



Bijdrage Vlaamse administratie  
aan het regeerprogramma  
van de aantredende Vlaamse regering

Deel 6

**Welzijn en Volksgezondheid**

# Inhoudstafel

## Deel 1 – Omgevingsanalyse

|         |                                                                 |    |
|---------|-----------------------------------------------------------------|----|
| 1.1     | waarover gaat deze omgevingsanalyse?                            | 5  |
| 1.2     | sociaal-culturele ontwikkelingen                                | 5  |
| 1.2.1   | <i>zelf kiezen?</i>                                             | 5  |
| 1.2.2   | <i>de mondige klant</i>                                         | 7  |
| 1.2.3   | <i>kiezen voor onafhankelijkheid</i>                            | 7  |
| 1.3     | sociaal-demografische ontwikkelingen                            | 7  |
| 1.3.1   | <i>vergrijzing en ontgroening</i>                               | 7  |
| 1.3.1.1 | kloof tussen vraag en aanbod                                    | 7  |
| 1.3.1.2 | zorg voor ouderen                                               | 8  |
| 1.3.1.3 | zorg voor mensen met een handicap                               | 9  |
| 1.3.1.4 | allochtone ouderen                                              | 9  |
| 1.3.1.5 | jeugdzorg                                                       | 8  |
| 1.3.2   | <i>verschillende gezinsstructuren</i>                           | 9  |
| 1.3.3   | <i>nieuwkomers</i>                                              | 9  |
| 1.4     | sociaal-economische ontwikkelingen                              | 10 |
| 1.4.1   | <i>conjunctuur speelt beslissende rol</i>                       | 10 |
| 1.4.1.1 | meer en langer werken                                           | 10 |
| 1.4.1.2 | onzekerheid over budget                                         | 10 |
| 1.4.2   | <i>gezondheid en milieu</i>                                     | 11 |
| 1.4.3   | <i>armoede</i>                                                  | 11 |
| 1.4.4   | <i>verhouding social profit – commerciële sector – gezinnen</i> | 11 |
| 1.4.5   | <i>infrastructuur</i>                                           | 11 |
| 1.5     | ontwikkelingen in management en bestuur                         | 12 |
| 1.5.1   | <i>geografische kijk op planning</i>                            | 12 |
| 1.5.2   | <i>normalisering</i>                                            | 13 |
| 1.5.3   | <i>geïntegreerd perspectief</i>                                 | 13 |
| 1.5.4   | <i>beleid gestoeld op kennis</i>                                | 13 |

## Deel 2 – voorstellen en ideeën

|     |                                                                               |    |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1 | hrm-beleid: competenties van mensen, aangepaste bezoldiging, expertenloopbaan | 14 |
| 2.2 | gegevensuitwisseling                                                          | 14 |
| 2.3 | nood aan investeringen in infrastructuur                                      | 15 |

|          |                                                                                                                                                                                                                                           |    |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.4      | subsiëring aanpassen na onderzoek naar kostenstructuren .....                                                                                                                                                                             | 15 |
| 2.5      | lokaal sociaal beleid .....                                                                                                                                                                                                               | 15 |
| 2.6      | integrale jeugdzorg .....                                                                                                                                                                                                                 | 16 |
| 2.6.1    | <i>integrale jeugdhulp</i> .....                                                                                                                                                                                                          | 16 |
| 2.6.2    | <i>preventief handelen</i> .....                                                                                                                                                                                                          | 16 |
| 2.6.3    | <i>coördinatie van zorgvormen</i> .....                                                                                                                                                                                                   | 17 |
| 2.7      | gezondheidszorg .....                                                                                                                                                                                                                     | 17 |
| 2.7.1    | <i>actualisering en uitvoering gezondheidsdoelstellingen met nadruk op preventiestrategieën die leiden tot gezondheidswinst</i> .....                                                                                                     | 17 |
| 2.7.2    | <i>gelijke mogelijkheden voor het beheer van openbare en privé- (non-profit) voorzieningen door een eenvormig statuut</i> .....                                                                                                           | 18 |
| 2.7.3    | <i>de vlaamse overheid stuurt het zorgaanbod in de curatieve gezondheidsvoorzieningen aan in functie van de behoeften van de bevolking, met het oog op geografische en financiële toegankelijkheid en het zorg-op-maat principe</i> ..... | 18 |
| 2.8      | kind en gezin .....                                                                                                                                                                                                                       | 19 |
| 2.8.1    | <i>kinderopvang: kwantiteit uitbreiden, kwaliteit en toegankelijkheid bevorderen</i> .....                                                                                                                                                | 19 |
| 2.8.1.1  | bijkomende plaatsen realiseren voor kinderen jonger dan drie jaar in die regio's die de minimumnorm van 33% opvangplaatsen niet halen....                                                                                                 | 19 |
| 2.8.1.2  | het aantal kwalitatieve plaatsen voor buitenschoolse opvang uitbreiden                                                                                                                                                                    | 19 |
| 2.8.1.3  | de zelfstandige kinderopvangsector versterken .....                                                                                                                                                                                       | 20 |
| 2.8.1.4  | de toegankelijkheid van de kinderopvangvoorzieningen verhogen .....                                                                                                                                                                       | 20 |
| 2.8.2    | <i>preventie in de ruime zin (kindermishandeling inbegrepen)</i> .....                                                                                                                                                                    | 20 |
| 2.8.2.1  | netwerken opzetten voor opvoedingsondersteuning .....                                                                                                                                                                                     | 20 |
| 2.8.2.2  | sensibilisering rond en detectie van kindermishandeling .....                                                                                                                                                                             | 21 |
| 2.8.2.3  | nieuwe preventieve methodieken en onderzoekstechnieken: visusscreening .....                                                                                                                                                              | 21 |
| 2.9      | vlaams fonds voor de sociale integratie van personen met een handicap .....                                                                                                                                                               | 21 |
| 2.10     | gezin en maatschappelijk welzijn .....                                                                                                                                                                                                    | 22 |
| 2.10.1   | <i>de zorgverzekering</i> .....                                                                                                                                                                                                           | 22 |
| 2.10.1.1 | tijd voor een grondige evaluatie van de doeltreffendheid .....                                                                                                                                                                            | 23 |
| 2.10.1.2 | ... en van de doelmatigheid van het uitgewerkte systeem .....                                                                                                                                                                             | 23 |
| 2.10.1.3 | ... en van de financiering van de zorgverzekering .....                                                                                                                                                                                   | 23 |
| 2.10.2   | <i>jongerenwelzijn</i> .....                                                                                                                                                                                                              | 23 |
| 2.10.2.1 | hulpverlening voor jongvolwassenen verruimen .....                                                                                                                                                                                        | 23 |

|                                                                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.10.2.2 ruimte voor zorg op maat.....                                                                                                  | 24        |
| 2.10.2.3 gevolgen wijziging federale wet jeugdbescherming.....                                                                          | 24        |
| <i>2.10.3 ouderen- en thuiszorg.....</i>                                                                                                | <i>24</i> |
| 2.10.3.1 nieuwe programmatie voor thuiszorgvoorzieningen.....                                                                           | 24        |
| 2.10.3.2 enveloppenfinanciering in gezinszorg .....                                                                                     | 25        |
| 2.10.3.3 integratie opleidingscentra polyvalent verzorgenden in<br>volwassenenonderwijs voor sociale promotie.....                      | 25        |
| 2.10.3.4 uitbouw meldpunten ouderenmisbehandeling.....                                                                                  | 25        |
| 2.10.3.5 uitbouw van een thuiszorgfoon (infolijn) .....                                                                                 | 26        |
| <i>2.10.4 vernieuwde opdracht autonome centra voor algemeen welzijnswerk .....</i>                                                      | <i>26</i> |
| 2.10.4.1 programmatie eerstelijns welzijnswerk objectiveren.....                                                                        | 26        |
| 2.10.4.2 kansarmoede terugdringen .....                                                                                                 | 26        |
| 2.10.4.3 begeleid wonen en zorgwonen .....                                                                                              | 26        |
| 2.10.4.4 uitbouw schuldbemiddeling .....                                                                                                | 27        |
| 2.10.4.5 aanvaardbare afspraken stimuleren tussen uit elkaar gaande partners..                                                          | 27        |
| <i>2.10.5 geweld, onveiligheid en criminaliteit bestrijden met sociale aansluiting .....</i>                                            | <i>27</i> |
| <i>2.10.6 etnisch-culturele minderheden.....</i>                                                                                        | <i>28</i> |
| 2.10.6.1 samenleven in diversiteit.....                                                                                                 | 28        |
| 2.10.6.2 het strategisch plan vlaams minderhedenbeleid ‘samenleven in<br>diversiteit’ ingekleurd vanuit het beleidsdomein welzijn ..... | 28        |
| 2.10.6.3 onthaal van nieuwkomers.....                                                                                                   | 29        |
| Bijlage 1 – beleidsdomein welzijn & volksgezondheid –<br>kenmerken van ontwikkelingen in de zorgvraag .....                             | 31        |
| Bijlage 2 – beleidsdomein welzijn & volksgezondheid –<br>managementsamenvatting voorstellen .....                                       | 37        |

# Deel 1 Omgevingsanalyse

## 1.1 Waarover gaat deze omgevingsanalyse?

Deze analyse stelt scherp op empirisch ondersteunde ontwikkelingen, zonder cijfers en grafieken in de tekst te brengen. Ze biedt geen systematisch overzicht van de zorgvraag of van recent beleid. Wel van bestaande processen en nieuwe trends. Eerst komen sociaal-culturele en sociaal-demografische ontwikkelingen in beeld: de volgende jaren geraken ze op kruissnelheid en worden ze in de zorgsector sterker voelbaar. Daarna gaat het over sociaal-economische ontwikkelingen en nieuwe accenten in het overheidsbeleid die op het zorgbeleid ingrijpen.

## 1.2 Sociaal-culturele ontwikkelingen

De wereld is ons dorp. In de twintigste eeuw verruimde onze leefwereld, maar nam ook de individualisering sterk toe.

Vandaag staat individualisme niet langer gelijk met egoïsme: het begrip kreeg een constructievere invulling. Jongeren kiezen nog altijd evenveel voor 'altruïstische' beroepen als verpleegkunde of maatschappelijk werk. Alleen in verzorgende beroepen zoals huishoudelijke thuishulp voor bejaarden ontstaat er stilaan een tekort. In voorzieningen die aan congregaties verbonden zijn, nemen leden steeds meer taken over. In alle leeftijdsgroepen steken eigentijdse vormen van gratis inzet en vrijwilligerswerk de kop op. Gezinsleden nemen zelf veel zorg op voor elkaar. Mantelzorg voor niet-huisgenoten ligt moeilijker.

Keuzevrijheid, mondigheid en zelfstandigheid worden aspecten van individualisering. Hun plaats in de hulpverlening is duidelijk voelbaar. Burgers informeren zich meer over therapeutische mogelijkheden en staan op kwaliteit en efficiëntie in de behandeling van hun klachten.

### 1.2.1 Zelf kiezen?

De Vlamingen van vandaag nemen hun eigen leven in de hand en kiezen zelf in welke richting het zich ontwikkelt. Kunnen kiezen verhoogt het gevoel van vrijheid en verantwoordelijkheid. Tegelijk valt het gewicht van fout gelopen situaties meer op de schouders van de kiezende individuen zelf. Daardoor wordt het vandaag moeilijker om structurele oorzaken van gezondheids- en welzijnsproblemen aan te wijzen en daar passend beleid voor te ontwikkelen.

In de zorgsector krijgt preventie een steeds centralere plaats:

- Vaccinatie tegen infectieziekten is een van de hoekstenen van een preventief gezondheidsbeleid. De resultaten hiervan zijn duidelijk voelbaar.
- Preventie betekent steeds meer: vroege diagnose en hulp.
- Preventiewerkers willen steeds meer individueel gedrag beïnvloeden. Deze trend houdt het gevaar in dat ze minder inspelen op structurele effecten van milieu, woon- en werkomstandigheden.

Vroege diagnoses zijn levensbelangrijk: elk jaar krijgt het Vlaamse **kankerregistratienetwerk** bijna dertigduizend nieuwe meldingen van kanker waaraan elk jaar drie mannen en twee vrouwen op duizend sterven. Borstkanker, baarmoederhalskanker, prostaatkanker, kanker aan de dikke darm en de endeldarm komen het meest voor.

Vaak is het eigen gedrag een belangrijke oorzaak van de problemen. Vormen van duidelijk **risicogedrag** zijn: te hard rijden, geen gordel dragen, zonder helm met de brommer rijden, spijbelen, gokken, riskant seksueel gedrag. Ook ongezonde eetgewoonten, roken, drugsgebruik, zelfmoord, agressie en criminaliteit hebben individuele oorzaken.

De uitdaging is een doeltreffend evenwicht te vinden tussen preventie en repressie, bijvoorbeeld door mechanismen van sociale controle in stand te houden.

Verder moeten we oog hebben voor de andere kant van de 'keuze'-medaille: er zijn mensen die geen enkel risico durven te nemen en die daardoor niet mee kunnen in de samenleving. Of mensen hebben niet de middelen om hun keuzes waar te maken: ze lopen grote schulden op of maken car-

rière in de criminaliteit. Sommige mensen zijn niet soepel genoeg om terug te komen op beslissingen, ook niet als die hen te gronde richten. En er zijn mensen die er niet in slagen om hun beslissingen in een ruimer perspectief te plaatsen, voor wie het onmiddellijke en het nabije al te ingewikkeld zijn. Zo ontstaan eigentijdse vormen van **kwetsbaarheid, sociale uitsluiting en sociaal niet duldbaar gedrag**.

**Drugsgebruik** is een duidelijk voorbeeld: in het secundair onderwijs gebruikte een op vier leerlingen ooit illegale drugs. Een op zeven gebruikt zelfs regelmatig.

Samen met risicogedrag komen er in onze samenleving steeds meer **verontrustende psychische problemen**. Artsen schrijven meer psychotrope geneesmiddelen voor. Een beleidsmatige analyse van ons **geneesmiddelengebruik** dringt zich op.

Alle preventiecampagnes konden niet verhinderen dat nog altijd een op vier Vlamingen rookt. De laatste tien jaar verminderde het aantal rokers niet noemenswaardig.

In Vlaanderen is bij mannen de afhankelijkheid van **alcohol** de eerste oorzaak van verlies van potentieel gezonde levensjaren door ziekte, invaliditeit of te jong sterven. Bij vrouwen is het de derde oorzaak.

Bij **seksuele gezondheid** lag het accent tot voor kort op aidspreventie. Daarnaast is het belangrijk om andere seksuele aandoeningen en tienerzwangerschappen te voorkomen.

Vlamingen eten niet gezond genoeg en bewegen te weinig. Toch verbetert gezond eten en bewegen de fysieke en mentale conditie. **Obesitas** dreigt: meer dan de helft van de mannen en meer dan eenderde van de vrouwen zit met overgewicht. Een op tien is echt zwaarlijvig.

Maar mensen richten niet alleen schade aan door de keuzes in hun eigen leven. Veel slachtoffers vallen door oorzaken van buitenaf.

De laatste tien jaar waren er minder **verkeersslachtoffers**, ook al nam de drukte op de wegen toe. Toch eist het verkeer nog elk jaar een zware tol. Dikwijls zijn de slachtoffers jonge mensen. Zestien procent wordt zwaar of dodelijk gekwetst. De overlevende gehandicapte slachtoffers vergroten de druk op onze zorgsamenleving.

In de **privé-sfeer** waren er de laatste tien jaar beduidend minder dodelijke ongelukken. Vooral voor bejaarden blijven ze toch een belangrijk probleem. Als mensen door een ongeval in de privé-sfeer om het leven komen, is dat meestal doordat ze ongelukkig vallen.

Steeds meer mensen worden **depressief**. Depressie werd maatschappelijk bespreekbaar, en ook dat leidde ertoe dat meer ziektebeelden het etiket 'depressie' krijgen. Toch is de toename van het aantal depressies een realiteit. Depressie, zelfmoordpoging en zelfdoding komen in Vlaanderen steeds meer voor, ook bij tieners.

Publiek en politiek worden steeds gevoeliger voor preventie en aanpak van **geweld, agressie en mishandeling**: in relaties tussen partners of tussen ouders en kinderen, in de hulpverlening, in het verkeer.

Meer en meer gezinnen kampen met schulden en afbetalingsmoeilijkheden. Soms glijden ze af naar armoede door een **problematisch consumptiepatroon** met een ongecontroleerde schuldenlast. De verdere individualisering hypothekeert de kansen van kinderen van generatiearmen om aan de armoede te ontsnappen.

Waar mensen vinden dat elke persoonlijke voorkeur moet kunnen, neemt de vraag naar zorg toe. Alle mogelijke alternatieven worden vanzelf een recht. De problemen die hieruit voortvloeien, zijn voor rekening van de samenleving. Zo verhoogt de druk op ons systeem van solidariteit. En er rijzen nieuwe morele vragen: hoeveel keuzevrijheid wil en kan onze samenleving dragen? Is de kindervens van ouders zo heilig dat we elke veel te vroeg geboren baby in leven moeten houden, ook als dat alleen maar leidt tot een maandenlange pijnlijke verpleging?

- De geneeskunde helpt vandaag veel koppels met vruchtbaarheidsproblemen. Dat geeft soms het – onterechte – beeld dat we vandaag iedereen kunnen helpen. Daardoor gaan mensen hun ongewenste kinderloosheid steeds minder aanvaarden, en komt het recht op ouderschap op de voorgrond.

### 1.2.2 De mondige klant

Er is niet alleen de individualisering. Mensen gaan ook langer naar school en komen in aanraking met meer media. Daardoor wordt het publiek **deskundiger, assertiever en mondiger**. Patiënten en cliënten gaan overal op zoek naar informatie en worden zo minder afhankelijk van hun hulpverlener. Voor die informatie worden pc en internet steeds meer onmisbaar, waardoor er een nieuw soort Mattheuseffect ontstaat. Alle actoren in de zorgrelatie moeten zich aanpassen aan de nieuwe mondigheid. Ook voor ouderen laveert het hulpverleningsproces tussen gelijkwaardigheid van de partners en autoriteit van de hulpverlener. De ‘mondige klant’ kent en gebruikt ook meer voorzieningen.

De mondige klant verwacht steeds meer van de zorg. Klantentevredenheid wint aan belangstelling. Voor de cliënt is de hoge kwaliteit van de dienstverlening een verworven recht, voor de subsidiërende overheid is het de norm. Gebruikers vinden het vanzelfsprekend om kritisch het aanbod te vergelijken met de kosten. Desnoods heroriënteren ze hun zorgvraag. En ze stappen vlugger naar de rechtbank als ze een fout vermoeden. Daardoor dreigen de welzijns- en de gezondheidszorg in marktdenken terecht te komen.

Het discours *over* kinderen vervingen we systematisch door een discours van of mét kinderen. Het werd vanzelfsprekend dat *jongeren* in hun voorzieningen **actief meedenken, meepraten en meebeslissen**. Het voorstel van statuut van de minderjarige in de jeugdhulpverlening sluit daarbij aan.

Ook de *oudere* moet uit zijn afhankelijke en passieve rol. ‘Actief ouder worden’, met inspraak in alle relevante levensdomeinen, is het parool.

Eenzelfde trend is voelbaar in de verruimde dialoog met verenigingen waar armen het woord nemen of met etnisch-culturele minderheden.

Er zit een keerzijde aan de toenemende individualisering, aan meer mondigheid en aan de plicht om zelf te kiezen: de groei in de **onzekerheid**. In een grote en meer transparante informatiestroom zitten vele waarheden tegelijk. Als leek hierin zelf kiezen, in de opvoeding bijvoorbeeld, is niet altijd eenvoudig.

### 1.2.3 Kiezen voor onafhankelijkheid

In een geïndividualiseerde samenleving krijgt kiezen voor zelfzorg voorrang. Zeker binnen de grenzen van het eigen gezin streven we zolang mogelijk naar onafhankelijkheid.

Deze voorkeur zien we al lang bij *ouderen*. Zo lang mogelijk thuis blijven is de norm én de praktijk: 85 procent van de 75-plussers woont in Vlaanderen nog altijd ‘thuis’. Dat stelt extra eisen aan de professionele thuiszorg. Toch blijven residentiële opnames nodig, zeker voor mensen die voor een langere tijd persoonlijke verzorging nodig hebben.

Sinds kort manifesteert deze voorkeur voor zelfzorg zich ook in de zorg voor personen met een *handicap*. Om die zorg te optimaliseren, komt er steeds meer ambulante zorg. En ook steeds meer mensen met een persoonsgebonden assistentiebudget (PAB) slagen erin om zélf hun assistentie te organiseren en te financieren.

De keerzijde van dit streven naar zelfredzaamheid: mensen proberen zoveel mogelijk te vermijden dat ze afhankelijk worden van anderen. Mensen zonder vaste verblijfplaats ontsnappen bovendien aan de solidariteitsmechanismen: ze betalen geen belastingen, maar zijn ook niet verzekerd. Vermoedelijk werden de relaties tussen generaties – maar ook binnen eenzelfde generatie – zwakker. Dat ondergraaft ons sociaal kapitaal, ons wederzijds gratis geven en nemen. Geïndividualiseerde woonpatronen werken die trend in de hand.

## 1.3 Sociaal-demografische ontwikkelingen

Met de vergrijzing hangen drie trends samen:

- De individualisering ligt mee aan de basis van het vruchtbaarheidsgedrag in de twintigste eeuw.
- De leefomstandigheden worden gezonder: minder hard werk, genoeg voeding, genoeg rust.

- Betere gezondheidszorg leidt tot een hogere levensverwachting.

Daarnaast leidt de keuzevrijheid in levensstijl tot meer verschillende **gezinsstructuren**. En ook de steeds grotere verscheidenheid in de **allochtone bevolking** heeft een impact op de zorgverlening.

### 1.3.1 Vergrijzing en ontgroening

De verwachte groei in zorgbehoeften maakt het nodig de opname- en begeleidingscapaciteit verder uit te bouwen.

#### 1.3.1.1 Kloof tussen vraag en aanbod

Vanaf 2020 wordt de **babyboomgeneratie** van na de oorlog 75 en ouder. Die ouderen gaan be-  
duidend meer aanspraak maken op thuiszorg en residentiële zorg. De bevolking leeft langer en  
blijft ook langer gezond. Toch komen er tegelijk meer zorgbehoevende ouderen. De kans op zorg-  
behoefendheid, bijvoorbeeld door dementie, stijgt exponentieel met de leeftijd.

Tot 2030 neemt de zorgnood systematisch toe, zowel kwantitatief als kwalitatief. Maar de demogra-  
fie laat zien dat de groep zorgverleners krimpt en ouder wordt. De vruchtbaarheid blijft ruim bene-  
den het niveau dat nodig is om de bevolking te vervangen. Ook op middellange termijn neemt het  
volume van potentiële verzorgers dus niet toe. Zo gaat **de kloof tussen vraag en aanbod in de  
zorg** zeker vergroten.

#### 1.3.1.2 Zorg voor ouderen

Hoe kan de professionele en de informele zorg effectief inspelen op de grotere vraag naar zorg?  
Dat wordt de uitdaging. Ouderen blijven graag thuis en willen hun eigen kinderen zo weinig moge-  
lijk hulp vragen: daardoor komt er vanzelf meer vraag naar professionele **thuiszorg**. Verhoudings-  
gewijs zijn er bij de oudste ouderen steeds meer mensen die samenwonen met een partner. Maar  
het steeds groter aantal ouderen maakt deze ‘winst’ weer ongedaan. De kost van hulp- en dienst-  
verlening aan huis loopt hoog op als mensen meer zorg nodig hebben. Het relatieve belang van ge-  
zondheidsrisico’s verschuift: vroeger vormden kraambed- en zuigelingensterfte grote uitdagingen;  
vandaag zijn vooral chronische aandoeningen de oorzaak van ziekte en sterfte.

#### 1.3.1.3 Zorg voor mensen met een handicap

De behoefte aan extra opvangcapaciteit in ambulante en in residentiële voorzieningen voor perso-  
nen met een handicap blijft toenemen. Er is meer instroom dan uitstroom.

Ook personen met een handicap leven nu langer en blijven dus langer in (semi-)residentiële voor-  
zieningen. Tegelijk is de uitstroom uit die voorzieningen door overlijden eerder gering.

Op sommige gebieden gaat de preventie sterk vooruit, maar toch komen er elk jaar nieuwe zorg-  
vragers bij. Relatief nieuwe vormen van beperkingen zorgen zelfs voor extra aangroei: niet aangebo-  
ren hersenletsels door verkeersongevallen bijvoorbeeld, of autisme, of ADHD.

Bovendien verkleint de actieve bevolking, en wie werkt, moet langer aan het werk blijven. Daardoor  
vermindert de draagkracht en de solidariteit binnen de gezinnen die de gehandicaptenzorg dus  
vlugger afwentelen op professionele zorgverstrekkers. Het grote geloof in professionele deskundig-  
heid versterkt deze trend nog.

Toch is professionele hulp duur en schaars. Daarom moeten een goed evenwicht nastreven tussen  
professionele en informele zorg. Zorg op maat aanbieden blijft dé uitdaging.

Ook personen met een handicap en hun families voelen zich sterk aangesproken door de maat-  
schappelijke waarden autonomie en zelfbeschikking. Het zorgaanbod speelt daarop in met ontwik-  
kelingen zoals het Persoonlijk Assistentiebudget (PAB): daarmee organiseert de persoon met een  
handicap zelf zorg, samen met zijn familie en met een eigen budget. Dit is erg aantrekkelijk omdat  
de zelfbeschikking en de actieradius van de persoon met een handicap zo groter wordt.

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

Steeds mondiger en steeds beter geïnformeerde burgers vergroten de druk op het welzijnsbudget.

#### 1.3.1.4 ALLOCHTONE OUDEREN

In de twintigste eeuw kende Vlaanderen verschillende migratiegolven. De **bevolking van allochtone afkomst** is erg heterogeen, ook naar leeftijd, geslacht en gezinstoestand. En ook die mensen vergrijzen. De eerste generatie migranten uit Europese landen als Italië, Spanje en Polen, en uit Turkije en Marokko is al lang afgelost door een tweede en een derde generatie. Hun kleinkinderen namen voor een groot deel de Belgische cultuur over. Soms gaat de cultuur van de eerste en die van de volgende generaties scherp verschillen: in die families is het minder evident dat verschillende generaties met elkaar samenwonen.

#### 1.3.1.5 JEUGDZORG

De ontgroening leidde niet tot minder jongeren in de **bijzondere jeugdzorg** en in de **opvangcentra van het algemene welzijnswerk**. De druk op de opvang vergroot, ook omdat de problematiek ingewikkelder wordt. Er kwamen nieuwe doelgroepen: allochtone jongeren uit probleembuurten, kinderen en jongeren met problemen door (v)chtscheidingen of voor wie de thuissituatie onhoudbaar werd. Kinderen en jongeren worden mondiger, ook tegenover hun ouders. Steeds meer jongvolwassenen kunnen of willen niet op hun thuis terugvallen, maar ontwikkelen toch geen alternatief sociaal netwerk. Als ze 18 zijn, zitten ze zonder secundair diploma, zonder geschikte arbeidshouding, zonder goede woonst. Ze kijken aan tegen een blijvend hoge werkloosheid. Dikwijls zijn het jongeren met een instellingsverleden. Ze komen in een neerwaartse spiraal van problematisch drugsgebruik, psychische en relationele problemen, thuisloosheid en botsen met de maatschappij.

### 1.3.2 *Verschillende gezinsstructuren*

Met de hogere levensverwachting spreken demografen van de **herordening van de levensloop**. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen krimpt wel, maar toch zien we overal in de ouderenzorg een overwicht van hoogbejaarde vrouwen. Steeds **meer heel hoogbejaarde mensen wonen samen met hun partner**. Maar tegelijk zijn er ook steeds meer hoogbejaarde **alleenwonende vrouwen** met eigen zorgnoden: als de mantelzorger niet inwoont, is de informele zorg minder intensief.

Heel wat **twintigers wonen nog bij hun ouders thuis**. Zo bouwen ze extra kapitaal op voor als ze hun eigen gezin gaan opstarten. Dikwijls hebben die twintigers een sterke emotionele band met hun ouders. Wie niet zo'n thuis heeft, is sterk benadeeld: een nieuw mechanisme van sociale ongelijkheid. Jongvolwassen leefloners vormen een nieuwe probleemgroep.

**De persoonlijke relaties worden instabieler**. Zeker bij koppels die feitelijk samenwonen, wat minder bij mensen die getrouwd zijn. Die instabiliteit geven we door van generatie op generatie. Er ontstaan steeds meer verschillende gezinsvormen, zeker als er kinderen zijn: nieuw samengestelde gezinnen met zorgmoeders naast biologische moeders, met een veelvoud aan grootouders en aan relatiepatronen binnen de gezinnen zelf. Deze nieuwe relaties worden steeds meer geïnstitutionaliseerd. Was de relatie tussen ouder – meestal vader – en kind minder intensief, dan kan de ouder later minder rekenen op informele hulp. De instabiliteit zorgt ook voor een zichtbare toename van het aantal alleenwonende mannen tussen dertig en veertig jaar.

Vandaag ervaren we instabiele relaties meer dan vroeger als een probleem. We weten namelijk steeds meer over de gezinssituatie van cliënten van het welzijnswerk, en beoordelen gezinssituaties ook meer vanuit de kinderen.

### 1.3.3 *Nieuwkomers*

Ook de instroom van **nieuwkomers** – arbeidsmigranten en vluchtelingen – beïnvloedt het beleid van Welzijn & Volksgezondheid. De eerste jaren zal de migratiedruk niet kleiner worden: de Europese Unie breidt uit, het Zuiden kampt met een steeds grotere bevolkingsdruk en de wereld wordt steeds meer ons dorp.

Het migratiebeleid is een federale bevoegdheid, maar de inburgering is een regionale uitdaging. Ook al hebben nieuwkomers hier geen wettig verblijf, toch waarborgt de universele verklaring van de rechten van de mens hun grondrechten. Soms opereren we wel in een administratief en sociaal vacuüm.

Door de aanhoudende immigratie moeten we steeds meer mensen met heel verschillende achtergronden inburgeren. Tegelijk vinden nieuwe Vlamingen – vooral jonge vrouwen – steeds vaker de weg naar zorgsectoren die met personeelstekort kampen.

Een erg heterogene groep zijn de jonge nieuwkomers met kleine kinderen uit de nieuwe migratielanden. Dikwijls gaat het om vluchtelingen voor wie het niet eenvoudig is om gepaste kinderopvang en inburgeringslessen te organiseren. Ook de blijvende instroom van niet- begeleide minderjarigen stelt de Vlaamse overheid voor een specifieke uitdaging van opvang en steun.

## **1.4 Sociaal-economische ontwikkelingen**

In Welzijn en Volksgezondheid hangen behoeften en mogelijkheden sterk af van de sociaal-economische conjunctuur en van reacties op andere beleidsniveaus. Een typisch voorbeeld is de ontwikkeling van (kans)armoede. Sociaal-economische ontwikkelingen beïnvloeden ook de verhouding tussen het zorgaanbod van social profit, commerciële sector en gezinnen. Ten slotte is ook de infrastructuur belangrijk.

### ***1.4.1 Conjunctuur speelt beslissende rol***

#### **1.4.1.1 Meer en langer werken**

‘Iedereen moet zich maximaal kunnen inzetten op de arbeidsmarkt. Thematische verlopen moeten deze inzet moduleren naargelang van de levensfase.’ Twee ideeën die de laatste vijf jaar het beleid stuurden. De actieve welvaartstaat streeft ernaar dat iedereen tot 65 jaar aan het werk blijft. Zowel bij vrouwen als bij mannen is de activiteitsgraad van twintigers en dertigers indrukwekkend. Maar even indrukwekkend is hoe weinig mannen en vrouwen na hun vijftigste nog een actieve rol spelen op de arbeidsmarkt. Het ziet er niet naar uit dat dit snel gaat veranderen. Het beleid moet de input van middelen in de sociale zekerheid veilig stellen, maar zorgt tegelijk voor meer vraag naar opvang en zorg.

Zo stijgt de vraag naar kinderopvang in al zijn vormen. In voor- en naschoolse opvang zagen we een inhaalbeweging. Ook grootouders vangen nog veel hun kleinkinderen op. Ze doen dat graag, maar toch ook omdat er te weinig opvangplaatsen zijn, of omdat professionele kinderopvang voor ouders te duur is. Als het geboortecijfer licht gaat stijgen, en er meer grootouders blijven werken, gaat dit probleem alleen maar verscherpen.

Een ander onbedoeld effect: aan onbetaalde zorgtaken van vroeger hangt nu steeds vaker het prijskaartje van het gederfde loon. Het is onbetaalbaar om al deze zorg om te zetten in beroepsarbeid, gesubsidieerd door de overheid.

Daarom moeten we prioriteiten vastleggen, ook voor de Vlaamse Zorgverzekering. Die kwam er om een forfaitair deel van niet-medische kosten terug te betalen. De initiatiefnemers kozen voor kapitalisatie en niet voor een repartitiemechanisme. De uitdaging is duidelijk: het is nu dat we het reservefonds moeten opbouwen en beheren om onaangename verrassingen te voorkomen zodra de vergrijzing zich echt laat voelen.

#### **1.4.1.2 Onzekerheid over budget**

De economische vooruitzichten en de kenmerken van het budget wegen door. Het budget voor Welzijn en Volksgezondheid is wel een van de grootste in de Vlaamse Gemeenschap, maar ook een van de meest kwetsbare. De sector moet het vooral hebben van menselijk kapitaal. Het leeuwendeel van het budget gaat naar lonen. En deze loonmassa stijgt mee met de systematische veroudering van de beroepsbevolking, dus ook van hulpverleners en verzorgenden. Alleen al voor lonen is er een steeds hoger budget nodig, zelfs als je in de sector niets verandert of vernieuwt.

Daardoor hangt de planning in de sector sterk af van de economische conjunctuur. Drie ontwikkelingen zetten de betaalbaarheid van de gezondheidszorg zwaar onder druk:

- Door demografische verschuivingen gaat de zorgvraag exponentieel groeien.
- De financiering van de sociale zekerheid biedt maar beperkte mogelijkheden om het budget substantieel te verhogen.
- De bevolking stelt steeds hogere kwaliteitseisen en wil automatisch toegang tot nieuwe technologieën, behandelingsmethoden en therapieën.

Een kwalitatief sterke dienstverlening moet rationeel blijven omgaan met dure professionele hulp.

#### **1.4.2 Gezondheid en milieu**

Het blijft nog onduidelijk welk effect het leefmilieu heeft op de gezondheid. Voor aandoeningen aan de luchtwegen en sommige vormen van kanker vinden we duidelijke oorzaken in de milieuvervuiling. Voor andere aandoeningen is de relatie gezondheid-milieu minder eenduidig en complexer.

De bevolking aanvaardt steeds minder dat ze blootgesteld wordt aan mogelijke gezondheidsrisico's door milieuvervuiling. Ook het binnenhuismilieu krijgt in dit verband steeds meer aandacht. Doordat ongewenste kinderloosheid minder aanvaard wordt, krijgen wetenschappers en beleidsmensen meer oog voor de toenemende vruchtbaarheidsproblemen.

#### **1.4.3 Armoede**

In het rijke Vlaanderen gaapt er een kloof tussen de wenselijkheid van welvaart voor iedereen en de werkelijkheid van de uitsluiting van sommigen. Maximale tewerkstelling botst met de economische realiteit en de werkloosheid. Kansarmoede blijft een complex geheel van factoren die elkaar versterken: opleiding, werksituatie, inkomen, gezondheidsproblemen, relatieproblemen, afkomst.

De actieve welvaartstaat hecht veel belang aan tewerkstelling, bijna als een remedie voor alle kwalen. Toch lost werk niet alles op: hooggeschoolden zijn gemiddeld veel gezonder dan laaggeschoolden. Dat komt door hun manier van leven en hun gedrag, door blootstelling aan risicofactoren in de leefomgeving en door hun kennis van het zorgaanbod.

Sommige doelgroepen hebben moeite met de toegankelijkheid van voorzieningen en diensten van Welzijn en Volksgezondheid:

- Kansarmen doen meer dan gemiddeld een beroep op gezondheidsvoorzieningen. Ze bezoeken vaker het ziekenhuis en hun huisarts. Toch blijft de vraag of die hogere consumptie gelijke tred houdt met hun hogere behoefte aan gezondheidszorg. Van specialistische gezondheidsvoorzieningen maken ze minder gebruik dan gemiddeld.
- Allochtonen vinden moeilijk de weg naar kinderopvang.

Zelfs de Raad van Europa klaagt over de nood aan geestelijke gezondheidszorg en drugshulpverlening voor gedetineerden, geïnterneerden en forensische K-jongeren (die geïnterneerd zijn in een psychiatrische instelling).

#### **1.4.4 Verhouding social profit – commerciële sector – gezinnen**

Als gezinnen zorgtaken afstoten naar professionele zorg, kunnen zij een beroep doen op overheidsdiensten, social profit of commerciële organisaties. Het overheidsinitiatief groeit de laatste tijd niet meer substantieel. In de organisatie van de zorg valt vooral de groeiende aanwezigheid op van commerciële initiatieven.

Ook door de blijvende en hoge tewerkstellingsgraad van vrouwen stijgt de vraag naar professionele zorg. Zeker voor huishoudelijke taken groeit de markt. De overheid ondersteunt die groei bijvoorbeeld met dienstencheques voor kinderopvang.

De vermarkting van zorgvormen blijkt ook uit de prijs voor zorgtaken. Met verschillende aanbieders krijg je verschillende prijzen. Zet deze ontwikkeling zich verder door, dan gaat dat de hele zorgsector grondig veranderen. Zeker de organisatie van de zorg en de rol van het middenveld of van de Vlaamse overheid.

- Deze verschuivingen vergen minstens een betere coördinatie tussen gesubsidieerde voorzieningen, regionale organisatiestructuren en lokale besturen die zorginitiatieven nemen.
- De overheid evolueert van een instantie die alleen maar voorzieningen subsidieert naar een actor die randvoorwaarden en waarborgen voor toegankelijkheid bepaalt, en waakt over de kwaliteit van de dienstverlening.
- En ten slotte bestaat het risico dat er een welzijns- en gezondheidsbeleid met twee snelheden komt. De trend om de privé-sector meer commerciële zorginitiatieven te laten nemen moeten we nauwgezet blijven volgen. Als dat nodig is, moet de overheid in voorzieningen blijven investeren.

Vraaggerichte en vraaggestuurde zorg betekent ook dat we de financiering van voorzieningen vervangen door directe financiering van cliënten of patiënten zelf.

#### **1.4.5 Infrastructuur**

Meer vraag naar zorg beïnvloedt in elk geval de vraag naar nieuwe en vernieuwde infrastructuur. Nieuwe concepten in ouderenzorg, bijzondere jeugdzorg en gehandicaptenzorg stellen nieuwe eisen aan gebouwen. Het Vlaams Infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden (VIPA) geeft investeringssubsidies aan Vlaamse welzijns- en gezondheidsvoorzieningen. Er komen steeds meer aanvragen om infrastructuur te subsidiëren voor steeds hogere bedragen.

Bovendien moeten we oog blijven hebben voor de bouwbehoefte van de eigen instellingen: openbare psychiatrische ziekenhuizen en gemeenschapsinstellingen voor bijzondere jeugdzorg bijvoorbeeld. Het VIPA heeft per definitie maar beperkte financiële middelen, en de laatste jaren krimpen de budgetten van het VIPA zelfs. Er ontstaan groeiende wachtlijsten doordat de administratie de afgewerkte subsidieaanvragen niet meer binnen het jaarlijkse vastleggingsbudget kan aanrekenen, maar moet doorschuiven naar een volgend begrotingsjaar.

Er groeit nieuwe knowhow over ‘privaatpublieke samenwerking’ (PPS) die wellicht nieuwe impulsen geeft aan het infrastructuurbestand. Verder blijft er onderzoek nodig naar alternatieven als PPS en bevak’s voor de financiering van VIPA-investeringssubsidies in de ouderensector. Als deze initiatieven aanslaan, kunnen we de vrijgekomen budgettaire ruimte gebruiken voor de ziekenhuizen.

### **1.5 Ontwikkelingen in management en bestuur**

Door de ‘klant’ centraal te stellen kwamen er meer instrumenten om de tevredenheid te meten en om de kwaliteit van de zorgverstrekking in beeld te krijgen. Voor Welzijn en Volksgezondheid zijn ook deze trends belangrijk: de ontwikkeling van een geografische kijk op de zorg, de inclusieve benadering, het concept van integrale zorg dat aanleiding geeft tot geïntegreerd werken en het idee van de evidence based beleidsvoering.

#### **1.5.1 Geografische kijk op planning**

Vroeger bepaalden gezondheids- en welzijnsvoorzieningen vooral zelf waar ze hun infrastructuur inplantten. De laatste jaren opteert het beleid voor een planning die iedereen overal gelijk en maximaal toegang geeft tot het bestaande aanbod. Door het grondgebied in te delen in hiërarchisch gestructureerde **zorgregio’s**, plannen we de voorzieningen en hun samenwerkingsverbanden op basis van huidige en latere behoeften van de bevolking. ‘Zorg op maat’ bieden blijft de uitdaging.

Kunnen we de middelen nog efficiënter inzetten? Een geografisch hiërarchisch model kent de financiële middelen toe op verschillende echelons die ook de eenheden zijn van financiële allocatie. Elk echelon werkt met zijn eigen managers en coördinatoren die elk hun eigen belang verdedigen. Daarnaast leiden verschillende historische wortels van de zorg tot bevoegdheidsconflicten tussen gewesten en gemeenschappen. Door de onvoltooide staatshervorming krijgen het Gewest of de Gemeenschap er ineens nieuwe taken bij: hulpverlening aan delinquenten en aan slachtoffers, neutrale ontmoetingsruimtes, alternatieve conflictoplossingen. Andere taken worden dubbel georganiseerd. Gezondheidszorg en welzijnszorg delen een grijze zone die tot dubbel gebruik kan leiden. Door de zorg verregaand te medicaliseren, schuiven we problemen door naar het RIZIV, terwijl ze eigenlijk meer in de welzijnssector op hun plaats zijn. En wat wordt de rol van de Vlaamse overheid

en van het bestuur van de voorzieningen? De laatste jaren horen we wel vaker pleiten voor meer overheidssturing in het opnamebeleid voor alle zorgvormen.

We staan voor een driedubbele uitdaging: de middelen efficiënt en effectief verdelen, op een zo toegankelijk mogelijk niveau, en met behoud van de zorgkwaliteit. Dat kan alleen maar met homogene **bevoegdheidspakketten** in het welzijns- en gezondheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap. Alleen dan komt er een samenhangend beleid op alle niveaus: een van de belangrijkste voorwaarden om de problemen daadwerkelijk aan te pakken. Daarom moet het beleid rond financiering, regelgeving en toepassing of controle van die regelgeving in handen komen van één overheid. De actuele versnippering werkt ontoereikend beleid en tegenstrijdige regelgeving in de hand. Alleen met samenwerking en overleg tussen de verschillende overheden lossen we dit structurele probleem niet op.

### **1.5.2 Normalisering**

De spanning tussen specialistische verzorging en uitsluiting uit de ‘normale’ samenleving is al langer bekend. Zeker in het gehandicaptenbeleid vond inclusief denken zijn weg naar kinderopvang, naar de school en naar de woning – het liefst een gewoon huis. Gebruikersrechten en het perspectief van gelijke kansen ondersteunen deze en andere ontwikkelingen naar normalisering.

Dat streven naar inclusief denken zien we ook in het *minderbedenbeleid*. Dit beleid wil het voor minderheidsgroepen gemakkelijker maken om overal aan mee te doen en om zich te emanciperen. Het richt zich tot alle maatschappelijke en politieke instellingen en tot de hele bevolking om samenleven in diversiteit te bevorderen. Gedeeld burgerschap is het uitgangspunt: gemeenschappelijke waarden die typisch zijn voor een open, verdraagzame en democratische samenleving.

### **1.5.3 Geïntegreerd perspectief**

Verskillende vernieuwingen in de methodiek van de hulp- en zorgverlening verdienen de aandacht.

**Bemiddeling** veroverde een eigen plaats, bijvoorbeeld in echtscheidings- en ouderschapsbemiddeling.

**Netwerking** is nog zo’n vernieuwing: verschillende diensten werken samen, ook buiten de wereld van welzijn en volksgezondheid. De hulpverlener vertrekt dan van de complexiteit van de totaalproblematiek voor de cliënt. Zo werkte het pilootproject integrale jeugdhulpverlening een sectoroverschrijdend handelingsmodel uit, vertrekkend van o.a. het Kinderrechtenverdrag. Ander voorbeeld is de geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg.

In de **thuiszorg** werken beroepskrachten en mantelzorgers samen: een bijzondere vorm van samenwerken over de grenzen van de eigen werksoort heen. Het is allesbehalve vanzelfsprekend om lekenstandpunten en professionele standpunten goed op elkaar af te stemmen. Vooral als ook de lekenverzorger ervaringsdeskundige wordt en zich door andere ervaringsdeskundigen gesteund weet.

### **1.5.4 Beleid gestoeld op kennis**

Zeker in de gezondheidszorg kreeg de idee van *evidence based policy* bestaansrecht. Als dat kan en zinvol is, maakt het beleid zijn keuzes tegen een achtergrond van wetenschappelijke onderzoeksresultaten. Drie aandachtspunten zijn dan essentieel:

- Werken met goede registratiemethoden van de processen in de voorzieningen
- De monitoring van de behoeften, zoals bijvoorbeeld de welzijnsbarometer die uitwerkte
- Kiezen voor beleidsveldoverstijgende indicatoren voor toegankelijkheid, efficiëntie, effectiviteit en kwaliteit van de zorg.

## Deel 2      Voorstellen en ideeën

### 2.1 HRM-beleid: competenties van mensen, aangepaste bezoldiging, expertenloopbaan

In de welzijns- en gezondheidssector zijn er verschillende **knelpuntberoepen** waarvoor er een actieve oplossing nodig is. Concreet gaat het over **artsen, psychiaters en verpleegkundigen**. De volgende Vlaamse regering moet rond deze knelpuntberoepen specifieke acties ondernemen, zoals een communicatiecampagne lanceren en de opleidingen promoten.

Hun **bezoldiging** als ambtenaar bij de Vlaamse overheid moet meer marktconform worden. Dat moet leiden tot meer respons op vacatures en tot minder exits door de te lage bezoldiging.

Een tweede doelstelling moet zijn dat de Vlaamse overheid **alle relevante ervaring** van de ambtenaar integraal meerekent, zonder onderscheid tussen ervaring in overheidsdienst of in de privé-sector, en ongeacht de periode waarin de diensten gepresteerd werden.

Het probleem van de knelpuntfuncties is sterk voelbaar in de medisch preventieve sector, die ondergewaardeerd wordt tegenover de medisch curatieve sector. Sinds een paar jaar kampt de medisch preventieve sector met een artsentekort voor de georganiseerde preventie zoals in de consultatiebureaus die Kind en Gezin subsidieert. Grote struikelblokken die de leegloop verklaren zijn de bezoldiging en de werkvoorwaarden van de artsen. De Raad van Bestuur van Kind en Gezin liet het externe consultingbureau TMP De Witte & Morel onderzoeken hoe het vandaag zit met de bezoldiging en de werkomstandigheden van artsen in de preventieve zorg en aanverwante sectoren. Het onderzoek ging ook over de vraag: wat is een marktconforme bezoldiging voor deze functies? In december 2002 werd de studie afgerond. De onderzoekers stelden o.a. deze maatregelen voor om artsen in consultatiebureaus rechtvaardiger te belonen: premies voor avondwerk, verplaatsingsvergoedingen voor zelfstandige artsen in consultatiebureaus, groepsverzekeringen voor artsenbedienden en een anciënniteitspremie voor zelfstandige artsen. Om de medisch preventieve sector te versterken door een meer aangepaste bezoldiging van de artsen, hebben de consultatiebureaus 677.000 euro meer subsidies nodig.

### 2.2 Gegevensuitwisseling

In de volgende regeerperiode moet er **meer en betere elektronische gegevensuitwisseling** komen tussen de actoren op het veld in de gezondheids- en welzijnssector onderling, tussen deze actoren en de Vlaamse overheid, en tussen de verschillende bestuursniveaus. Een afgeleide daarvan is de uitbreiding van de epidemiologische informatie waarover de Vlaamse overheid beschikt om haar gezondheidsbeleid te ondersteunen.

Instrumenten hiervoor zijn: de informatie standaardiseren, het gebruik van registratiesystemen optimaliseren en het aantal systemen verminderen.

Enkele concrete acties die daarvoor nodig zijn:

- Zoals de federale overheid voorstelt voor de geboorteaangifte, informatiseren we ook de registratie van de medische gegevens van de geboorten in het kader van de statistische aangifte door de materniteiten (waar 99% van de kinderen geboren worden).
- De Kruispuntbank Sociale Zekerheid en de Vlaamse overheid sluiten een overeenkomst af om de aanlevering te garanderen van de nodige gegevens voor een coherent welzijns- en gezondheidsbeleid. Tegelijk moeten ze onderzoeken of andere gegevens (zoals personeelsgegevens van voorzieningen, pensioengegevens) aangeleverd kunnen worden.
- Om een beter inzicht te krijgen in de kosten van de dienstverlening is de verdere **registratie van gegevens over voorzieningen** nodig. Zo moet de financiering van de dienstverlening door de Vlaamse overheid transparanter worden en kan het subsidiebeleid *evidence based* gebeuren. Het overleg met de partners die op het terrein instaan voor de dienstverlening, gebeurt dan op basis van objectieve gegevens. Een voorziening kan zich positioneren in haar sector en de administratieve

lasten ter verantwoording van de subsidies worden eenvoudiger. In deze legislatuur willen we voor 80% van de budgettaire belangrijke sectoren de gegevensuitwisseling elektronisch organiseren.

## 2.3 Nood aan investeringen in infrastructuur

In de volgende regeerperiode is er een ernstige behoefte aan een **hoger budget voor infrastructuursubsidies**. Er zijn niet alleen meer voorzieningen, maar ook meer sectoren die investerings-subsidies nodig hebben. Het budget is de laatste jaren sterk gedaald.

Door de huidige budgettaire toestand ontstaan **lange wachtlijsten** voor investeringswerken in Vlaamse verzorgingsvoorzieningen. Bovendien dreigt op termijn de **kwaliteit** van de zorg eronder te lijden. Voorlopig bieden formules van samenwerking tussen privé en overheid in de ziekenhuis-sector geen oplossingen.

De minimumeisen voor ecologisch bouwen moeten geoptimaliseerd worden. Het doel van de criteria is een energie- en grondstoffenzuinig beleid te voeren via algemeen aanvaarde en kosteneffectieve milieumaatregelen. Deze ecologische maatregelen verhogen nauwelijks de bouwkosten, kennen een korte terugverdientijd en beknotten zo weinig mogelijk de ontwerpvrijheid van de initiatiefnemer.

## 2.4 Subsidiëring aanpassen na onderzoek naar kostenstructuren

Vandaag ontvangen tal van organisaties in de welzijns- en gezondheidssector voor hun hele werking een forfaitair bedrag. De koepels signaleren dat die subsidie voor sommige voorzieningen absoluut ontoereikend werd.

De Vlaamse overheid moet tegen midden 2005 een objectief zicht krijgen op de kostenstructuur van de voorzieningen en op de minimale ondersteuning die nodig is om het hele takenpakket kwalitatief te kunnen uitvoeren. Tegen begin 2007 moeten de resultaten van het onderzoek consequent worden vertaald in subsidiëring in verhouding tot de effectieve en efficiënte kostenstructuur van de voorzieningen.

## 2.5 Lokaal sociaal beleid

Het decreet lokaal sociaal beleid biedt het kader om een coherent, democratisch, doelmatig en efficiënt lokaal sociaal beleid te voeren. Het decreet vertrekt vanuit de sociale grondrechten en wil de ongelijkheid in de toegang van die grondrechten wegwerken. Centraal staan: een geïntegreerd beleid, een geïntegreerde dienstverlening door de lokale besturen en de coördinerende rol van de lokale besturen tegenover lokale actoren.

Om tot een integraal en inclusief lokaal sociaal beleid te komen, ontwikkelen gemeente en OCMW samen één koepelplan lokaal sociaal beleid vanaf 2006. Dat proces van beleidsplanning vergt een intensievere samenwerking tussen gemeente en OCMW. Die geïntegreerde aanpak moet gepaard gaan met minder plankosten en meer planbaten.

Vanaf 2007 wordt de geïntegreerde dienstverlening uitgebouwd door een Sociaal Huis te realiseren, met een informatie-, éénloket- en doorverwijsfunctie. Dat concept streeft naar maximale toegankelijkheid van de dienstverlening voor elke burger.

Ten slotte versterkt sectorale regelgeving de coördinerende rol van de lokale besturen die een grotere verantwoordelijkheid krijgen in de beleidsvoering.

Een geïntegreerd lokaal beleid maakt op het Vlaamse niveau een grondige evaluatie nodig van de planningsverplichtingen die verschillende administraties vandaag aan lokale besturen opleggen.

Op basis van de afspraken in het kerntakendebat zal de Vlaamse overheid de principes van het decreet verder verfijnen in overleg met de betrokken actoren. De aanpassingen in de sectorale regelgeving zijn de belangrijkste speerpunten. Daarnaast is ook de ondersteuning naar de lokale besturen en actoren nodig.

Alle acties en initiatieven vanuit de Vlaamse overheid worden gebundeld in het Vlaams Actieplan Lokaal Sociaal Beleid.

De Cel Lokaal Sociaal Beleid binnen de Vlaamse administratie zal verder uitgebouwd worden als een kennisnetwerk voor lokaal sociaal beleid.

Om de doelstellingen van het decreet te realiseren zal het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad een convenant afsluiten met de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Voor het Vlaamse Actieplan en de werking van de Cel Lokaal Sociaal Beleid is vanaf 2005 een jaarlijks budget nodig van 2.000.000 euro, waarvan 1.000.000 euro voor ondersteuning naar lokale besturen, Vlaamse Gemeenschapscommissie en lokale actoren en 250.000 euro voor vier extra voltijdbanen.

## **2.6 Integrale jeugdzorg**

### **2.6.1 Integrale jeugdhulp**

Integrale jeugdhulp is een beleidsproces dat de jeugdhulp in Vlaanderen wil optimaliseren: door de jeugdhulp over de sectoren heen beter te organiseren wordt het aanbod flexibeler en vraaggericht – met oog voor de minderjarige, zijn ouders en zijn leefomgeving. Door de rechtspositie van de minderjarige in de jeugdhulp te versterken, krijgt hij meer greep op de hulpverlening. En verschillen tussen de sectoren op het vlak van de rechten van de minderjarige cliënt worden weggewerkt.

In de pilootfase participeerde zo'n veertig procent van de Vlaamse jeugdhulp actief in drie pilootregio's – in overeenstemming met de motie van aanbeveling bij de maatschappelijke beleidsnota bijzondere jeugdzorg van het Vlaamse Parlement (1999). De decretale consolidatie van de integrale jeugdhulp vloeit daaruit voort. Centraal uitgewerkte startconcepten werden in de pilootregio's grondig uitgetest en op basis van die ervaring centraal weer bijgestuurd, om vervolgens te worden vertaald in twee decreten voor een gefaseerde implementatie in heel Vlaanderen.

Begin 2005 worden de regionale en Vlaamse beleidsorganen operationeel. In de loop van 2005 beschrijven alle betrokken jeugdhulpaanbieders hun aanbod, in een gemeenschappelijke taal, in modules, om transparantie en combineerbaarheid van het aanbod te vergroten. Tegelijk worden regionale netwerken voor rechtstreeks toegankelijke hulp en crisishulp opgericht. Later worden intersectorale toegangspoorten tot de meer ingrijpende, niet rechtstreeks toegankelijke hulp geïnstalleerd, wordt gestart met een intersectorale vorm van trajectbegeleiding en wordt de toegang tot en werking van de gerechtelijke jeugdhulp geoptimaliseerd.

Het Vlaamse beleidsplan Integrale Jeugdhulp, gebaseerd op de regionale beleidsplannen, stuurt het sectorale aanbod voortdurend bij - voor het eerst tegen 1 januari 2006. Een eerste evaluatie volgt tegen 1 januari 2008.

De implementatie van een meer integrale jeugdhulp vergt budgettaire keuzen: voor kwantiteit en kwaliteit van de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp én voor een crisisaanbod voor jongeren, in functie van netwerken crisishulp overal in Vlaanderen. Prioritair dienen investeringen permanentie en dispatching mogelijk te maken de klok rond, elke dag van de week – vertrekkend van de huidige organisatie van de sectorale crisishulp en van de analyse van de huidige investering.

Tegen 1 januari 2008 moet het instrument van de toegangspoort, indicatiestelling en toewijzing operationeel zijn. Tegen dan moeten ook de trajectbegeleiding en het luik van de gerechtelijke jeugdhulp geregeld zijn.

### **2.6.2 Preventief handelen**

Het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid dragen een preventieve verantwoordelijkheid tegenover kinderen en jongeren, waar impact op hun levensomstandigheden gewenst is. Wenselijke preventie omvat de doelbewuste en systematische initiatieven die steeds vroeger proberen te anticiperen op risicofactoren, in functie van bevordering of behoud van welzijn en gezondheid van de doelgroep kinderen en jongeren.

Indicatoren voor een kwaliteitsvolle preventie zijn: effectiviteit, offensiviteit, integraliteit, democratisch karakter en participatie. De Vlaamse overheid moet de wenselijkheid en de kwaliteit van preventieve acties aan deze vijf dimensies toetsen. De methodiek van de preventieconferentie in de gezondheidszorg vergt daarom een vertaling naar een ontwikkelingstraject voor preventie als het gaat over gezondheid en welzijn van kinderen en jongeren. Zo'n traject brengt in een communicatieve planning prioritair aan te pakken risico's en uitsluitingsmechanismen in kaart, met oog voor samenhang in het basisaanbod en het structurele jeugdbeleid.

### **2.6.3 Coördinatie van zorgvormen**

Door de steeds verdere vermarkting van het zorgaanbod, evolueren ook de prijzen van de zorgtaken. Verschillende administraties bieden soms eenzelfde soort dienstverlening: pleegzorg bijvoorbeeld. Afstemming en harmonisatie van deze dienstverlening zijn nodig.

De rol van de overheid is ook: een betere coördinatie organiseren tussen gesubsidieerde voorzieningen, regionale organisatiestructuren en lokale besturen die zorginitiatieven nemen.

## **2.7 Gezondheidszorg**

### **2.7.1 Actualisering en uitvoering gezondheidsdoelstellingen met nadruk op preventiestrategieën die leiden tot gezondheidswinst**

Een goed vaccinatiebeleid en een hoge vaccinatiedekking moeten infectieziekten kunnen voorkomen. Daarvoor krijgen vaccinatoren de vaccins van het basisvaccinatieschema en eventuele specifieke vaccinatiecampagnes gratis ter beschikking. Een eenvormig bestelsysteem voor alle vaccins op basis van de registratie van toegediende vaccinaties, gekoppeld aan een epidemiologische vaccinatiedatabank die op termijn moet toelaten om de vaccinatiedekking in de Vlaamse bevolking te meten, draagt bij tot het welslagen van het vaccinatiebeleid.

Bovendien maakt een goede follow-up van de epidemiologie van infectieziekten het mogelijk om eventuele maatregelen te nemen naar vaccinatie toe. Denk maar aan meningitis C. Als de huidige medefinanciering door de federale overheid via het RIZIV blijft bestaan, is voor vaccinatie een budget van 6.000.000 euro per jaar nodig. Anders moeten de budgetten substantieel verhogen.

Om de gezondheidsdoelstelling rond borstkankerpreventie te realiseren, werd in juni 2001 het Vlaamse programma van georganiseerde borstkankerscreening opgezet. Alle vrouwen van 50 tot 69 jaar worden aangespoord om aan dit programma mee te doen. In de volgende legislatuur moet een participatiegraad van minstens 60% (en liefst 75%) nagestreefd worden. Voor borstkankerscreening is een budget van 4.400.000 euro nodig.

De uitkomst van de gezondheidsconferentie van december 2002 over de preventie van depressie en zelfdoding moet vertaald worden in preventiestrategieën. Uit voorbereidend onderzoek bleek dat 8% minder zelfmoorden tegen 2010 een budget van 100.000 euro per geval veronderstelt. In totaal ramen we de nodige budgetten op 65.500.000 euro.

De preventieve pijler van het antitabaksbeleid verdient hernieuwde aandacht: er is een stijgende vraag naar rookstopbegeleiding, naast de bestaande primaire preventie die gebruik ontraadt en een gezonde levensstijl stimuleert. Coherentie met federale en Europese beleidsinitiatieven is nodig. En een budget van 1.300.000 euro.

Gezonde voedingsgewoonten winnen voor de volksgezondheid aan belang omdat ze de 'epidemie' van overgewicht en zwaarlijvigheid helpen inperken en bovendien het risico op tal van ziekten (o.a. suikerziekte en hart- en vaatziekten) en vermijdbare sterfte verminderen. We ramen het nodige budget op 520.000 euro.

De gezondheidsdoelstelling voor ongevallenpreventie blijft actueel, maar moet in de volgende legislatuur beter afgelijnd worden. We ramen het nodige budget op 500.000 euro.

### **2.7.2 Gelijke mogelijkheden voor het beheer van openbare en privé- (non-profit) voorzieningen door een eenvormig statuut**

De openbare besturen worden als inrichtende macht geconfronteerd met belemmeringen die flexibel beheer onmogelijk maken.

Gemeentelijke bestuursorganen hebben niet altijd genoeg specifieke expertise om een complex bedrijf als een acuut ziekenhuis te exploiteren. Vaak wil het lokale bestuur de non-profit privé-partners bij de exploitatie betrekken, al of niet met fusies of associaties tussen ziekenhuizen. Maar de meeste privé-partners zijn beducht voor de belemmeringen die het openbare statuut met zich brengt en voor eventuele partijpolitieke inmenging in de beslissingsorganen.

Openbare ziekenhuizen zouden een zuiver privaatrechtelijke beheersvorm moeten kunnen aannemen, al of niet met behoud van hun structurele band met het lokale bestuur (door externe deskundigen aan te duiden).

Alle ziekenhuizen, ongeacht hun statuut, moeten hun verantwoordelijkheid opnemen in de sociale opdracht die zij vervullen. Daarvoor zijn doeltreffende regels en controle nodig, met sanctiemogelijkheden.

### **2.7.3 De Vlaamse overheid stuurt het zorgaanbod in de curatieve gezondheidsvoorzieningen aan in functie van de behoeften van de bevolking, met het oog op geografische en financiële toegankelijkheid en het zorg-op-maat principe**

Een eerste vereiste in de aansturingsstrategie van het zorgaanbod is: de **evidence based** zorgbehoeften bij de bevolking detecteren en definiëren. Door monitoring kunnen we dan vaststellen waar het huidige aanbod eventueel bijgestuurd moet worden.

Om bouwsubsidies te krijgen van het VIPA (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden), zijn vandaag alleen algemene ziekenhuizen verplicht om een **zorgstrategisch plan** te maken. Met dit zorgstrategische plan schetst de voorziening zelf hoe zij voor tien jaar haar kerntaken in de ziekenhuissector ziet. Het plan houdt rekening met de geschatte noden van de toekomstige bevolking, de evolutie van medische technologie, evoluties in verwante sectoren die een invloed hebben op de vraag naar ziekenhuisaanbod, enz.

Deze systematiek kan beter.

- De verplichte inhoud van het dossier en de procedures kunnen eenvoudiger.
- De verplichting zou beter veralgemeend worden voor alle ziekenhuizen. Los van VIPA-aanvragen, want ook met eigen middelen kan de voorziening een zorgaanbod ontwikkelen.
- De omgevingsfactoren veranderen heel snel en dat maakt een verplichte, regelmatige actualisering zinvol. Daarvoor kan de administratie de voorzieningen informatie aanleveren door feedback van gegevens.
- De verplichting zou beter uitgebreid worden tot andere curatieve gezondheidsvoorzieningen, zodat we de samenwerking, netwerkvorming en interferentie tussen de elkaar beïnvloedende zorgvormen in rekening kunnen brengen.

Op deze manier kunnen zowel de voorzieningen zelf als de overheid en de administratie bevoegd voor de aansturing van de voorzieningen, bewuster en meetbaarder het toekomstige aanbod uittekenen.

Steeds meer ontwikkelen zich **extramurale voorzieningen** (vooral in de esthetische chirurgie) die zich naar de bevolking toe actief profileren als 'privé-klinieken', hoewel zij niet onder de ziekenhuiswet vallen of onderhevig zijn aan overheidstoezicht of onderworpen aan erkenningsvoorwaarden. Vaak richten ze zich vooral op activiteiten waarvoor geen tussenkomst van het RIZIV mogelijk is, waardoor zij ook aan die controle ontsnappen. Dat schept onduidelijkheid naar de bevolking toe en zorgt voor een gezondheidszorg met twee snelheden. De materie behoort weldegelijk tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Daarom is er **nieuwe regelgeving nodig** over de controleerbare kwaliteitsvoorwaarden om ‘extramurale medische initiatieven dagbehandeling’ te exploiteren en een handhavingsbeleid te realiseren.

## 2.8 Kind en Gezin

### 2.8.1 *Kinderopvang: kwantiteit uitbreiden, kwaliteit en toegankelijkheid bevorderen*

#### 2.8.1.1 Bijkomende plaatsen realiseren voor kinderen jonger dan drie jaar in die regio's die de minimumnorm van 33% opvangplaatsen niet halen

De Tewerkstellingsrichtlijnen voor 2002, kaderend in de Europese Tewerkstellingsstrategie (*European Employment Strategy*) formuleren dit aandachtspunt: gezinsvriendelijke maatregelen aanbieden en promoten, betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle opvangvoorzieningen voor kinderen inbegrepen, net als ouderschapsverlof en andere verlofregelingen. De Raad van Barcelona besloot dat tegen 2010 buiten de familie opvang aangeboden wordt voor minstens 33% van de kinderen jonger dan 3 jaar en voor minstens 90% van de kinderen tussen 3 jaar en de verplichte schoolleeftijd. De vraag naar kinderopvang blijft stijgen, ook door de erg hoge activiteitsgraad van twintigers en dertigers – zowel man als vrouw.

Als de kinderopvang de volgende jaren naast zijn economische functie ook zijn sociale en pedagogische functie ten volle opneemt, moeten er meer plaatsen komen. Daarenboven komen er nieuwe vragen naar opvang o.a. van nieuwkomers die naar inburgeringscursussen gaan of van alleenstaande ouders op zoek naar werk.

Voor elke regio zal nagegaan worden hoeveel plaatsen er zijn per honderd kinderen. In elke regio waar de behoefte daartoe aanleiding geeft, wordt gestreefd naar de Europese norm van 33%. In totaal gaat het hier over 5.496 plaatsen. Het vooropgezette cijfer van 33% is een globaal streefcijfer voor de regio's. Regio's die al ruimer zitten, moeten wel op basis van een reële behoefte boven 33% kunnen gaan, terwijl het op basis van de reële behoefte voor sommige regio's niet nodig zal zijn om effectief tot 33% te gaan. Om extra plaatsen te realiseren voor kinderen jonger dan 3 jaar in die regio's die de minimumnorm van 33% opvangplaatsen niet halen, is er 12.500.000 euro extra budget nodig.

#### 2.8.1.2 Het aantal kwalitatieve plaatsen voor buitenschoolse opvang uitbreiden

Om tienduizend kwalitatieve plaatsen in de buitenschoolse opvang te realiseren, is er een meersporrenbeleid nodig: met initiatieven voor buitenschoolse opvang, aparte lokalen van een kinderdagverblijf, voor- en naschoolse opvang in en door de scholen. Niet elke gemeente beschikt al over kwalitatieve buitenschoolse opvang. Gemeenten die nog niet over een kwalitatieve en gesubsidieerde opvang beschikken en waar de ingeschatte behoeften het hoogst zijn, krijgen voorrang voor de toekenning van middelen.

Bovendien is het de bedoeling om via de invalshoek van het welbevinden van het kind, de kwaliteit in de opvang voor en na de school te vergroten. Verschillende actoren nemen de functie buitenschoolse opvang op. Van de gebruikers van buitenschoolse kinderopvang wordt 28,4% opgevangen in de scholen: in het Vlaams Gewest zijn dat zo'n 85.520 kinderen. Elk kind met een opvangbehoefte heeft recht op kwaliteitsvolle buitenschoolse kinderopvang. Vanuit het belang van het kind is het verantwoord om middelen te voorzien voor de kwaliteitsverhoging van de schoolse opvang. Scholen organiseren vaak buitenschoolse opvang hoewel ze hier decretaal niet toe verplicht zijn. Vaak doen ze dat met erg beperkte middelen. Het doel is om scholen een kwalitatieve ondersteuning te bieden en een financiële toelage. Dat leidt tot een betere verankering van de schoolse buitenschoolse opvang in het opvanglandschap.

Om deze tweeledige doelstelling te realiseren, is per jaar een budget van 6.500.000 euro nodig om te werken aan de kwaliteit van de schoolopvang, en 13.800.000 euro voor vijfduizend extra plaatsen in Initiatieven Buitenschoolse Opvang en Kinderdagverblijven. Daarnaast moet er ook een nieuw Be-

sluit van de Vlaamse Regering komen met voorwaarden voor erkenning en subsidiëring van de buitenschoolse opvang in en door scholen.

#### **2.8.1.3 De zelfstandige kinderopvangsector versterken**

De zelfstandige opvang biedt veel opvangplaatsen. Er zijn veel initiatiefnemers die starten, maar ook veel die stoppen. Om starters te laten blijven en het aanbod te continueren is het nodig de sector te versterken op alle mogelijke terreinen waar de overheid kan optreden. Meer bepaald kunnen deze acties voor versterking zorgen: starters informeren en begeleiden, de fiscale en sociale zekerheidssituatie bevorderen, kwaliteitsondersteuning door financiële stimuli en ondersteuning van een netwerk.

#### **2.8.1.4 De toegankelijkheid van de kinderopvangvoorzieningen verhogen**

Kinderen uit kwetsbare doelgroepgezinnen (zoals migranten en kansarmen) en kinderen met een specifieke zorgbehoefte om medische of sociale redenen moeten gemakkelijker toegang krijgen tot de kinderopvang en moeten zich er beter thuis voelen.

Daarvoor moeten we betaalbare opvangplaatsen garanderen door per arrondissement voor een vast aantal opvangplaatsen de ouderbijdrage aan het gezinsinkomen te koppelen. Verder moet het bestaande voorrangbeleid strikter geformuleerd worden en andere prioriteiten nastreven zodat bepaalde doelgroepen voorrang krijgen. Een afdwingbare bepaling in de regelgeving bevordert de toepassing van dit voorrangbeleid. Dat veronderstelt een wijziging aan het Besluit van de Vlaamse regering van 23 februari 2001 over de voorwaarden voor erkenning en subsidiëring van kinderdagverblijven en diensten voor opvanggezinnen, en aan het Besluit van Vlaamse regering van 23 februari 2001 over de voorwaarden voor erkenning en subsidiëring van initiatieven voor Buitenschoolse opvang. Verder zal de toepassing van het voorrangbeleid ook gestimuleerd worden door de voorzieningen te sensibiliseren. Ten slotte moet er onderzocht worden hoe men gezinnen met een laag inkomen die in de zelfstandige opvang een ouderbijdrage moeten betalen die niet gekoppeld is aan hun inkomen, ondersteunend tegemoet kan komen. Met dit initiatief gaat een budget van 1.250.000 euro gepaard.

### **2.8.2 Preventie in de ruime zin (kindermishandeling inbegrepen)**

#### **2.8.2.1 Netwerken opzetten voor opvoedingsondersteuning**

Preventie binnen Kind en Gezin is de laatste jaren sterk verruimd naar pedagogische preventie: ondersteuning van gezinnen bij vragen rond de ontwikkeling en opvoeding van hun kinderen. In het algemene preventieve aanbod kunnen basisfuncties van opvoedingsondersteuning aan bod komen, zoals informatie en advies geven, of signalen detecteren. Omdat een belangrijk deel van de ouders opvoedingsonzekerheid ervaart, moeten we dit aanbod nog verder versterken. In eerste instantie door te kiezen voor de uitbouw van pedagogisch adviseren, zodat ouders bij Kind en Gezin terecht kunnen met hun opvoedingsvragen. Om pedagogische adviezen te geven moeten zes voltijdse pedagogen of psychologen aangeworven worden, wat een kost van 340.000 euro met zich brengt. De publieke opinie zal ook gesensibiliseerd worden rond dit aanbod. We willen ouders bewuster maken van het belang van positief ouderschap en een cultuur creëren waar vragen stellen rond opvoeding kán en mág. Het moet niet alleen gaan over vaccinaties, voeding en verzorging. Verwacht wordt dat de documentatie en het communicatiemateriaal voor deze sensibiliseringsactiviteiten 100.000 euro gaan kosten. Naast de uitbouw van het pedagogisch adviseren binnen de activiteiten van Kind en Gezin is het nodig de inloopteams uit te breiden. Die teams hebben namelijk een aanvullende functie bij de preventieve zorg van Kind en Gezin, omdat zij via hun laagdrempelig contact en hun groepswerking specifiek gericht zijn op opvoedingsondersteuning voor kansarme autochtone en allochtone gezinnen. De subsidiëring van een inloopteam bedraagt gemiddeld 104.000 euro. Om tot een goede preventieve opvoedingsondersteuning te komen, is het ten slotte nodig regionale platformen op te richten. Deze platformen brengen het aanbod van opvoedingsondersteuning in de regio's in kaart en stemmen het aanbod op elkaar af. Het is momenteel nog niet mogelijk om de kost van dit initiatief in te schatten.

### 2.8.2.2 Sensibilisering rond en detectie van kindermishandeling

Voor kindermishandeling is de eerste bedoeling: de publieke opinie sensibiliseren rond de zware negatieve effecten van kindermishandeling en bewustmaken van het belang van positieve aanpak van kinderen. Kind en Gezin wil sensibiliseringsacties opbouwen rond de preventie van kindermishandeling via spots, affichecampagnes, folders enz. Naar schatting is daarvoor een budget van 100.000 euro nodig. Bovendien wil Kind en Gezin een uitbouw van de vertrouwenscentra kindermishandeling zodat die enerzijds de hoge druk van de vele meldingen verder aankunnen en anderzijds intensievere ondersteuning kunnen bieden aan alle welzijnspartners die te maken krijgen met kindermishandeling. De aanpak van kindermishandeling is een gedeelde verantwoordelijkheid van alle hulpverleners. De versterking van de kernopdracht van de vertrouwenscentra kindermishandeling, impliceert een verhoging van de subsidiëring met 560.000 euro. Een versterking van het personeel van de huidige vertrouwensartscentra is daar niet in begrepen. Verder moet de regelgeving van de vertrouwenscentra aangepast worden. Ten slotte is een uitbreiding van het personeel binnen de regioteams van Kind en Gezin nodig, om de taak van preventie kindermishandeling kwaliteitsvol te kunnen uitvoeren. De begeleiding van gezinnen met hoge risicofactoren vraagt veel tijd en kennis van zaken, maar is wel gewonnen op wat later in de curatieve sector geïnvesteerd zou moeten worden. De versterking van de regioteams preventieve zorg met twintig voltijdbanen kost 1.067.000 euro.

### 2.8.2.3 Nieuwe preventieve methodieken en onderzoekstechnieken: visusscreening

De medische preventie moet uitgebreid worden met een visusscreening. Gezichtsstoornissen zijn een belangrijk gezondheidsprobleem dat niet alleen de schoolse ontwikkeling van het kind, maar ook de socialisatie van het kind beïnvloedt, omdat slecht zicht oogcontact bemoeilijkt. Daarbij geven gezichtsstoornissen ook aanleiding tot een handicap in het latere beroepsleven (Europese richtlijn, ARAB-wetgeving en voorschriften bij specifieke beroepsgroepen). Uit onderzoek blijkt dat de prevalentie van amblyopie teruggedrongen kan worden van 4 naar 1%. Dat geeft een aanzienlijke maatschappelijke meerwaarde. Tot vandaag kon onderzoek van oogproblemen bij jonge kinderen alleen met klinische methoden uitgevoerd worden. Die zijn moeilijk uitvoerbaar en vragen een intense en regelmatig herhaalde training van de artsen. Daarom gebeurt dit onderzoek zo weinig in de praktijk, waardoor oogproblemen bij jonge kinderen meestal te laat ontdekt worden.

Kind en Gezin wil systematisch de belangrijkste oorzaken van amblyopie opsporen bij kinderen onder de schoolleeftijd. Daarvoor wil Kind en Gezin werken met een elektronisch screeningtoestel. De screening moet geïntegreerd zijn in een totaalprogramma van verwijzing, opvolging en registratie.

De kost voor de veralgemeende invoering van visusscreening is moeilijk te schatten, omdat de modaliteiten en de haalbaarheid nog uitgewerkt worden in een proefproject. Het nodige budget voor een veralgemeende visusscreening zal bepaald worden door: onderhoudskost van de toestellen, regelmatige vervanging van de toestellen en twee voltijdbanen ter ondersteuning van de veralgemeende invoering.

## 2.9 Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap

Wellicht de grootste uitdaging voor het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap is: de inmiddels zichtbaar geworden en geobjectiveerde **wachlijsten** wegwerken in de zorgsector en het Persoonlijk Assistentiebudget (PAB).

De wachlijsten hebben een historische component (de opgebouwde zorgtekorten uit het verleden) en een structurele component (de jaarlijkse aangroei van de wachlijsten, die voortkomt uit het negatieve saldo: de jaarlijkse instroom die groter is dan de uitstroom uit voorzieningen).

De structurele component heeft rechtstreeks te maken met de veroudering van de gehandicaptenpopulatie in de voorzieningen: de plaatsen blijven bezet en er komt nieuwe instroom bij.

Een wetenschappelijk onderbouwde programmatiestudie over de periode 2003-2007 levert het nodige cijfermateriaal over hoe we de **extra capaciteitsuitbreiding** moeten spreiden over de volgende jaren om het hoofd te bieden aan de historische en de structurele component van de wachtlijsten.

De studie becijferde het nodige aantal plaatsen per subsector en de nodige werkings- en investeringsbudgetten (zie cijferbijlage).

Nadat de wachtlijsten zichtbaar en geobjectiveerd zijn, werd er gekozen voor een decentraal model van zorgregistratie, zorgbemiddeling, zorgafstemming en zorgplanning. Deze processen, die bijkomende zorgcapaciteit prioritair toekennen aan de zorgvragers met de hoogste ernst- en urgentiegraad, werden toegewezen aan zogenaamde Regionale Overlegorganen Gehandicaptenzorg (ROGs), die hun advies voor de zorgplanning moeten toeleveren aan het Vlaams Fonds. Het Vlaams Fonds gaat deze processen centraal sturen door actuele, geïntegreerde datastromen ter beschikking te stellen.

De huidige dertien erkennings- of zorgtypes van het Vlaams Fonds moeten vervangen worden door meer **gedifferentieerde zorgprogramma's**. Zo realiseren we het zorg-op-maatprincipe. Om deze zorgprogramma's in te voeren, moeten we sterker investeren in een meer kwalitatieve diagnose- en indicatiestellingsprocedure. Die procedure moet de decretaal omschreven doelgroep efficiënt bewaken, en moet toelaten om aan elke rechthebbende het geschikte zorgtype en de gepaste zorggraad toe te kennen.

De invoering van meer gedifferentieerde zorgprogramma's houdt in dat het huidige **financieringssysteem** in de zorgsector van het Vlaams Fonds verandert. Sinds lang klinkt de roep om een eenvoudiger en meer gedifferentieerd systeem dan het huidige dagprijsmodel. De invoering van zorgprogramma's is daarvoor een mooie aanleiding. Het is de bedoeling voor alle zorgprogramma's een transparante en algemeen geldende prijs te bepalen. Bij de eventuele implementatie van het decreet over het persoonsgebonden budget (PGB) kan men dan terugvallen op de zorgprogramma's en de daaraan gelinkte prijzen.

Het aantrekkelijke hulpmiddelenaanbod en de snelle vernieuwingen op de markt van de **technologische hulpmiddelen** betekenen een opportuniteit voor personen met een handicap die streven naar autonomie. Maar tegelijk zijn ze een bedreiging als de persoon met een handicap niet genoeg advies krijgt over het nut en de efficiëntie van het hulpmiddel. Daarom moet het bestaande kennis- en ondersteuningscentrum van het Vlaams Fonds een sterkere rol krijgen in de organisatie en de controle op de indicering en advisering van hulpmiddelen. Ook moet het huidige systeem van individuele materiële hulp aangepast worden in functie van optimale indicering op het niveau van de individuele persoon met een handicap en in functie van een rationele aanwending van de beschikbare budgetten.

Conform het nieuwe oprichtingsdecreet moet het Vlaams Fonds de rol van gangmaker opnemen voor het **inclusieve beleid**. Dat betekent: andere administraties en instanties systematisch sensibiliseren om maximale integratie-effecten na te streven als ze regels en wetgeving ontwikkelen.

## 2.10 Gezin en Maatschappelijk Welzijn

### 2.10.1 De zorgverzekering

Op 1 oktober 2004 is de zorgverzekering drie jaar operationeel. Door deze regeling ontvangen meer dan 80.000 heel zwaar zorgbehoevende personen die thuis verzorgd worden elke maand 90 euro als tussenkomst in hun niet-medische kosten. Voor 65.000 mensen loopt dit bedrag op tot 125 euro per maand: alle bewoners van erkende residentiële ouderenvoorzieningen (rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen) en psychiatrische verzorgingstehuizen.

#### **2.10.1.1 Tijd voor een grondige evaluatie van de doeltreffendheid...**

De Vlaamse regering moet tegen eind 2004 een wetenschappelijk onderbouwd multidisciplinair onderzoek laten uitvoeren om de doeltreffendheid van de huidige regelgeving te evalueren. Onderzocht moet worden in welke mate de huidige tussenkomsten de niet-medische kosten dekken ten gevolge van de zorgbehoefte en in welke mate de doelgroep bereikt wordt.

#### **2.10.1.2 ... en van de doelmatigheid van het uitgewerkte systeem**

De relatief kleine ledenbijdrage innen brengt een hoge overheadkost met zich: onder andere door de belangrijke tijdsinvestering die nodig is om de aansluitingen van jaar tot jaar op te volgen, of om aanmaningsbrieven te sturen naar mensen die niet vrijwillig betalen. De zorgkassen hebben enorme problemen om binnen de toegekende werkingsmiddelen te voldoen aan de gevolgen van het innen van een forfaitaire bijdrage. Zij worstelen met de complexiteit die de verwerking van het lidmaatschap en de ledenbijdragen van 4,2 miljoen personen met zich brengt. Blijven voldoen aan alle eisen ten gevolge van de forfaitaire bijdrage zal de overheadkost voor werking en personeel van het Vlaams Zorgfonds en de acht zorgkassen nog verder aanzienlijk de hoogte indrijven. Het behoud van de ledenbijdrage zou tot gevolg hebben dat in de praktijk een dienst uitgebouwd moet worden die vergelijkbaar is met die van het ledenbeheer van het RIZIV. Het is daarom wenselijk op zoek te gaan naar alternatieve financieringsvormen.

#### **2.10.1.3 ... en van de financiering van de zorgverzekering**

De vergrijzing van de bevolking maakt het nodig de budgetten fors te verhogen om niet-medische kosten terug te betalen in het kader van de zorgverzekering. Zelfs als het beleid niet verandert, zijn de vandaag voorziene middelen vanaf 2006 ontoereikend om de lopende tenlastenemingen te dekken. Om te vermijden dat we het nog in opbouw zijnde reservefonds moeten aanspreken, moeten de financiële middelen van het Vlaams Zorgfonds vanaf 2006 toenemen. Het decreet over de organisatie van de zorgverzekering stelt dat de bijdrage bepaald wordt op basis van de draagkracht van de leden: daarom moet de hierboven vermelde grondige wetenschappelijke evaluatie uitmaken hoe de financiële middelen van het Vlaams Zorgfonds kunnen toenemen door een inkomensgebonden financiering in te voeren.

### ***2.10.2 Jongerenwelzijn***

#### **2.10.2.1 Hulpverlening voor jongvolwassenen verruimen**

Een groeiende groep 17- tot 25-jarigen mist een diploma, blijft werkloos en vindt moeilijk huisvesting, kan niet terugvallen op een thuisbasis. Zonder ondersteuning of opvang geraken zij te vaak in een neerwaartse spiraal van problematisch druggebruik, psychische en relationele problemen, thuisloosheid en confrontaties met maatschappelijke instituties.

Door de toegenomen druk en complexiteit van de problemen dreigen de opvangcentra voor thuisloze jongvolwassenen dicht te slibben. Een aanpassing van ministeriële besluiten voor de erkenning van de autonome centra voor algemeen welzijnswerk dringt zich op. Met een extra budget van 1.127.000 euro – o.a. voor 25 extra voltijdbanen – is de instroom in de residentiële opvangcentra voor jongvolwassenen onder controle te brengen.

Het autonome algemeen welzijnswerk kan vroegtijdig ingrijpen en deze jongvolwassenen gefaseerd begeleiden om zelfstandigheid te verwerven en een toekomstperspectief uit te bouwen. Vanuit een zorg op maat komen daarbij aan bod: wonen, werk, opleiding, administratie en budget, sociale en relationele vaardigheden. De jongere geeft zelf aan op welke terreinen hij ondersteuning en begeleiding nodig heeft.

De autonome centra voor algemeen welzijnswerk werken hiervoor samen met o.a. de huisvestingssector, lokale besturen en voorzieningen uit de bijzondere jeugdbijstand.

### 2.10.2.2 Ruimte voor zorg op maat

De bezettingsgraad van het privé-aanbod van de bijzondere jeugdbijstand steeg tot bijna 95% door de versnelde instroom van minderjarigen. Verwijzende instanties signaleren capaciteitsgebrek waardoor kinderen en jongeren niet de hulp krijgen waar ze recht op hebben. De bestaande capaciteit moet uitgebreid worden met 350 plaatsen, inclusief aanbod voor specifieke doelgroepen of problematieken, zoals jonge kinderen in een ernstige problematische opvoedingssituatie (POS).

Daarnaast moet de nieuwe gemeenschapsinstelling in Antwerpen verder uitgebouwd worden tot een volwaardige instelling met een vijftigtal plaatsen.

Bij het bepalen van de prioriteiten moeten de verwijzende instanties initieel een stem hebben. Aanvragen van initiatiefnemers moeten uitvoerig in de regio's afgetoetst worden.

De databank Domino zal de kloof registreren tussen gewenste en gerealiseerde hulpverlening en zal toelaten de bestemming van de middelen geografisch en naar werkvorm te richten.

Een onderzoek naar de kostenefficiëntie van werkvormen, projecten en experimenten dringt zich op. De administratie moet de beschikking krijgen over een instrument om blijvend het bestaande aanbod en vernieuwende initiatieven te evalueren. Externe expertise moet de ontwikkeling van zo'n instrument ondersteunen.

Integrale jeugdhulpverlening beoogt samenwerking en afstemming van het hulpaanbod op de vraag van de cliënt én van verschillende soorten hulpaanbod onderling in functie van de vraag van de cliënt – zorg op maat. Een betere kennis van en zicht op de evolutie van de hulpvragen moet de permanente bekommernis schragen om de begeleidings- en plaatsingsduur te verminderen.

### 2.10.2.3 Gevolgen wijziging federale wet jeugdbescherming

De door de federale overheid voorgenomen aanpassing van de wet op de jeugdbescherming richt zich op een grotere diversificatie van maatregelen die opgelegd kunnen worden aan jongeren die een delict pleegden. Dit houdt in dat specifieke dienstverlening aan jongeren die de Vlaamse Gemeenschap nu op projectbasis subsidieert in het kader van experimenten (bijvoorbeeld herstelgericht groepsoverleg) een reglementaire toepassing moet krijgen in de hele Vlaamse regio.

Daarnaast leidt de voorgenomen wetswijziging tot een uitbreiding van de taken van de sociale diensten van de Vlaamse Gemeenschap bij de jeugdrechtbanken en van de begeleidingsteams van de Vlaamse Gemeenschap in de gesloten centra voor minderjarigen.

De Vlaamse Gemeenschap is op basis van de Bijzondere wetten over de staatshervorming bevoegd voor de uitvoering van de federale maatregelen voor jeugddelinquenten.

Om deze uitgebreide opdrachten effectief op te nemen zijn er extra middelen nodig voor personeel en werkingskosten.

## 2.10.3 Ouderen- en thuiszorg

### 2.10.3.1 Nieuwe programmatie voor thuiszorgvoorzieningen

De vraag naar professionele thuiszorg stijgt. Daarom moeten we streven naar een effectieve bezetting van de thuiszorgvoorzieningen en naar kortere wachtlijsten in thuiszorg- en in residentiële voorzieningen.

De huidige programmatie rekent met bevolkingsprojecties die vijf jaar vooruitblikken. Waar in bepaalde regio's de programmatie volledig ingevuld is, blijven er elders grote leemtes. Maar ook in de regio's die al volledig ingevuld zijn, is er een uitbreiding nodig van de voorzieningen. Wetenschappelijk onderzoek moet de huidige en toekomstige noden aan thuiszorg detecteren en een passende en flexibele programmatie van de voorzieningen ontwikkelen tegen 1 juli 2006.

### **2.10.3.2 Enveloppenfinanciering in gezinszorg**

De enveloppenfinanciering moet de administratieve lasten verlichten voor de administratie en voor de diensten voor gezinszorg. Deze enveloppenfinanciering moet de financiële leefbaarheid garanderen. Ter voorbereiding van de wijziging van het subsidie-instrument is een financiële audit van deze diensten aan te bevelen. Tegen eind 2005 moet de audit resultaatsindicatoren opleveren, die bepalend zijn voor de subsidie-enveloppe. Een testperiode in enkele diensten voor gezinszorg laat toe de haalbaarheid van het nieuwe subsidiëringmechanisme na te gaan.

De berekening van de gebruikersbijdrage voor wie een beroep doet op een dienst voor gezinszorg, wordt onderzocht en bijgesteld. De gebruikersbijdrage moet rekening houden met de financieringsstructuur van de diensten voor gezinszorg, de betaalbaarheid voor de gebruikers en de evoluties in het kader van de zorgverzekering.

Op basis van de resultaten van de testperiode wordt het systeem van enveloppenfinanciering geëvalueerd en waar nodig aangepast en bijgestuurd.

### **2.10.3.3 Integratie opleidingscentra polyvalent verzorgenden in volwassenenonderwijs voor sociale promotie**

Vandaag organiseren opleidingscentra, verbonden aan een dienst voor gezinszorg, opleidingen tot polyvalent verzorgende. Deze opleidingscentra worden erkend en gesubsidieerd door de administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn.

Het kwaliteitsniveau van deze opleidingen tot polyvalent verzorgende moet inhoudelijk hoog genoeg zijn om te beantwoorden aan de toenemende zorgvraag en de steeds hogere eisen van hulpvragers voor professionele hulp in een dienst voor gezinszorg, een thuiszorgvoorziening of een residentiële (ouderen)voorziening. De onderwijskwaliteit kan beter gegarandeerd, bewaakt en gestimuleerd worden als deze opleidingen georganiseerd worden in het secundair onderwijs voor sociale promotie (volwassenenonderwijs).

De opleidingscentra gaan dan een samenwerkingsverband aan met een al bestaand centrum voor volwassenenonderwijs, dat de opleiding tot polyvalent verzorgende (gerangschikt als BSO van de derde graad) verder inricht. Een opleidingscentrum dat genoeg cursisten bereikt, kan eventueel ook erkend en gesubsidieerd worden als zelfstandig centrum voor volwassenenonderwijs (voor het studiegebied personenzorg in het secundair onderwijs).

### **2.10.3.4 Uitbouw meldpunten ouderenmisbehandeling**

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

Het Centrum Algemeen Welzijnswerk Zuidoost-Vlaanderen startte enkele jaren geleden met een centraal meldpunt voor ouderenmis(be)handeling. Het initiatief kreeg navolging op provinciaal niveau, wat maakt dat naast het centrale meldpunt momenteel in elke Vlaamse provincie én in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, meldpunten opgestart worden. Deze initiatieven werken met een beperkte projectsubsidie.

Omwille van de maatschappelijke relevantie van deze problematiek is het wenselijk de verschillende meldpunten gestructureerd te organiseren. Voor de toekomst denkt men aan de uitbouw van laagdrempelige en herkenbare meldpunten en aan de ontwikkeling van een uniforme aanpak (registratie, coördinatie, opvolging) van ouderenmis(be)handeling. De zwaarste opdracht blijft: de eigen verantwoordelijkheid stimuleren en de maatschappij sensibiliseren.

Dit is een totaal onhaalbare opdracht als men alleen maar een beroep kan doen op projectfinanciering. Structurele ondersteuning dringt zich op.

#### **2.10.3.5 Uitbouw van een thuiszorgfoon (infolijn)**

De functionele administratie wordt vandaag regelmatig geconfronteerd met vragen naar informatie over mantelzorg en over de verschillende thuiszorgvoorzieningen. Daarom is het aan te bevelen een Thuiszorgfoon uit te bouwen, die telefonisch en elektronisch bereikbaar is, en die bij de bevolking de nodige bekendheid krijgt door een ruime mediacampagne.

Ook klachten over een thuiszorgvoorziening kunnen worden gemeld bij deze Thuiszorgfoon. Deze klachten komen nu nog terecht bij de functionele administratie, maar krijgen op dat niveau moeilijk een voor alle betrokken partijen bevredigende oplossing. Aan de Thuiszorgfoon kan de mogelijkheid geboden worden om een beroep te doen op een neutrale buitenstaander: objectieve bemiddeling kan een instrument zijn dat toelaat voor klachten een vergelijk te vinden waarin zowel de klagende gebruiker als de betrokken voorziening zich kunnen vinden.

### **2.10.4 Vernieuwde opdracht autonome centra voor algemeen welzijnswerk**

#### **2.10.4.1 Programmatie eerstelijns welzijnswerk objectiveren**

Decretaal is voor het algemene welzijnswerk een programmatie voorzien, maar die werd nog niet geconcretiseerd. Toch is deze programmatie het instrument bij uitstek om tot een evenwichtige spreiding te komen van het hulp- en dienstverleningsaanbod van het autonome algemeen welzijnswerk in Vlaanderen en Brussel. De programmering moet de basis vormen voor de verdeling van extra middelen uit toekomstige initiatieven in deze subsector.

#### **2.10.4.2 Kansarmoede terugdringen**

Er is een reële kloof tussen de wenselijkheid van welvaart voor iedereen en de werkelijke uitsluiting voor sommigen. Mensen horen hun eigen identiteit en keuzes te bepalen. Wie daarvoor de competentie mist, dreigt terecht te komen in onwelzijn en kansarmoede. Niet-familiegebonden relaties en een sociaal netwerk falen dan in moeilijke periodes.

De meest voorkomende hulpvragen in het ambulante algemeen welzijnswerk gaan over psychisch functioneren, relatieproblemen en echtscheiding. Het hulpaanbod is niet genoeg uitgebouwd en ongelijkmatig gespreid over Vlaanderen en Brussel. Bovendien ontbreken vooral voor de centra uit landelijke gebieden doorverwijsmogelijkheden. Een voorbeeld: personen met relationele en psychische problemen die niet pathologisch zijn, kunnen niet terecht bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Duidelijke samenwerkingsafspraken op de eerste lijn tussen gemeentebesturen, OCMW's en andere welzijnssectoren, gecombineerd met de extra inzet van ongeveer 53 voltijdbanen hulpverleners of 2.390.000 euro, moeten zorgen voor een evenwichtige uitbouw van dit hulpaanbod.

Een doorlichting van het algemeen ambulant hulpaanbod van de autonome centra voor algemeen welzijnswerk leert dat ze kansarmen te weinig bereiken bij gebrek aan aangepaste methodieken. Ervaringsdeskundigen in de armoede in elk autonoom centrum voor algemeen welzijnswerk werken drempelverlagend om kansarmen op weg te helpen bij het oplossen van hun problemen. Bovendien krijgen kansarmen zo meer inspraak en participatie in hun hulpverleningsproces. Hiervoor is een extra inzet van 30 voltijdbanen of 1.350.000 euro nodig.

#### **2.10.4.3 Begeleid wonen en zorgwonen**

Ruim de helft van de 12.000 thuislozen die per jaar in de opvangcentra van het algemene welzijnswerk terechtkomen, zou volgens recent onderzoek kunnen doorstromen naar sociale woningen, als die voor hen toegankelijk zouden zijn. Ruim één vierde kan via een traject begeleid wonen de nodige vaardigheden leren om zelfstandig te wonen. Maar er is een tekort aan betaalbare woningen. De uitbouw van begeleid wonen en woonbegeleiding, met integrale begeleiding voor administratie, financiën en netwerkvorming, vormt dan ook de ruggengraat van het beleid om thuisloosheid te verminderen. Samenwerking tussen de welzijnssector, de huisvestingssector en de lokale besturen staat centraal, ieder vanuit zijn eigen kerntaken.

Bovendien is de verdere uitbouw van het zorgwonen voor oudere en zorgbehoevende thuislozen van belang. In een integrale aanpak van de vergrijzing van de thuislozen worden hen blijvend de structuur en begeleiding geboden, die maximale autonomie en zelfredzaamheid waarborgen. Het autonome algemeen welzijnswerk en de thuisverzorgingssector (SIT's) remmen zo de instroom naar de zwaardere zorgsectoren af.

Hiervoor is een extra budgettaire inspanning nodig: 7.800.000 euro om ruim 170 voltijdse hulpverleners in te zetten.

#### **2.10.4.4 Uitbouw schuldbemiddeling**

De nood aan schuldbemiddeling neemt gestaag toe. Kansarmen maken schulden voor huurwaarborgen of -achterstallen, voor kleding en voeding, gezondheidsuitgaven, enz. Ook relatief goeude individuen en gezinnen moeten steeds vaker hulp invoeren wegens een escalerende schuldenlast.

Een gespecialiseerd schuldbemiddelaar per autonoom centrum voor algemeen welzijnswerk zou zich kunnen toeleggen op de consumentenproblematiek voor de ambulante en de residentiële diensten van het centrum.

De autonome centra voor algemeen welzijnswerk moeten daarvoor onderling en met de OCMW's uit hun werkgebied de taken op elkaar afstemmen en samenwerkingsafspraken maken. Tegen eind 2007 is hiervoor een budget nodig van 2.163.000 euro voor o.m. 48 voltijdbanen.

#### **2.10.4.5 Aanvaardbare afspraken stimuleren tussen uit elkaar gaande partners**

Bij twee op drie echtscheidingen in Vlaanderen blijven conflicten aanslepen. Scheiding is een geheel van psychosociale, financiële en economische elementen. Kinderen evolueren het best als ze niet geklemd raken in het ouderlijke conflict, als ze met beide ouders een positieve band kunnen onderhouden en als er geen financiële problemen rijzen.

Naarmate scheidende partners het in een bemiddelingsproces zelf eens worden over afspraken en oplossingen, duiken later minder problemen op voor hun eigen leefsituatie en voor de opvoeding van hun kinderen.

Deskundige hulpverleners horen in elk autonoom centrum voor algemeen welzijnswerk inzetbaar te zijn voor scheidings- en ouderschapsbemiddeling. Deze bemiddelaars moeten zich prioritair inzetten voor personen die wegens de financiële last en de noodzakelijke psychosociale ondersteuning geen beroep doen op een advocaat. De bemiddelaar helpt dan mensen die een scheiding ernstig overwegen, die beslist hebben te scheiden of die al gescheiden zijn. Dit vraagt een extra investering van 1.760.000 euro of 39 extra voltijdbanen.

#### **2.10.5 Geweld, onveiligheid en criminaliteit bestrijden met sociale aansluiting**

Het versterken van de sociale cohesie en de sociale aansluiting wordt als een vanzelfsprekende en relevante benadering gezien van problemen in de gewelds- of delictsfeer. Hulp- en dienstverlening aan mensen in een 'forensische' context richt zich naar daders, slachtoffers en naastbestaanden.

De federale basiswet gevangeniswezen en rechtspositie van gedetineerden geeft gedetineerden rechten waarvan de uitvoering behoort tot de bevoegdheidssfeer van de Vlaamse Gemeenschap. De Vlaamse overheid wil het recht op hulp- en dienstverlening waarborgen van alle gedetineerden en ze een rechtsgelijke behandeling geven in elke gevangenis.

Richtsnoer is het in 2000 goedgekeurde en sindsdien in zes Vlaamse gevangenissen geïmplementeerde Strategisch plan hulp- en dienstverlening aan gedetineerden. Eind 2008 moeten negen bijkomende gevangenissen in Vlaanderen en twee gevangenissen in Brussel bereikt worden.

In verschillende internationale rapporten werd België gewezen op tekorten en inbreuken op elementaire mensenrechten door het gebrek aan een aangepast aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor gedetineerden en voor de specifieke doelgroep van geïnterneerden. Het actieplan voor de uitbouw van de Vlaamse hulp- en dienstverlening aan gedetineerden en meer specifiek de ondersteuning van gespecialiseerde forensische teams in de participerende Centra Geestelijke Gezond-

heidszorg verdienen dringend aandacht. Hiervoor wordt een investering van 1.100.000 euro verwacht.

Implicaties van het voorstel:

- Budget Welzijn: 9.000.000 euro (al gerealiseerd: 4.000.000 euro)
- Budget Gezondheid, Onderwijs, Cultuur, Tewerkstelling: 5.900.000 euro (al gerealiseerd: 1.525.000 euro)
- Nodig personeel Welzijn: 186 voltijdbanen (waarvan er al 86 gerealiseerd zijn).

De bijdrage van het welzijnswerk moet versterkt worden in de probleemoplossing voor daders en slachtoffers en in het herstel tussen daders en slachtoffer. Dat moet zo snel mogelijk gebeuren, en zo dicht mogelijk bij het niveau waar de problemen zich voordoen.

Vernieuwing is nodig in de wisselwerking tussen welzijnswerk met slachtofferhulp, justitieel welzijnswerk, residentiële hulp, gezins- en relationeel welzijnswerk. Alternatieve of aanvullende welzingsgerichte wegen voor de strafrechtelijke afhandeling moeten aangeboden worden. Daarvoor moet er in de welzingssector een aanspreekpunt komen voor justitieel en politieel gedetecteerde probleemsituaties. Betrokken actoren zijn de centra voor algemeen welzijnswerk, OCMW's, het Forum voor Herstelrecht en Bemiddeling Sugnomè, de Bijzondere Jeugdbijstand met zijn herstelgerichte afhandeling, rechtbanken, parketten, justitiehuisen en politiediensten. Nodig personeel: 120 voltijdbanen.

Het Vlaams forensisch beleid moet oog hebben voor de vereiste samenwerking en voor het overleg met lokaal justitieel en sociaal beleid. Wetenschappelijk onderzoek moet de Vlaamse bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het forensische terrein in kaart brengen, gekoppeld aan een progressieve uitbouw van acties in het gevangeniswezen en in ambulante setting. Doel is: een gestructureerde, volledige, homogene en decretaal onderbouwde bevoegdheidsuitoefening.

## **2.10.6 Etnisch-culturele minderheden**

### **2.10.6.1 Samenleven in diversiteit**

Het Strategisch plan voor het Vlaamse minderhedenbeleid 'Samenleven in diversiteit' (maart 2004) vermeldt twee strategische doelstellingen.

Samenleven in diversiteit moet bij de hele bevolking bevorderd worden. Daarvoor moet de interculturele competentie van de politieke en maatschappelijke instellingen verhogen. En de bevolking moet gestimuleerd en ondersteund worden om in een interculturele samenleving te leven.

Minderheidsgroepen moeten volwaardig en in verhouding tot hun aandeel in de bevolking toegang krijgen tot alle maatschappelijke en politieke instellingen. Hun evenredige participatie moet gewaarborgd worden. Het strategische plan plaatst tewerkstelling en onderwijs voorop. Voor nieuwkomers moeten we een onthaalbeleid uitwerken. En voor mensen zonder wettig verblijfstatuut een opvangbeleid. Emancipatie bevorderen veronderstelt een verdere versterking van de organisaties van etnisch-culturele minderheidsgroepen.

### **2.10.6.2 Het Strategisch plan Vlaams minderhedenbeleid 'Samenleven in diversiteit' ingekleurd vanuit het beleidsdomein Welzijn**

#### **Hervorming Interdepartementale Commissie Etnisch-Culturele Minderheden (ICEM)**

Het onderzoek van Hans Verhoeven e.a. *Het Vlaamse minderhedenbeleid gewikt en gewogen. Evaluatie van het Vlaamse Minderhedenbeleid* leert dat de coördinatie, monitoring en evaluatie van dit beleid sterk kunnen verbeteren. De coördinerende Commissie voor het Minderhedenbeleid slaagt er onvoldoende in om deze taak uit te voeren wegens te weinig ondersteuning, mensen, middelen en tijd. Tegen 1 januari 2006 zou de coördinerende minister een vernieuwd instrumentarium moeten hebben voor de aansturing, monitoring en evaluatie van het gevoerde beleid.

#### **Bijsturing van de minderhedensector**

Een kritische succesfactor uit het strategische plan is de voorbeeldfunctie van de Vlaamse, provinciale en lokale overheden. Hoe kunnen integratiediensten hen ondersteunen om een inclusief en gecoördineerd minderhedenbeleid te voeren? Daarvoor moeten we onderzoeken hoe de huidige reglementering voor integratiediensten aangewend en aangepast kan worden, zodat ze de nodige instrumenten kunnen aanreiken. Dat vergt alleszins meer middelen. In dat licht moet ook de taakinvulling van de integratiecentra herbekeken worden.

### **Optimaal bereik van de welzijnsvoorzieningen**

Uit onderzoek in een aantal sectoren blijkt de oververtegenwoordiging van etnisch-culturele minderheden in o.a. residentiële vormen van hulpverlening, terwijl ze in andere welzijnsvoorzieningen nauwelijks aanwezig zijn. De meeste welzijnssectoren hebben geen zicht op het bereik van deze doelgroep. Tegen 2006 moet de administratie voor elke sector een getrouw beeld krijgen van het aandeel van etnisch-culturele minderheden, per voorziening. Nu al worden registratiesystemen uitgewerkt, die kunnen aansluiten bij het monitoringsysteem van ICEM. Tegen 2010 willen de welzijnssectoren de stijging naar een voor de regio's representatief aandeel van etnisch-culturele minderheden kunnen registreren. De kwaliteit van de dienstverlening moet daarom verhogen: dienstverlening op maat van de gebruiker, interculturalisering van de voorzieningen met intercultureel management en een communicatiebeleid op maat.

### **Meer allochtoon personeel – op alle niveaus – in de welzijnsvoorzieningen**

Elke welzijnssector moet de personeelssamenstelling zo snel mogelijk in kaart brengen. Vanaf 2005 moeten voorzieningen er in een inhaalbeweging zorg voor dragen dat hun personeelsbestand steeds meer en op alle niveaus van de organisatie de samenstelling van de bevolking weerspiegelt. Tegen 2010 moet het aantal personeelsleden behorend tot etnisch-culturele minderheden aanzienlijk toegenomen zijn.

### **Behoeftedekkend aanbod aan kwaliteitsvolle woonwagenterreinen**

De welzijnsbegroting trekt elk jaar middelen uit om woonwagenterreinen aan te leggen en te renoveren. Het aantal standplaatsen is nog ruim onvoldoende. Tegen 2010 moet het aantal standplaatsen groeien met 750 eenheden op residentiële terreinen en met 500 op doortrekkersterreinen. Bijkomende kredieten zijn daarvoor nodig. Met provincies en gemeenten moet nauw overlegd worden over de creatie van geschikte ruimte.

### **Specifieke welzijnsacties voor mensen zonder wettig verblijf**

Het recht op onderdak is voor mensen zonder wettig verblijf niet gegarandeerd. Bij de centra voor algemeen welzijnswerk kunnen deze mensen niet terecht: de kosten worden niet terugbetaald. Via het Federaal Impulsfonds voor het migrantenbeleid versterkt met Vlaamse middelen kan een tijdelijk project al enige jaren deze kosten voor een beperkte groep terugbetalen. Er moet een wettelijke regeling komen waardoor centra voor algemeen welzijnswerk dakloze mensen zonder wettig verblijf kunnen begeleiden, opvangen en oriënteren.

### **Extra middelen voor het minderhedenforum**

Om de emancipatie van minderheidsgroepen verder te bevorderen, moeten de subsidiëring en wellicht ook de opdrachten van het Minderhedenforum uitgebreid worden.

#### **2.10.6.3 Onthaal van nieuwkomers**

Nieuwkomers zijn personen van vreemde herkomst die toegelaten worden tot het grondgebied, naar Vlaanderen komen met de bedoeling hier voor langere tijd te verblijven en geen of niet genoeg Nederlands kennen. Een gepast onthaal van nieuwkomers en een opstap tot volwaardige deelname aan de samenleving hebben een positief effect op het samenleven in diversiteit.

Het inburgeringsdecreet van 19 februari 2003 trad in werking op 1 april 2004. In uitvoering hiervan krijgt elke vreemdeling die zich met duurzaam perspectief in ons land vestigt, binnen een jaar na inschrijving in het bevolkingsregister, een inburgeringstraject op maat aangeboden. Het inburgeringstraject omvat: Nederlandse taallessen, een vormingspakket maatschappelijke oriëntatie, persoonlijke trajectbegeleiding en loopbaanoriëntatie zoals toeleiding naar de arbeidsmarkt of naar een vervolgopleiding. De implementatie van deze regelgeving moet nauwgezet opgevolgd worden met

oog voor de efficiëntie in het samenspel van actoren en ingezette middelen en voor de effectiviteit via het aantal bereikte nieuwkomers en de meerwaarde van het inburgeringstraject.

Daarnaast moet de Vlaamse regering een onthaalbeleid opstarten voor nieuwkomers die geen aanspraak kunnen maken op een inburgeringstraject; dat zijn veelal nieuwkomers met een precair verblijfsstatuut. Dat aangepaste onthaal kan aspecten van maatschappelijke oriëntatie of informatie over basisrechten omvatten. De Vlaamse overheid kan de lokale overheden ondersteunen om een aangepast onthaal te voorzien.

## Bijlage 1 - Beleidsdomein Welzijn en Volksgezondheid

### Kenmerken van en ontwikkelingen in de zorgvraag

#### Inleiding

Uit de "Kerncijfers Welzijn en Volksgezondheid" werden die gegevens geselecteerd die een indicatie geven van de aard en/of evolutie in de zorgvraag.

#### Gehandicaptensector

| Evolutie van het aantal aanvragen tot inschrijving en van het aantal zorgvragen m.b.t. de individuerichte prestaties in de gehandicaptensector |        |        |        |        |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
|                                                                                                                                                | 1999   | 2000   | 2001   | 2002   | 2003** |
| Aantal aanvragen tot inschrijving                                                                                                              | 17.093 | 18836  | 23.612 | 18.875 | 21901  |
| Aantal ingediende zorgvragen                                                                                                                   | 26.961 | 28.176 | 34.630 | 58.742 | 56972  |
| m.b.t. individuele materiële bijstand (IME)                                                                                                    | 13.056 | 14.511 | 17.807 | 44.627 | 43014  |
| m.b.t. sector zorg                                                                                                                             | 8.190  | 7.806  | 7.610  | 8.247  | 7832   |
| Aantal gunstige beslissingen                                                                                                                   |        |        |        |        |        |
| m.b.t. IMB                                                                                                                                     | 11.928 | 12.074 | 11.469 | 19.914 | 42572  |

(\*\*) voorlopige cijfers

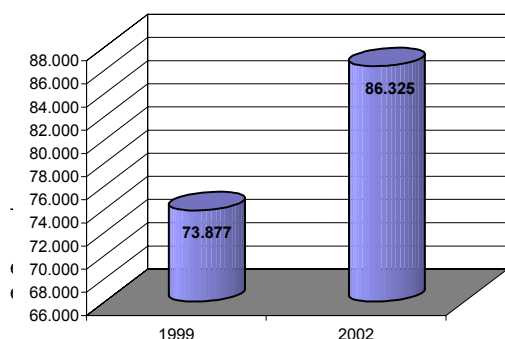
| Persoonlijk assistentiebudget |       |      |      |
|-------------------------------|-------|------|------|
|                               | 2001  | 2002 | 2003 |
| aantal aanvragen              | 1.378 | 595  | 574  |
| aantal toegewezen budgetten   | 316   | 163  | 285  |

| Programmatie 2003-2007              |      |      |      |      |
|-------------------------------------|------|------|------|------|
|                                     | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Residentieel                        | 520  | 556  | 481  | 300  |
| Ambulant                            | 856  | 631  | 566  | 466  |
| Persoonlijk assistentiebudget (PAB) | 275  | 250  | 700  | 700  |

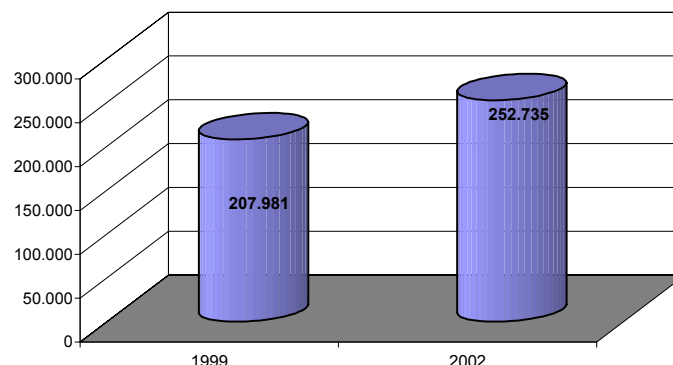
#### Kinderopvang

Evolutie in de kinderopvang - 1999-2001

A. Aantal plaatsen



B. Aantal ingeschreven kinderen



#### Bijzondere hulpverlening Kind en Gezin

| Vertrouwenscentra kindermishandeling |              |              |              |              |
|--------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                      | 1999         | 2000         | 2001         | 2002         |
| Aantal vertrouwenscentra             | 6            | 6            | 6            | 6            |
| Doelgroepbereik                      |              |              |              |              |
| meldingen                            | 5.509        | 4.918        | 5.151        | 6.037        |
| gemelde kinderen                     | 7.484        | 6.917        | 7.112        | 8.252        |
| meldingen per 10.000 kinderen        | 58,8         | 54,4         | 56,1         | 65           |
| Subsidies in euro                    | 1.918.080,15 | 2.568.042,71 | 2.718.873,28 | 2.803.115,75 |

| Centra voor kinderopvang en gezinsondersteuning (CKG) |               |               |               |               |
|-------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                                                       | 1999          | 2000          | 2001          | 2002          |
| Aantal CKG's                                          | 22            | 22            | 23            | 23            |
| Capaciteit                                            | 1.229         | 1.315         | 1.450         | 1.450         |
| Totaal aanwezigheidsdagen                             | 244.450       | 243.756       | 253.429       | 257.544       |
| Totaal begeleidingsdagen                              | 400.208       | 419.285       | 456.818       | 469.815       |
| Aantal kinderen -6 jaar                               | 3.185         | 3.420         | 3.484         | 3.624         |
| Aantal kinderen +6 jaar                               | 1.292         | 1.292         | 1.285         | 1.056         |
| Totaal aantal kinderen                                | 4.477         | 4.712         | 4.769         | 4.513         |
| Subsidies in euro                                     | 22.640.406,94 | 23.027.289,65 | 29.764.964,36 | 32.462.360,41 |

| <b>Diensten voor private gezinsplaatsing</b> |             |             |             |             |
|----------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                              | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> |
| Aantal diensten                              | 4           | 4           | 4           | 4           |
| Aantal opgenomen kinderen                    | 311         | 304         | 278         | 266         |
| Aantal gezinnen die kinderen opvingen        | 161         | 158         | 168         | 161         |
| Subsidies in euro                            | 295.039,20  | 288.755,82  | 280.513,98  | 258.697,02  |

| <b>Projecten bijzondere opvang en kansarmoede</b> |              |              |              |              |
|---------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                                   | <b>1999</b>  | <b>2000</b>  | <b>2001</b>  | <b>2002</b>  |
| Subsidies in euro                                 | 1.164.661,00 | 1.336.049,54 | 1.674.443,13 | 1.848.178,37 |

#### **Adoptie binnen Kind en Gezin**

|                                         | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> |
|-----------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Aantal adoptiediensten</b>           | 10          | 10          | 10          | 10          |
| Aantal voor adoptie geplaatste kinderen | 214         | 245         | 202         | 219         |
| Subsidies in euro                       | 93.786,10   | 79.325,90   | 142.861,40  | 220.175,92  |

### **Preventieve zorg Kind en Gezin**

#### **Informatieavonden voor aanstaande ouders**

|                                                                          | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aantal plaatsen met informatieavonden in samenwerking met kraamklinieken | 58          | 56          | 54          | 55          |
| Aantal informatieavonden                                                 | 751         | 832         | 814         | 899         |
| Aantal deelnemers                                                        | 28.655      | 29.748      | 31.890      | 32.380      |
| Subsidies in euro                                                        | 31.833,96   | 32.903,35   | 30.387,63   | 33.551,30   |

#### **Prenatale consultatiebureaus**

|                                                            | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> |
|------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aantal prenatale consultatiebureaus                        | 15          | 15          | 13          | 10          |
| Aantal zittingen                                           | 955         | 970         | 928         | 907         |
| Aantal aanmeldingen                                        | 7.169       | 8.854       | 8.987       | 8.461       |
| Aantal ingeschreven vrouwen (= minstens eenmaal aangemeld) | 2.093       | 2.458       | 2.413       | 2.629       |
| Aantal geboorten                                           | 3.300       | 3.277       | 3.861       |             |
| Subsidies in euro (*)                                      | 165.899,89  | 172.239,42  | 177.297,00  | 178.603,45  |

(\*) betreft enkel werkingskosten consultatiebureaus en loonsubsidies artsen

#### **Kraambezoeken**

|                      | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aantal kraambezoeken | 54.339      | 55.970      | 55.735      | 54.507      |
| Doelgroepbereik      | 86,2%       | 88,1%       | 88,00%      | 88,70%      |

Geen subsidies. Dit wordt opgenomen door de regioverpleegkundigen van Kind en Gezin

#### **Gezinsbezoeken**

|                                                            | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> |
|------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Aantal gezinsbezoeken aan gezinnen met jonge kinderen      | 223.970     | 227.808     | 211.686     | 209.426     |
| Doelgroepbereik gezinsbezoeken in de neonatale periode     | 95,20%      | 96,80%      | 96,90%      | 97,20%      |
| Aantal gezinsbezoeken aan zwangere vrouwen                 | 984         | 1.323       | 910         | 998         |
| Aantal gezinsbezoeken aan zelfstandige opvangvoorzieningen | 2.354       | 2.392       | 2.034       | 1.868       |

Geen subsidies. Dit wordt opgenomen door de regioverpleegkundigen van Kind en Gezin

#### **Consultatiebureaus**

|                                                              | <b>1999</b>  | <b>2000</b>  | <b>2001</b>  | <b>2002</b>  |
|--------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Aantal consultatiebureaus                                    | 339          | 339          | 340          | 340          |
| Aantal zittingen                                             | 37.060       | 37.469       | 38.287       | 39.436       |
| Aantal aanmeldingen                                          | 450.540      | 455.192      | 471.363      | 494.078      |
| Aantal ingeschreven kinderen (= minstens eenmaal aangemeld)  | 138.487      | 141.368      | 146.608      | 151.335      |
| Doelgroepbereik (minimum 1 consult in het eerste levensjaar) | 82,20%       | 83,10%       | 84%          | 85,60%       |
| Subsidies in euro (*)                                        | 7.206.626,00 | 7.535.963,00 | 8.004.420,00 | 8.594.576,19 |

(\*) betreft enkel werkingskosten consultatiebureaus en loonsubsidies artsen

### **Bijzondere jeugdbijstand**

| <b>Aantal minderjarigen per jaar per categorie van voorziening</b> |               |               |               |
|--------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
|                                                                    | <b>2000</b>   | <b>2001</b>   | <b>2002</b>   |
| Begeleidingstehuis                                                 | 3.826         | 3.760         | 3.808         |
| Dagcentrum                                                         | 1.024         | 1.033         | 1.068         |
| Begeleid zelfstandig wonen                                         | 874           | 963           | 1.029         |
| Gezinstehuis                                                       | 115           | 103           | 91            |
| Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra                          | 1.769         | 2.001         | 2.065         |
| Thuisbegeleiding                                                   | 1.617         | 1.678         | 1.670         |
| Pleeggezin                                                         | 3.338         | 3.420         | 3.573         |
| <b>Totaal</b>                                                      | <b>12.563</b> | <b>12.958</b> | <b>13.304</b> |

| Begeleidingen binnen erkende voorzieningen bijzondere jeugdbijstand |              |              |              |              |              |
|---------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                                                                     | 1999         | 2000         | 2001         | 2002         | 2003         |
| Begeleidingstehuizen                                                | 2.597        | 2.581        | 2.601        | 2.632        | 2.665        |
| Gezinstehuizen                                                      | 91           | 85           | 79           | 73           | 77           |
| Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra                           | 213          | 228          | 262          | 267          | 271          |
| Dagcentra                                                           | 524          | 536          | 567          | 581          | 591          |
| Thuisbegeleidingsdiensten                                           | 801          | 857          | 947          | 947          | 961          |
| Diensten BZW                                                        | 209          | 201          | 274          | 305          | 304          |
| Diensten Pleegzorg                                                  | 2.333        | 2.436        | 2.537        | 2.645        | 2.809        |
| <b>Totaal</b>                                                       | <b>6.767</b> | <b>6.924</b> | <b>7.267</b> | <b>7.450</b> | <b>7.678</b> |

## Gemeenschapsinstellingen bijzondere jeugdbijstand

| Aantal opnames              |              |                                   |            |              |              |
|-----------------------------|--------------|-----------------------------------|------------|--------------|--------------|
|                             | 1999         | 2000                              | 2001       | 2002         | 2003         |
| De Kempen – De Hutten       | 101          | 104                               | 91         | 146          | 116          |
| De Kempen – De Markt        | 444          | 403                               | 358        | 415          | 377          |
| De Zande - Beernem          | 207          | 224                               | 187        | 165          | 130          |
| De Zande -open-Ruiselede    | 321          | 325                               | 347        | 306          | 188          |
| De Zande-gesloten-Ruiselede |              | opgenomen in de cijfers hierboven |            |              | 131          |
| De Grubbe - Everberg        |              |                                   |            | 65           | 179          |
| <b>Totaal</b>               | <b>1.073</b> | <b>1.056</b>                      | <b>983</b> | <b>1.097</b> | <b>1.121</b> |

| Vorderingsgrond              |            |            |              |
|------------------------------|------------|------------|--------------|
|                              | 1999       |            |              |
|                              | MOF        | POS        | Totaal       |
| De Kempen – De Hutten        | 101        | 0          | 101          |
| De Kempen – De Markt         | 384        | 60         | 444          |
| De Zande - Beernem           | 59         | 148        | 207          |
| De Zande - Ruiselede         | 252        | 69         | 321          |
| <b>Totaal</b>                | <b>796</b> | <b>277</b> | <b>1.073</b> |
|                              | 2003       |            |              |
|                              | MOF        | POS        | Totaal       |
| De Kempen – De Hutten*       | 115        | 1          | 116          |
| De Kempen – De Markt*        | 321        | 56         | 377          |
| De Zande - Beernem           | 69         | 61         | 130          |
| De Zande -open-Ruiselede     | 113        | 75         | 188          |
| De Zande- gesloten-Ruiselede | 128        | 3          | 131          |
| De Grubbe - Everberg         | 179        | 0          | 179          |
| <b>Totaal</b>                | <b>925</b> | <b>196</b> | <b>1.121</b> |

MOF = als misdada omschreven feit

POS = problematische opvoedingssituatie

\*Cijfers POS/MOF 2003; in het geval van De Hutten en De Markt, geëxtrapoleerd uit de procentuele verdeling van de jaren ervoor (voor de Hutten 1% en voor de Markt 15 % POS-gevallen). Deze cijfers zijn dus benaderend.

## Ouderenvoorzieningen

| Rusthuizen en serviceflats           | 1999   | 2000   | 2001   | 2002   | 2003   | 2004   |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Rusthuizen - voorzieningen</b>    | 839    | 820    | 802    | 803    | 793    | 798    |
| waarvan aantal erkende               | 770    | 768    | 763    | 767    | 761    | 753    |
| <b>Rusthuizen - woongelegenheden</b> | 67.239 | 67.118 | 67.489 | 68.573 | 68.313 | 69.610 |
| waarvan aantal erkende               | 57.302 | 58.134 | 58.763 | 59.650 | 59.811 | 61.133 |
| <b>Serviceflats - voorzieningen</b>  | 546    | 503    | 502    | 478    | 480    | 496    |
| waarvan aantal erkende               | 251    | 275    | 290    | 311    | 323    | 335    |
| <b>Serviceflats - wooneenheden</b>   | 18.934 | 17.728 | 17.702 | 16.870 | 16.492 | 16.847 |
| waarvan aantal erkende               | 8.607  | 9.343  | 9.821  | 10.347 | 10.831 | 11.207 |

## Rust- en verzorgingstehuizen

|                               | 1999   | 2000   | 2001   | 2002   | 2003   |
|-------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Voorzieningen in rusthuizen   | 556    | 554    | 557    | 563    | 589    |
| Voorzieningen in ziekenhuizen | 57     | 50     | 41     | 32     | 19     |
| Totaal aantal voorzieningen   | 613    | 604    | 598    | 595    | 608    |
| Capaciteit in rusthuizen      | 14.687 | 17.729 | 20.870 | 24.016 | 27.141 |
| Capaciteit in ziekenhuizen    | 3.244  | 2.931  | 2.432  | 2.102  | 1.166  |
| Totale capaciteit             | 3.301  | 2.981  | 2.473  | 2.134  | 1.185  |

## Dagverzorgingscentra

|                              | 1/01/1999 | 1/03/2000 | 1/01/2001 | 1/01/2002 | 1/01/2003 | 1/01/2004 |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Aantal erkende voorzieningen | 36        | 48        | 53        | 61        | 68        | 78        |
| Aantal erkende plaatsen      | 493       | 653       | 720       | 818       | 913       | 1089      |
| Subsidies in euro            | 1.150.226 | 1.076.091 | 1.220.090 | 1.549.059 | 1.981.735 | nb        |

## Centra voor kortverblijf

|                                             | 4/07/2000   | 1/01/2001   | 1/01/2002   | 31/12/2002  | 31/12/2003   |
|---------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>Totaal voorzieningen</b>                 | 203         | 251         | 287         | 338         | 341          |
| Aantal erkende voorzieningen                | 60          | 68          | 76          | 92          | 110          |
| Aantal voorafgaand vergunde voorzieningen   | 128         | 161         | 184         | 219         | 200          |
| Aantal voorzieningen met aanvraag erkenning | 15          | 22          | 27          | 27          | 31           |
| <b>Totale capaciteit</b>                    | 1.021       | 1.252       | 1.444       | 1.684       | 1.842        |
| Capaciteit erkend                           | 246         | 280         | 313         | 381         | 483          |
| Capaciteit voorafgaand vergund              | 678         | 825         | 938         | 1.104       | 1.179        |
| Capaciteit aangevraagd                      | 97          | 147         | 193         | 199         | 180          |
|                                             | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> | <b>2003*</b> |
| Subsidies in euro                           | 379.822     | 514.442     | 566.357     | 600.816     | 767.251      |

\*vastleggingskrediet

## Gezondheidszorg

### Belangrijkste doodsoorzaak naar leeftijd (% van de totale sterfte in de betreffende leeftijdsgroep), Vlaams Gewest 1998-2002

| leeftijd | mannen                            | vrouwen                           |
|----------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| < 1      | perinatale aandoeningen (40%)     | perinatale aandoeningen (41%)     |
| 1 - 4    | ongevallen in de privésfeer (16%) | ongevallen in de privésfeer (19%) |
| 5 - 9    | ongevallen in de privésfeer (20%) | verkeersongevallen (24%)          |
| 10 - 14  | verkeersongevallen (34%)          | verkeersongevallen (41%)          |
| 15 - 19  | verkeersongevallen (49%)          | verkeersongevallen (45%)          |
| 20 - 24  | verkeersongevallen (51%)          | verkeersongevallen (41%)          |
| 25 - 29  | verkeersongevallen (41%)          | verkeersongevallen (26%)          |
| 30 - 34  | zelfmoord (33%)                   | zelfmoord (16%)                   |
| 35 - 39  | zelfmoord (29%)                   | zelfmoord (18%)                   |
| 40 - 44  | zelfmoord (20%)                   | borstkanker (16%)                 |
| 45 - 49  | zelfmoord (12%)                   | borstkanker (20%)                 |
| 50 - 54  | longkanker (14%)                  | borstkanker (20%)                 |
| 55 - 59  | longkanker (18%)                  | borstkanker (19%)                 |
| 60 - 64  | longkanker (19%)                  | borstkanker (15%)                 |
| 65 - 69  | longkanker (17%)                  | ischemische hartziekten (11%)     |
| 70 - 74  | ischemische hartziekten (16%)     | ischemische hartziekten (13%)     |
| 75 - 79  | ischemische hartziekten (16%)     | ischemische hartziekten (14%)     |
| 80 - 84  | ischemische hartziekten (15%)     | andere hartziekten (19%)          |
| 85 - ++  | ischemische hartziekten (13%)     | andere hartziekten (24%)          |

### Belangrijkste oorzaken van verloren potentiële gezonde levensjaren door ziekte, invaliditeit en voortijdig sterven in het Vlaams Gewest

|                                                 | verloren levensjaren | procent van totaal verlies |
|-------------------------------------------------|----------------------|----------------------------|
| <b>Beperkingen dagelijkse activiteiten</b>      | 276.801              | 22,91                      |
| <b>Alcoholmisbruik</b>                          | 150.537              | 12,46                      |
| <b>Reumatoïde artritis</b>                      | 99.240               | 8,21                       |
| <b>Verkeersongevallen met letsels</b>           | 94.677               | 7,84                       |
| <b>Artrose van de ledematen</b>                 | 76.445               | 6,33                       |
| <b>Zelfmoord / zelfmoordpogingen</b>            | 57.546               | 4,76                       |
| <b>Dementie</b>                                 | 54.052               | 4,47                       |
| <b>Cerebrovasculaire accidenten</b>             | 53.653               | 4,44                       |
| <b>Depressie</b>                                | 40.262               | 3,33                       |
| <b>Astma / chronisch obstructief longlijden</b> | 36.664               | 3,03                       |

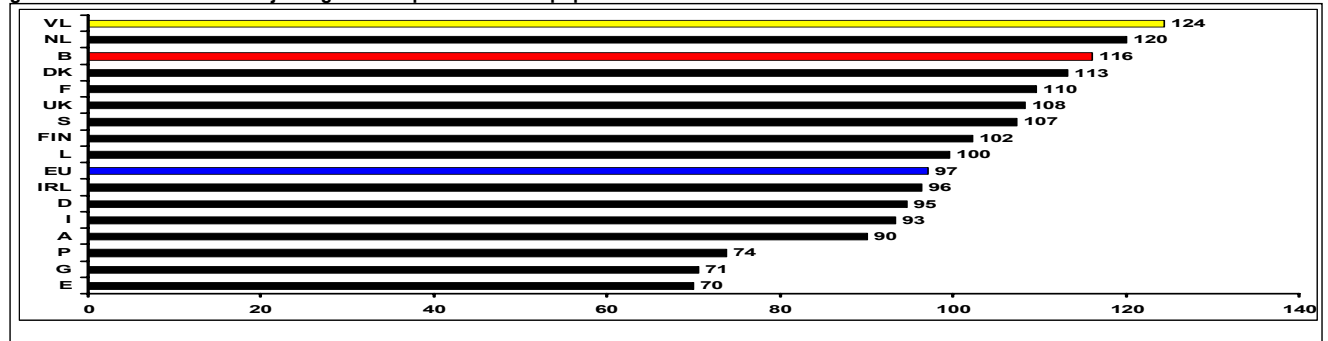
### Belangrijkste vormen van kanker in Vlaanderen en procentuele kans om die te ontwikkelen voor de leeftijd van 75 jaar

| MANNEN                   | aantal nieuwe gevallen per jaar | % van de gemelde tumoren | risico 0-74 jaar (%) |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Prostaat                 | 3.484                           | 24,6                     | 8,3                  |
| Luchtwegen en longen     | 2.964                           | 20,9                     | 7,4                  |
| Colon, sigmoid en rectum | 1.845                           | 13                       | 4,3                  |
| Blaas                    | 772                             | 5,4                      | 1,7                  |
| Primair onbekende tumor  | 538                             | 3,8                      | 1,3                  |
| Non-Hodgkin lymfomen     | 466                             | 3,3                      | 1,1                  |
| Maag                     | 439                             | 3,1                      | 0,9                  |
| Nier                     | 354                             | 2,5                      | 0,9                  |
| Leukemie                 | 346                             | 2,4                      | 0,8                  |
| Larynx                   | 318                             | 2,2                      | 0,9                  |
| VROUWEN                  | aantal nieuwe gevallen per jaar | % van de gemelde tumoren | risico 0-74 jaar (%) |
| Borst                    | 4.366                           | 35,5                     | 10,2                 |
| Colon, sigmoid en rectum | 1.633                           | 13,3                     | 2,7                  |
| Baarmoederlichaam        | 670                             | 5,4                      | 1,5                  |
| Luchtwegen en longen     | 578                             | 4,7                      | 1,3                  |
| Eierstokken              | 556                             | 4,5                      | 1,2                  |
| Primair onbekende tumor  | 511                             | 4,2                      | 0,9                  |
| Non-Hodgkin lymfomen     | 398                             | 3,2                      | 0,8                  |
| Baarmoederhals           | 345                             | 2,8                      | 0,8                  |
| Maag                     | 336                             | 2,7                      | 0,4                  |
| Maligne melanoma         | 293                             | 2,4                      | 0,6                  |

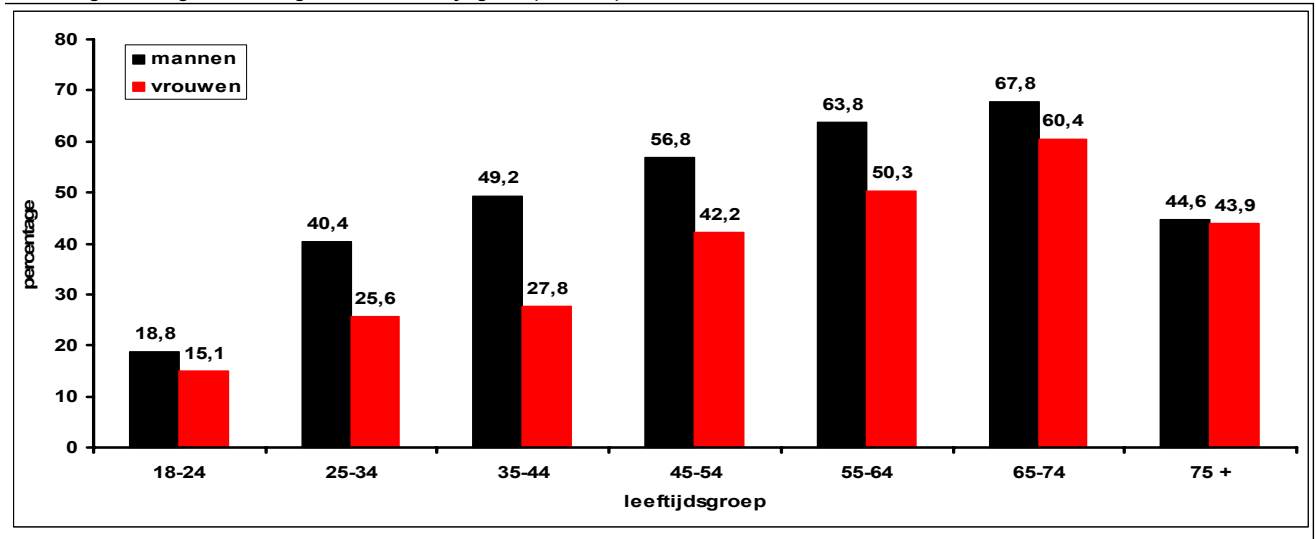
Predictie van de impact van een aantal aandoeningen 2000-2010 (absolute aantallen en % van de bevolking) bij gelijkblijvende incidentie en prevalentie op jaarbasis.

|                                  | absoluut aantal personen met ... |         |         |                     | % van de bevolking |       |       |
|----------------------------------|----------------------------------|---------|---------|---------------------|--------------------|-------|-------|
|                                  | 2000                             | 2005    | 2010    | % toename 2010/2000 | 2000               | 2005  | 2010  |
| artrose                          | 733.584                          | 778.923 | 815.073 | 11,11               | 12,35              | 12,99 | 13,52 |
| hypertensie                      | 699.707                          | 746.465 | 788.870 | 12,74               | 11,78              | 12,43 | 13,09 |
| zwaarlijvigheid                  | 568.297                          | 591.976 | 614.535 | 8,14                | 9,57               | 9,87  | 10,20 |
| voortdurende beperkingen ADL     | 489.729                          | 521.062 | 549.732 | 12,25               | 8,24               | 8,69  | 9,12  |
| chronisch obstructief longlijden | 295.992                          | 303.637 | 307.276 | 3,81                | 4,98               | 5,06  | 5,10  |
| depressie                        | 268.569                          | 265.168 | 268.977 | 4,03                | 4,35               | 4,42  | 4,46  |
| astma                            | 212.517                          | 215.855 | 218.679 | 2,90                | 3,58               | 3,60  | 3,63  |
| hartziekte                       | 197.315                          | 212.779 | 227.322 | 15,21               | 3,32               | 3,55  | 3,77  |
| osteoporose                      | 182.771                          | 198.030 | 212.365 | 16,19               | 3,08               | 3,30  | 3,52  |
| diabetes                         | 130.238                          | 140.799 | 151.028 | 15,96               | 2,19               | 2,35  | 2,51  |
| dementie                         | 87.859                           | 97.941  | 115.142 | 31,05               | 1,48               | 1,63  | 1,91  |
| cataract                         | 84.153                           | 92.887  | 100.778 | 19,76               | 1,42               | 1,55  | 1,67  |
| kanker                           | 64.272                           | 69.254  | 73.983  | 15,11               | 1,08               | 1,16  | 1,23  |
| RVT behoeftig                    | 37.501                           | 42.668  | 49.653  | 32,41               | 0,63               | 0,71  | 0,82  |
| sequelen van beroerte            | 23.777                           | 25.963  | 28.048  | 17,96               | 0,40               | 0,43  | 0,47  |
| parkinson                        | 20.049                           | 21.597  | 22.616  | 12,80               | 0,34               | 0,36  | 0,38  |

Incidentie van borstkanker in Europees perspectief (per 100.000 vrouwen), gestandaardiseerd voor leeftijd volgens Europese standaardpopulatie



Percentage Vlamingen met overgewicht of zwaarlijvigheid (BMI > 25)



## Minderheden

| Inburgering                                              | 1999                                   | 2000      | 2001      | 2002      | 2003      |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Aantal onthaalbureaus                                    | in 1999 was er nog geen reglementering | 24        | 26        | 26        | 8         |
| Minimum aantal te realiseren trajecten* onthaalbureaus   |                                        | 1.730     | 2.256     | 3.093     | 3.093     |
| Aantal feitelijk gerealiseerde trajecten* onthaalbureaus |                                        | 1.962     | 2.506     | 3.209     | nb        |
| Aantal tolkendiensten**                                  |                                        | nvt       | 2         | 2         | 2         |
| Subsidies onthaalbureaus in euro                         |                                        | 5.322.519 | 6.777.409 | 9.098.271 | 9.153.229 |
| Subsidies tolkendiensten in euro                         |                                        | nvt       | 236.738   | 186.489   | 336.381   |

\* Een inburgeringsprogramma bestaat uit een primair en een secundair traject. Een traject bestaat uit verschillende opleidingsprogramma's.

\*\* GMW subsidieert 2 tolkendiensten. Er zijn echter meer tolkendiensten.

## Gezinszorg

| Diensten voor gezinszorg                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |             |             |             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1999        | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        |
| Aantal erkende diensten                                                                                                                                                                                                                                                                   | 151         | 151         | 150         | 146         | 129         |
| vzw                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 23          | 22          | 19          | 18          | 18          |
| openbaar                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 128         | 129         | 131         | 128         | 111         |
| Aantal subsidieerbare uren                                                                                                                                                                                                                                                                | 12.850.589  | 13.183.781  | 13.604.589  | 13.811.737  | 13.962.156  |
| vzw                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 10.571.822  | 10.988.309  | 11.162.212  | 11.308.899  | 11.486.407  |
| openbaar                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2.278.767   | 2.195.472   | 2.442.377   | 2.502.838   | 2.475.749   |
| Opmerking: het aantal subsidieerbare uren voor 2001 en 2002 komt uit de besluiten van de Vlaamse regering                                                                                                                                                                                 |             |             |             |             |             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 1999        | 2000        | 2001        | 2002        | 2003        |
| Subsidies in euro                                                                                                                                                                                                                                                                         | 186.615.994 | 201.108.971 | 235.733.799 | 256.775.311 | nb          |
| Vastleggingskrediet voor diensten gezinszorg en opleidingscentra samen                                                                                                                                                                                                                    | 195.099.641 | 205.416.969 | 212.377.819 | 267.336.000 | 282.381.280 |
| Opmerkingen:                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |             |             |             |             |
| 2000 op basis van vastleggingskrediet uitvoering uitgavenbegroting; 2001 op basis van vastleggingskrediet uitgavenbegroting na begrotingscontrole; 2002 op basis van vastleggingskrediet uitvoering uitgavenbegroting; 2003 op basis van vastleggingskrediet uitvoering uitgavenbegroting |             |             |             |             |             |

| Centra voor integrale gezinszorg |           |           |           |           |           |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                  | 1999      | 2000      | 2001      | 2002      | 2003      |
| aantal voorzieningen             | 6         | 6         | 6         | 6         | 6         |
| totale capaciteit                | 252       | 252       | 252       | 252       | 252       |
| subsidies in euro                | 3.430.688 | 3.533.798 | 4.212.745 | 4.583.089 | 4.843.983 |

## Bijlage 2 – Beleidsdomein Welzijn & Volksgezondheid – Managementsamenvatting Voorstellen

### Verdere staatshervorming

Voor een coherent beleid en effectievere allocatie van de middelen moet Vlaanderen volledig bevoegd worden voor alle persoonsgebonden materies, zonder de huidige uitzonderingen op de bevoegdheidsverdeling. Voor het Vlaams welzijns- en gezondheidspreventiebeleid biedt een verdere staatshervorming nieuwe kansen om eigen accenten te leggen en om een *evidence based* beleid te voeren.

### Dringende maatregelen voor Welzijn en Volksgezondheid

De administratie Welzijn en Volksgezondheid stelt deze dringende maatregelen voor:

- Meer en betere elektronische gegevensuitwisseling + betere registratie van medische gegevens en van gegevens over voorzieningen.
- Hoger budget voor infrastructuursubsidies: om de lange wachtlijsten weg te werken en de kwaliteit van de zorg te blijven garanderen.
- Forfaitaire subsidiëring aanpassen aan de werkelijke kostenstructuur.

### Drie knelpuntberoepen

Voor drie knelpuntberoepen is er een actieve oplossing nodig: Vlaanderen moet meer artsen, psychiaters en verpleegkundigen laten kiezen voor een loopbaan in overheidsdienst, vooral in de medisch-preventieve sector. Marktconforme bezoldiging is een van de mogelijke hefboomen.

Nodig budget: 677.000 euro.

### Geïntegreerd lokaal sociaal beleid

Tegen 2006: koepelplan van gemeente en OCMW

Tegen 2007: Sociaal Huis met informatie-, éénloket- en doorverwijsfunctie.

Budget voor Vlaams Actieplan en Cel Lokaal Sociaal Beleid: 2.000.000 euro (vanaf 2005)

### Integrale jeugdzorg

In de jeugdzorg komt de klemtoon op preventie en betere coördinatie van zorgvormen. De implementatie van het kaderdecreet integrale jeugdhulpverlening verloopt gefaseerd.

- Vanaf 2005 worden de voorziene advies- en beslissingsorganen operationeel.
- Vanaf 2006: Vlaams beleidsplan
- Vanaf 2008: Bijsturing beleidsplan op basis van eerste evaluatie.

### Gezondheidszorg

Ook in de gezondheidszorg blijft er een sterk accent liggen op preventie en vaccinatieprogramma's. Nodig budget voor vaccinatiebeleid: 6.000.000 euro.

Andere accenten in gezondheidspreventie:

- Borstkankerscreening: 4.400.000 euro
- Preventie van depressie en zelfdoding: 65.500.000 euro
- Antitabaksbeleid: 1.300.000 euro
- Actie tegen overgewicht: 520.000 euro
- Ongevallenpreventie: 500.000 euro

Andere dringende maatregelen in gezondheidszorg:

- Eenvormig statuut voor openbare en privé-voorzieningen
- Nieuwe regelgeving voor privé-klinieken

### Kind & Gezin

### ***Gezinsvriendelijke maatregelen***

- Kwantiteit van kinderopvang uitbreiden, kwaliteit en toegankelijkheid bevorderen (12.500.000 euro)
- Meerspoorbeleid om het aantal kwalitatieve plaatsen voor buitenschoolse opvang uit te breiden (20.300.000 euro)
- Zelfstandige kinderopvangsector versterken
- Voorrangbeleid voor kinderen uit kwetsbare doelgroepgezinnen (1.250.000 euro)

### ***Preventie binnen Kind & Gezin***

- Netwerken opzetten voor opvoedingsondersteuning (minstens 544.000 euro)
- Meer sensibilisering rond en betere detectie van kindermishandeling (1.727.000 euro)
- Veralgemeende gezichtsscreening met nieuwe technieken.

Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap

Voor het Vlaams Fonds is de topprioriteit: wachtlijsten wegwerken in zorgsector en Persoonlijk Assistentiebudget (PAB).

Verder wil het Vlaams Fonds het zorg-op-maatprincipe realiseren door meer gedifferentieerde zorgprogramma's en nieuwe financieringssystemen.

Gezin en Maatschappelijk Welzijn

### ***Zorgverzekering***

De administratie stelt de financiering van de zorgverzekering ernstig in vraag. Er moet een studie komen over de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het systeem: wegen de kosten van de in-ning van de (relatief kleine) ledenbijdrage wel op tegen de baten? Of kiezen we beter voor andere financieringsbronnen?

### ***Jongerenwelzijn***

- Ruimere hulpverlening voor jongvolwassenen (17-25 jaar) (extra budget: 1.127.000 euro)
- Zorg op maat
- Extra middelen voor opvolging nieuwe (federale) wet jeugdbescherming

### ***Ouderen- en thuiszorg***

- Nieuwe programmatie van thuiszorgvoorzieningen voor minder wachtlijsten
- Nieuwe enveloppenfinanciering in gezinszorg
- Integratie van opleidingscentra 'polyvalent verzorgende' in volwassenenonderwijs voor sociale promotie
- Uitbouw meldpunten ouderenmis(be)handeling
- In werking stellen van een Thuiszorgfoon

### ***Vernieuwde opdracht voor autonome centra voor algemeen welzijnswerk***

- Programmatie eerstelijns welzijnswerk objectiveren
- Kansarmoede terugdringen (3.740.000 euro)
- Begeleid wonen en zorgwonen verder uitbouwen (7.800.000 euro)
- Uitbouw schuldbemiddeling (2.163.000 euro vanaf 2008)
- Uitbouw echtscheidingsbemiddeling (1.760.000 euro)

### ***Andere aandachtspunten***

- Geweld, onveiligheid en criminaliteit bestrijden met sociale aansluiting

- Samenleven in diversiteit bevorderen en daarvoor het Strategisch plan Vlaams minderhedenbeleid verder inkleuren.