willen dan ook werk maken van een samenwerkingsprotocol met het beleidsdomein Wonen om de uitstroom van thuislozen uit de opvangcentra te vergroten.

Bij de uitvoering van het woonzorgdecreet ligt een belangrijke uitdaging in de realisatie van de assistentiewoningen. Ook hier is het belangrijk dat de kerncompetenties van elkeen gerespecteerd en optimaal aangewend worden. De interactie tussen de bouw- en huisvestingssector en de welzijnssector, waarbij wonen/bouwen en zorg telkens door de meest geschikte partner wordt ingevuld, kan leiden tot betere resultaten.

Ook woningaanpassingen voor thuisverblijvende zorgbehoevenden en het aanpasbaar bouwen zijn thema's die in het overleg aan bod moeten komen.

Samenwerking tussen Werk, Sociale Economie en Welzijn

Inzake de tewerkstelling van personen met een hulp- of zorgvraag is er nood aan een duidelijk afsprakenkader. Hierbij dienen zowel Welzijn als Werk en Sociale Economie hun verantwoordelijkheid op te nemen.

De VDAB stelde de voorbije jaren vast dat mensen met een medische, mentale, psychische of psychiatrische problematiek amper een job vinden ondanks het volgen van de klassieke arbeidstrajectbegeleiding. In dit kader willen we de mogelijkheden onderzoeken voor initiatieven rond arbeidszorg voor (ex-) psychiatrische patiënten voor wie tewerkstelling in het normaal economisch circuit te hoog gegrepen is. Eveneens kan een systematische samenwerking tussen VDAB en OCMW hier zorgen voor een betere doorstroming van leefloners naar de arbeidsmarkt.

Werkzoekenden die ver van de arbeidsmarkt staan, ondermeer voor deze mensen maar ook voor mensen die in armoede leven, hebben niet enkel nood aan trajectbegeleiding maar ook aan activeringsbegeleiding, die een deel zorg omvat.

Als betaalde arbeid niet mogelijk blijkt, moet gekeken worden of er 'overdrachten' mogelijk zijn naar activiteiten met een aangepast vervangingsinkomen. Dit veronderstelt een nieuw beleidskader, onder meer rond arbeidszorg, en goede afspraken tussen werk, sociale economie en welzijn, en dit zowel op lokaal, regionaal als federaal niveau.

In overleg met de minister van Sociale Economie zullen we in het kader van de lokale diensteneconomie nagaan hoe we de bestaande klaverbladen kunnen verfijnen en uitbreiden.

De nauwe link tussen Onderwijs en Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

De taakafbakening tussen sommige beroepsprofielen, zoals verzorgenden, zorgkundigen, gebrevetteerde verpleegkundigen en bachelor verpleegkundigen is vaak een grijze zone. Alle zorgsectoren hebben nood aan hoger opgeleide verpleegkundigen. De stijgende complexiteit van de zorg en de correlatie tussen het opleidingsniveau van de verpleegkundige en de kwaliteit van de zorg zijn daarvoor de belangrijkste argumenten.

Het werkveld is zelf aan zet om beroepscompetentieprofielen te ontwikkelen ten behoeve van het onderwijs. Hierbij vinden we het wenselijk een onderscheid te maken tussen verpleegkunde en verzorging, algemene en specifieke competenties, verbreding en verdieping. Er moet ook een plaats zijn voor elders verworven competenties. Zo niet zullen we er niet in slagen een passend antwoord te bieden op het complexe palet aan zorgbehoeften. Tevens is het belangrijk dat de verschillende verpleegkundige en zorgopleidingen hierin hun plaats krijgen, zodat de huidige en de toekomstige beoefenaars van een zorgberoep een toekomstperspectief blijven behouden in het brede palet van zorg.

Samen met de collega bevoegd voor Onderwijs en Vorming willen we de rol van de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) verduidelijken met betrekking tot het ondersteunen van de school, de leerlingen en hun ouders op vlak van ontwikkeling, welzijns- en gezondheidsbevordering en ziektepreventie, met inbegrip van vroegdetectie, vroegbegeleiding en doorverwijzing. In dit kader zullen we dan ook met speciale aandacht het pas opgestarte project van preventiecoaches geestelijk

gezondheidsbeleid in de secundaire scholen, waarin intensief wordt samengewerkt tussen de onderwijsnetten, de CLB's en de LOGO's, opvolgen.

De CLB's blijven voor ons belangrijke partners in het gezondheidsbeleid naar schoolgaande kinderen en jongeren. Ook hun welzijnsopdrachten blijven belangrijk.

Cruciaal element is onder meer de betrokkenheid en rol van het CLB in het kader van de integrale jeugdhulpverlening.

Ook de rol van de CLB's als multidisciplinair team in het licht van de diagnose- en indicatiestelling voor personen met een handicap dient in overleg met de sector geëvalueerd en desgevallend bijgestuurd te worden.

In dit licht willen we ook de intentieverklaring inzake de bijdrage aan de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen met de collega van Onderwijs en Jeugd hernieuwen. Vooral inzake middelengebruik, gezonde voeding en meer beweging, vaccinaties en preventie van suïcide en depressie is dit een relevant kader voor samenwerking.

Inzake het hulpmiddelenbeleid in het leerplicht- en hoger onderwijs is verdere afstemming vereist tussen de beleidsdomeinen WVG en Onderwijs.

Inzake de werking van de doventolken is er een duidelijke samenhang nodig tussen de beleidsdomeinen Onderwijs, Werk en Welzijn. Via een gemengde werkgroep kunnen we een antwoord bieden op de terechte bekommernissen inzake de verbreding en verdieping van de bijstand van tolken aan dove en gehoorgestoorde personen.

Conform het regeerakkoord zal overleg dienen opgestart te worden tussen Onderwijs en Welzijn inzake de positie van de internaten. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen de internaten van het gewoon onderwijs, waar de bevoegdheid van de minister van Onderwijs ontegensprekelijk is, en de internaten van het buitengewoon onderwijs. Een decretale regeling dringt zich op tijdens deze legislatuur met als mogelijke uitgangspunten een uniforme kwaliteits- en financieringsregeling.

Ook inzake leezorg willen we verder actief en constructief participeren aan de decretale regelingen die de collega bevoegd voor Onderwijs zal uitwerken. We pleiten dan ook voor een sterke samenwerking en afstemming tussen CLB's, scholen en de door VAPH erkende diensten en voorzieningen voor kinderen en jongeren met een handicap, die allen zonder uitzondering ook kleuters en leerlingen zijn van het kleuter, lager en secundair onderwijs.

Mobiliteit en WVG

Het vervoer van gebruikers van en naar voorzieningen is niet voor alle sectoren goed geregeld. Dit vergt dus zeker een samenspraak met de collega bevoegd voor Mobiliteit. We denken hierbij onder meer aan het vervoer van ouderen en personen met een handicap. Een concreet probleem dossier is het leerlingenvervoer van (ex)BUSO-leerlingen. Ook voor de diensten voor aangepast vervoer moet een degelijke regeling uitgewerkt worden.

Gelijke Kansen

Het Gelijke Kansenbeleid moet gestoeld zijn op een heldere bevoegdheidsverdeling tussen WVG en de Vlaamse minister van Gelijke Kansen.

Specifiek ten aanzien van personen met een handicap speelt het VAPH zijn noodzakelijke rol in het Gelijke Kansenbeleid voor zijn doelgroep. Dit komt onder meer tot uiting in het rapporteringscomité dat in het licht van de VN-conventie dient opgericht te worden en waarvoor het VAPH de aangewezen contactorganisatie is.

Ruimere samenwerking

Om aan de stijgende vraag naar kwalitatieve buitenschoolse kinderopvang en opvang tijdens de vakanties te kunnen voldoen, zullen we samenwerken met de collega's bevoegd voor Onderwijs, Cultuur, Jeugd en Sport. Het nieuwe organisatiemodel met nest- en webfunctie, aangeboden in een partnerschap van verschillende actoren (cfr. ook het Brede School-concept), zullen we samen met de kwaliteitsvereisten vastleggen in het regelgevend kader voor de buitenschoolse kinderopvang.

Het waarborgen van de rechten van de burgers, jong en oud, is een essentiële opdracht voor alle beleidsdomeinen binnen de Vlaamse overheid. Dat geldt bij uitstek voor het vrijwaren van de rechten van het kind. Onder aansturing van de coördinerend minister Kinderrechten zullen we aan dit beleidsdomeinoverschrijdende proces deelnemen. We doen dat vanuit het netwerk van aanspreekpunten kinderrechten die in elk agentschap de beleidsaandacht voor kinderrechten uitdragen. We verwachten dat dit netwerk, vanuit de specifieke invalshoek van ons beleidsdomein, input levert voor het Vlaams Jeugdbeleidsplan, de werkzaamheden van de Nationale Commissie Kinderrechten en dat het zijn medewerking verleent aan het Belgische rapport voor het Comité voor de Rechten van het Kind.

Tot slot willen we de samenwerking tussen de verschillende beleidsdomeinen op het vlak van de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en geïnterneerden verankeren en versterken tegen 2012. Het strategisch plan dat werd uitgewerkt om een degelijk aanbod van hulpverlening, vorming, beroepsopleiding, onderwijs, cultuur, sport en ontspanning aan gedetineerden aan te bieden, wordt momenteel uitgebreid naar alle gevangenissen in Vlaanderen en Brussel. Nu de pilootfase voorbij is, is het belangrijk dat we de werkingsbeginselen, de onderscheiden samenwerking en de coördinatie decretaal gaan verankeren en dit tegen 2010.

OD 6.4: We maximaliseren het Vlaamse welzijns-, gezondheids- en gezinsbeleid binnen de bestaande staatsstructuur en plegen overleg met de federale overheid om zo tot een maximaal efficiënte beleidsaanpak te komen.

Met de federale overheid zullen we zowel in de interministeriële conferentie Volksgezondheid als in de interministeriële conferentie Welzijn, Sport en Gezin (deel Personen met een Handicap) en de interministeriële conferentie Handhavingsbeleid duidelijke afspraken maken binnen de toegekende bevoegdheden. Hiermee willen we de meest efficiënte aanwending van overheidsmiddelen realiseren. Zo zullen we onder meer een samenwerkingsakkoord en een wijziging van de Statistiekwet nastreven die moet toelaten dat het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid kan blijven verder gaan met het verzamelen, verwerken, analyseren en publiceren van gezondheidsgegevens.

We zullen ook aandringen op een herziening van het verouderde federale normenkader waaraan onze zorginstellingen onderworpen zijn binnen een daartoe op te richten werkgroep van de interministeriële conferentie. Indien door tekortkomingen van het federale normenkader situaties dreigen die aanleiding kunnen geven tot een minderwaardige kwaliteit van zorg, zullen we aan de Vlaamse Regering voorstellen om haar bevoegdheid te benutten om aanvullende normen uit te vaardigen.

Met het oog op een goede samenwerking tussen Welzijn en Justitie en een goede uitbouw van de dienst- en hulpverlening aan jongeren die een als misdrijf omschreven feit pleegden, evalueren en actualiseren we op korte termijn het samenwerkingsakkoord van 30 april 2002 'betreffende het gesloten centrum voor voorlopige plaatsing van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd' en stellen we een samenwerkingsakkoord met Justitie op voor het federaal detentiecentrum te Tongeren.

Meer globaal gaan we na hoe we de veelheid van raakvlakken en afspraken tussen ons beleidsdomein en Justitie kan vatten in een globaal raamakkoord. We denken dan onder meer aan de hulpverlening aan gedetineerden en geïnterneerden en aan de hulpverlening aan niet-begeleide minderjarigen,

slachtofferzorg, begeleiding en behandeling van seksuele delinquenten, herstelbemiddeling, neutrale bezoekenruimtes en alternatieve gerechtelijke maatregelen. We volgen de ontwikkelingen op over de nieuwe familierechtbank en meer bepaald de gevolgen voor de positie van kinderen en jongeren in rechtszaken.

In kader van de individuele materiële bijstand (IMB) aan personen met een handicap zetten we ons in om de rolstoelproblematiek met het RIZIV op te lossen, wat onder meer betekent duidelijke richtlijnen en efficiënte toewijzingsprocedures voor de gebruikers.

De Vlaamse Regering wil de band met Brussel versterken. Voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is de Vlaamse Gemeenschapscommissie en meer bepaald het collegelid bevoegd voor Welzijn, Gezondheid en Gezin mijn prioritaire partner. Samen met de collega's van de Vlaamse Regering waken we erover dat de Brusselnorm behouden blijft. Tevens zullen we erover waken dat de Brusseltoets steeds consequent wordt toegepast voor het invoeren van nieuwe beleidsinitiatieven. Waar nodig worden specifieke Brusselparagrafen ingelast in de regelgeving en worden bepaalde voorafnames in de middelen voorzien om een aangepast beleid te ontwikkelen, in overleg of via de Vlaamse Gemeenschapscommissie. In de komende legislatuur zullen we duidelijkheid moeten scheppen over de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschapscommissie in Brussel; het voeren van een kerntakendebat lijkt ons dan ook een noodzaak. Bovendien willen we bijdragen tot minder versnippering en meer bundeling van krachten van het Vlaams-Brusselse welzijns- en gezondheidsveld.

Tot slot zijn we steeds bereid om samen met de collega bevoegd voor Brussel, overleg te plegen met de andere overheden die in Brussel het welzijns- en gezondheidslandschap mee vorm geven, zijnde de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en de Franse Gemeenschapscommissie.

We zullen ook nagaan of de verwerking van epidemiologische, statistische of infectiologische gegevens door Vlaamse expertisecentra een meerwaarde kan bieden voor de sector of voor het beleid.

OD 6.5: We situeren de Vlaamse welzijnssector in Europees verband en volgen het Europese zorgbeleid proactief op om ons sterk te positioneren op Europees niveau.

We zullen ons beleid oriënteren op de internationale evoluties en voorbeelden van goede praktijk. We benutten het Belgisch EU-voorzitterschap in 2010 om een aantal prioriteiten en verwezenlijkingen in het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid als 'goede praktijken' naar buiten te brengen. Het Europees Jaar 2010 van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting en het Europees Jaar 2011 van het vrijwilligerswerk raken rechtstreeks aan de bevoegdheden van het beleidsdomein.

Het is ook belangrijk om de mogelijke impact van Europese regelgeving op het Vlaamse beleid tijdig in te schatten en proactief op te volgen. We besteden ook aandacht aan de (mogelijkheden van) Europese programma's en projectwerking.

We maximaliseren onze interregionale samenwerking, ondermeer door een actief engagement in Euregha, een netwerk van Europese regio's met bevoegdheden inzake gezondheidszorg, waarvan Vlaanderen vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid het voorzitterschap opneemt. Ondermeer om de uitwisseling van kennis en ervaring op allerlei vlakken in de praktijk te brengen, verstevigt Vlaanderen de samenwerking met Europese en andere regio's met grote autonomie. We streven daarbij naar een verhoogde en actieve aanwezigheid van Vlaanderen in de internationale organisaties die van belang zijn voor Vlaanderen. De nadruk moet hierbij liggen op deze organisaties en initiatieven waar Vlaanderen zich ook als regio kan profileren (Euregha, Regions for Health Network), en die inhoudelijk het meest aansluiten bij de beleidsprioriteiten, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, de Raad van Europa en de Verenigde Naties (VN).

Het VAPH blijft actief als overleg- en doorgeefplatform inzake het beleid voor personen met een handicap in Europees en internationaal perspectief.

De diverse samenwerkingsakkoorden tussen de federale staat en gemeenschappen en gewesten worden waar nodig geactualiseerd en bijgestuurd om deze aan te passen aan de institutionele hervormingen in Europees en Belgisch verband.

OD 6.6: We willen het middenveld, de academische wereld en de gebruikers nauw betrekken bij beleidsvoorbereiding en –evaluatie om zo tot een gedragen welzijns- en gezondheidsbeleid te komen.

Doorheen de hele beleidsnota hebben we regelmatig de consultatie van het middenveld vermeld. Een loutere vermelding van het middenveld volstaat echter niet. Als sluitstuk van deze beleidsnota willen we dan ook het belang van onze partners onderstrepen.

We geloven in de kracht van het middenveld. Zij hebben immers de vinger aan de pols van onze samenleving. Nieuwe ontwikkelingen en nieuwe visies groeien vaak van onderuit. Het is veelal aan de basis dat nieuwe oplossingen voor bestaande problemen hun oorsprong kennen.

Er is dan ook een belangrijke taak voor het middenveld weggelegd in het beleidsvoorbereidend en –evaluerend werk. We zullen het middenveld op regelmatige basis horen en consulteren, in eerste instantie via de daarvoor voorziene fora zoals de strategische adviesraad.

Jo VANDEURZEN,
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

BIJLAGE: REGELGEVINGSAGENDA

Titel van het initiatief	Fase/actie	Samenvatting beleidsdoelstellingen	Werkwijze	Timing
Basisdecreet sociale bescherming	Ontwikkeling	<i>Vernieuwen van de sociale bescherming van de Vlamingen om zo hun grondrechten beter te kunnen waarborgen.</i> Dit basisdecreet schept, als de kern van een beleidsaanpak die de sociale grondrechten maximaal en consistent waarborgt, een gemeenschappelijk kader voor de verschillende vormen van sociale bescherming en omvat o.a. volgende onderdelen: • de bestaande zorgverzekering; • een systeem van maximumfactuur in de thuiszorg; • een Vlaamse hospitalisatieverzekering; • een nieuwe regeling voor de ondersteuning van kinderen; • een nieuw systeem van begrenzing van de kosten in de residentiële ouderenzorg.	Voeren van een stapsgewijs proces dat toevertrouwd wordt aan een gemengde stuurgroep onder voorzitterschap van de secretaris-generaal van het departement WVG. Vijf werkgroepen (cf. samenvatting beleidsdoelstellingen) zullen gericht de decretale bepalingen voorbereiden.	Streefdoel: eerste luik tegen eind 2010.
Kaderdecreet voorschoolse kinderopvang	Ontwikkeling	<i>Investeren in het aanbod en de structuur van de kinderopvang zodat deze haar sociale, economische en pedagogische functie maximaal kan waar maken.</i> Dit kaderdecreet zal o.a. • een koppeling maken tussen de nataliteit en de daaruit voortvloeiende nood aan kinderopvang • de basis leggen voor de vereiste vergunningsvoorwaarden	Uitwerken van decreet in ruim overleg met de gebruikers en de sector.	Voorbereiding: 2010 Finalisatie: 2011

		de maatschappelijke opdracht en de concrete organisatie van de kinderopvang vastleggen.			
Decreet interlandelijke adoptie	Ontwikkeling	<i>Professionaliseren van de adoptieprocedure vanuit het prioritaire oogpunt van het belang van het kind.</i> Aanpakken van de adoptie in een sterk veranderde en veranderende internationale context en de daarmee verbonden problematiek.	Organiseren van een Staten-Generaal over adoptie die moet resulteren in het formuleren van beleidsantwoorden op de huidige problemen en zo krachtlijnen bieden voor een toekomstig beleid.	Staten-Generaal: 2010.	
Decreet binnenlandse adoptie	Ontwikkeling	<i>Professionaliseren van de adoptieprocedure vanuit het prioritaire oogpunt van het belang van het kind.</i> Het decreet zal een duidelijke taakomschrijving en subsidieregeling omvatten alsook de voorwaarden voor een goede adoptiebemiddeling.	Na analyse van de situatie en in overleg met de stakeholders.		
Decreet pleegzorg	Ontwikkeling	<i>Investeren in uitbreiding, innovatie en afstemming binnen een integrale aanpak om zo de minderjarige hulp te kunnen bieden die aansluit bij zijn noden.</i> Intersectorale harmonisering en optimalisering van deze zorgvorm.	Onder coördinatie van het departement, overleg tussen de betrokken agentschappen.	Vorbereiding: 2009 Finalisatie: 2012	
Decreet CIG	Ontwikkeling	<i>Zorgen voor een decretale verankering van de missie en de kernopdrachten van de vrouwenscena en de CIG.</i>	Uitwerken van een decreet in overleg met de sector.		
Woonzorgdecreet	Uitvoering	<i>Investeren in een toereikend zorg- en gezondheidsaanbod om zo ook in deze sector maximaal zorg op maat te kunnen aanbieden.</i> Focussen op de mogelijkheden voor ouderen en zorgbehoevenden om zo lang mogelijk	Uitwerken van vernieuwende concepten zoals de assistentiewoningen en het woonzorgnetwerk.		
			Bijsturen van de programmatie op		

		thuis te wonen. Aanpassen van de programmatie voor de nieuwe of gewijzigde zorgvormen als instrument voor de betere spreiding van het zorgaanbod.	basis van meer verfijnde parameters of aangepaste wegingsfactoren voor bepaalde leeftijdsgroepen en met aandacht voor equivalentieregels die toelaten een over- of onderaanbod van bepaalde woonzorgvoorzieningen in specifieke regio's te compenseren. Uitwerken van een specifieke programmatie voor de thuis- en ouderenzorg in de Vlaamse rand.	
Decreet ouderenparticipatie	Wijziging	<i>Realiseren van een toegankelijke en beschikbare dienstverlening op maat vereist een gerichte beleidsaanpak voor specifieke doelgroepen om zo rechtsreeks te kunnen ingrijpen op de facetten eigen aan hun leefsituatie en zorgmoden.</i> Stimulansen creëren om lokaal vorm te geven aan de participatie van ouderen aan het beleid.		
Kwaliteitsdecreet	Uitvoering	<i>Uitwerken van een concrete beleidsaanpak om de voorzieningen zo te stimuleren de kwaliteit van hun aanbod te verbeteren.</i> Uitvoeren van het geharmoniseerde decreet.	Sectorale uitvoeringsbesluiten ter goedkeuring voorleggen aan de Regering, rekening houdend met de specifieke kenmerken van elke sector.	2009-2014
Decreet VIPA	Wijziging	<i>Uitbouwen van een toegankelijke zorginfrastructuur om zo de bereikbaarheid van het aanbod voor de gebruiker te optimaliseren.</i> Deze decreetwijziging wil een aantal elementen faciliteren o.a. • subsidiëring van projecten • prefinanciering van		2009

		• woonzorgvoorzieningen moduleren van waarborgregeling voor woonzorgcentra.		
Decreet platform voor welzijns- en gezondheidsinformatie	Ontwikkeling	<i>Investeren in een verbeterd(e) elektronische registratie, gegevensverzameling en gegevensuitwisseling om zo de werkprocessen efficiënter te laten verlopen en ook om beleidsmatig een beter zicht te krijgen op vraag- en aanbodevoluities.</i> Uitwerken van een sluitend en werkbaar kader voor uitwisseling van gezondheids- en welzijnsinformatie om de momenteel bestaande chaotische diversiteit in de opslag en doorstroming van gegevens te kunnen opheffen.	Goedgekeurd door de Vlaamse Regering, doorloopt momenteel de adviesronde. Onder meer op vlak van de privacywetgeving is bijsturing vereist.	2010
Vrijwilligersdecreet	Uitvoering	<i>Versterken van het vrijwilligerswerk om zo vorm te geven aan een zorgzame en participatieve samenleving.</i>		2009
OCMW-decreet	Bespreking met collega-minister van Binnenlands Bestuur	<i>Inzetten op reguleringsmanagement om zo gericht bij te dragen tot efficiëntie en effectiviteit in het optreden van zowel de administratie als de voorzieningen op het terrein.</i> Wijzigingen voorstellen en bespreken om de samenwerkings- en verzelfstandigingsmogelijkheden van openbare voorzieningen in de zorgsector te verruimen.		
Decretale basis voor de erkenning & subsidiëring van palliatieve netwerken	Actualisatie	<i>Investeren in een toereikend zorg- en gezondheidsaanbod om zo ook in deze sector maximaal zorg op maat te kunnen aanbieden.</i> Maatregelen voorzien om zo lang mogelijk		

Decretale verankering werking van vertrouwenscentra kindermishandeling	Ontwikkeling	zelfstandig thuis te blijven. <i>Realiseren van een toegankelijke en beschikbare dienstverlening op maat vereist een gerichte beleidsaanpak voor specifieke doelgroepen om zo rechtsreeks te kunnen ingrijpen op de facetten eigen aan hun leefsituatie en zorgnoden.</i> Zorgen voor een correcte positionering binnen het welzijns- en gezondheidslandschap alsook definiëren van kernopdrachten en kernprocessen.		
Decretale verankering hulp- en dienstverlening aan gedetineerden	Ontwikkeling	<i>Realiseren van een toegankelijke en beschikbare dienstverlening op maat vereist een gerichte beleidsaanpak voor specifieke doelgroepen om zo rechtsreeks te kunnen ingrijpen op de facetten eigen aan hun leefsituatie en zorgnoden.</i> Verankering van de werkingsbeginselen, de samenwerkingsafspraken en de coördinatie.	Verankering op basis van een grondige evaluatie, in overleg met alle actoren die betrokken zijn bij de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden.	
Decretale regeling positie internaten	Samenwerking met collega- minister van Onderwijs	<i>Synergieën tot stand brengen tussen de verschillende beleidsdomeinen om zo de oplossingen aan te reiken voor de problemen in onze maatschappij die een stijgende complexiteit kennen.</i> Belangrijkste uitgangspunten: een uniforme kwaliteits- en financieringsregeling.		
Decretale regeling leerzorg	Samenwerking met collega- minister van Onderwijs	<i>Synergieën tot stand brengen tussen de verschillende beleidsdomeinen om zo de oplossingen aan te reiken voor de problemen in onze maatschappij die een stijgende complexiteit kennen.</i>	Samenwerking en afstemming tussen CLB's, scholen en de door VAPH erkende diensten en voorzieningen voor kinderen en jongeren met een handicap.	