

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1997-1998

10 november 1997

BELEIDSBRIEF

Gezondheidsbeleid

Beleidsprioriteiten 1998

ingediend door mevrouw Wivina Demeester-De Meyer,
Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid

INHOUDSTAFEL

	Blz.
0. Woord vooraf	3
1. Ethiek als invalshoek	4
2. Kwaliteitszorg	
2.1. Integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen	4
3. Samenhang in een vernieuwd Vlaams gezondheidslandschap	
3.0. Een continuüm van zorg	6
3.1. Vlaamse Gezondheidsraad	7
3.2. Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen	10
3.3. Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden	12
3.4. Tentoonstelling : 200 jaar gezondheidszorg in Vlaanderen	14
3.5. Samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging	15
3.6. Ouderenzorgbeleid	16
3.7. Palliatieve netwerken	19
3.8. Geestelijke gezondheidszorg	20
4. Preventie	
4.1. Uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen	23
4.2. Milieu en Gezondheid	31
4.3. Registratie en monitoring	31
4.4. Centra voor leerlingenbegeleiding	32
4.5. Drugpreventie	33
4.6. Medisch Verantwoord Sporten	34

0. WOORD VOORAF

Door de parlementaire goedkeuring en de bekrachtiging en afkondiging van enerzijds het decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen en anderzijds het decreet houdende oprichting van de Vlaamse gezondheidsraad, kiest Vlaanderen voor een kwaliteitsvolle zorg, een meer samenhangend beleid in een vernieuwd Vlaams gezondheidslandschap.

Deze nieuwe startpositie laat toe verder uitvoering te geven aan engagementen die in het Regeerakkoord 1995-1999 werden aangegaan en om reeds de basis te leggen van een volgende legislatuur. Gezondheidszorg moet namelijk in een continuüm van zorg, ook in de tijd, worden uitgebouwd. Uitdagingen ook naar 2000 moeten heden reeds hun grondslag vinden in het beleid. Preventie wordt als eerste opdracht voor het beleid vooropgesteld. Het Regeerakkoord bevat verder de keuzen voor : kwaliteitsvolle zorg, responsabilisering van de initiatiefnemers in de gezondheidssector, naadloze overgang tussen de zorgvormen, zorgbemiddeling en tijdelijke zorgontlasting ter ondersteuning van de mantel- en thuiszorg, overleg op alle niveaus en wetenschappelijke ondersteuning, een betaalbare zorgverstrekking voor ouderen die de levenskwaliteit nastreeft, ondersteuning van de palliatieve zorg in de thuissituatie en in de gezinsvervangende situatie.

Bij de lectuur en bespreking van de verschillende delen van deze beleidsbrief wordt al gauw duidelijk hoe het beleid haar trouw aan deze overeengekomen uitgangspunten wenst te concretiseren. Het komt er nu op aan om samen met het Vlaams parlement slagkrachtig en beginselvast deze concepten voor een gezondere Vlaamse samenleving te operationaliseren.

Wivina Demeester

1. ETHIEK ALS INVALSHOEK

De vorige jaren werd de basis gelegd voor een systematische integratie van de bio-ethische aspecten in het gezondheidsbeleid. Er kan verwezen worden naar de Vlaamse gezondheidsraad die op grond van art. 3 § 2, e) van het oprichtingsdecreet, adviezen kan verlenen over "ethische problemen met betrekking tot gezondheidsbeleid of -aspecten". Tijdens het Vlaams Preventiecongres (Antwerpen, 7 en 8 maart 1997) kwamen de ethische aspecten van gezondheidsbevordering, en meer bepaald de delicate verhouding tussen individuele vrijheid, verantwoordelijkheid en collectieve verantwoordelijkheid, uitvoerig aan bod. Op instellingenniveau legt art. 4,2° van het kwaliteitsdecreet de verplichting op om respectvol om te gaan met de cliënt of de patiënt. Voorts werd er gebruik gemaakt van de Vlaamse bevoegdheid om adviesvragen te richten tot het federale Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, meer bepaald wat betreft de centra voor in vitro fertilisatie, de zgn. gender clinics of centra voor geslachtskeuze en, zeer recent, de sterilisatie van mentaal gehandicapten. Dit advies wordt nog steeds ingewacht.

De basis die zo werd geschapen biedt de mogelijkheid om ook wat de ethische aspecten van het gezondheidsbeleid betreft, eigen accenten te leggen. Met de federale overheid zal een beperking van het aantal centra voor in vitro fertilisatie worden doorgevoerd. Het euthanasiedebat op federaal niveau kan maar in een sereen klimaat worden gevoerd wanneer een optimale palliatieve zorg is uitgebouwd en wanneer de materiële bekommernissen van ouderen en hun gezinsleden kunnen ondervangen worden door een ouderenzorgverzekering. De uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen en de centrale rol van de huisarts daarin zal de ethische discussie over de keuzen die in het curatieve gezondheidsbeleid moeten worden gemaakt (echelonnering; centraal medisch dossier; forfaitaire betaling versus betaling per prestatie enz.) op een determinerende wijze beïnvloeden.

2. KWALITEITSZORG

2.1. Integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen

Het decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen werd door het Vlaams Parlement op 31 januari 1997 goedgekeurd. Hiermee werd de aanzet gegeven tot de uitbouw van een kwaliteitsbeleid in de Vlaamse verzorgingsvoorzieningen.

Overeenkomstig het decreet dient het kwaliteitsbeleid gestalte te krijgen in de vorm van een kwaliteitshandboek en -plan. Zij moeten door de minister, op advies van de administratie, goedgekeurd worden. De vorderingen en resultaten inzake kwaliteit zullen getoetst worden aan de aanvaarde kwaliteitsindicatoren. De Vlaamse regering kan openbare of private instanties aanwijzen of erkennen en machtigen om het kwaliteitsbeleid van de verzorgingsvoorziening te toetsen. Met het oog op de erkenning van de verzorgingsvoor-

ziening worden de resultaten van deze toetsing aan de met het toezicht belaste administratie bezorgd.

De Vlaamse Gezondheidsraad zal op korte termijn de eerste thema's en indicatoren die aan de verzorgingsvoorzieningen krachtens het kwaliteitsdecreet worden opgelegd, voorstellen aan de minister. De sector dient tegelijkertijd bijgestaan te worden bij de implementatie van het kwaliteitsbeleid in en door de voorzieningen. De vraagstukken die bij de uitvoering van de opdrachten opduiken, zijn dermate veelvuldig en complex dat externe ondersteuning voor de administratie verantwoord is.

De externe adviseur die door de Vlaamse overheid zal ingeschakeld worden heeft als opdracht :

- de verzameling, de analyse en de validering van een set van indicatoren, die als meet-instrument kunnen gebruikt worden voor de vooruitgang binnen de kwaliteitsthema's die door de instellingen werden weerhouden. Voorbeelden van thema's zijn : het onthaal- en het ontslagbeleid, de interne hygiëne, etc..
- de ondersteuning bij de uitwerking van modellen van kwaliteitshandboek en kwaliteitsplan, conform de bepalingen van het decreet. Deze modellen dienen getoetst te worden op hun praktische invoering, de kostefficiëntie en de bruikbaarheid in het raam van erkenningsprocedures.
- gepaste theoretische en praktische vorming van ambtenaren van de Vlaamse gemeenschap zodat deze de voorzieningen op een adequate manier kunnen adviseren en begeleiden bij de invulling van hun intern kwaliteitsbeleid.
- de analyse van de mogelijke uitvoeringsscenario's voor het rechtstreekse toezicht, m.i.v. voorstellen voor de meest geëigende structuren; hierbij kunnen openbare of private instanties worden aangewezen, voorzover minstens de kerntaken van de Vlaamse Gemeenschap behouden blijven. Voor de aanwijzing of erkenning en machtiging van deze openbare of private instanties zullen criteria geformuleerd worden.

Aangezien een communicatiestrategie met de sector en de diverse voorzieningsvormen van essentieel belang is, dient een communicatieprogramma te worden uitgewerkt om te verzekeren dat alle belanghebbenden op de hoogte zijn van de verwachtingen van de overheid inzake kwaliteitsbeleid. Het ontwerp van besluit houdende uitvoering van het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen, werd door de Vlaamse regering goedgekeurd op 23 juli 1997.

3. SAMENHANG IN EEN VERNIEUWD GEZONDHEIDSLANDSCHAP

3.0. Een continuüm van zorg

Netwerkvorming en onderlinge samenwerking tussen de voorzieningen van een sector én over alle sectoren heen, is een belangrijk onderwerp in de beleidsvoering van de jaren '90. Eerder dan de creatie van nieuwe, afzonderlijke structuren zal deze samenwerking ten goede moeten komen aan de continuïteit in de verzorging en de naadloze overgang van de ene zorgvorm naar de andere. Ook voor een goede afstemming van gezondheidsopvoeding, preventie en curatie onderling moet netwerkvorming gestimuleerd worden.

Dit betekent een investering vanwege de actoren in de diverse sectoren om zorgplannen, projecten, aanbodinvulling, specialisatie, onderlinge doorverwijzing enz., op elkaar af te stemmen.

Wie zal met wie overleggen rond welke problemen? Dit overleg mag bovendien de tijd en middelen, beschikbaar voor de directe dienstverlening aan de burger of patiënt, niet aantasten.

In het licht van deze problematiek zal de geografische spreiding van voorzieningen en de zone-dekking, die is afgesproken binnen elke sector afzonderlijk, moeten samengebracht worden in een groter geheel.

Het globale netwerk van voorzieningen in Vlaanderen, afgestemd op de patiënten/cliënten van de verschillende regio's, moet gekenmerkt worden door volgende principes : hanteerbaar en beheersbaar voor de overheid ; duidelijk en inzichtelijk voor iedereen ; met een zo efficiënt mogelijke onderlinge organisatie. Tegelijkertijd moet dit alles ook aansluiten bij en voortbouwen op de samenwerking die op vele plaatsen reeds in de praktijk gegroeid is.

De toegankelijkheid en bereikbaarheid van het zorgsysteem voor elke patiënt is ook in deze context een belangrijk uitgangspunt, o.a. als permanente stimulans voor elke voorziening om kwalitatieve dienstverlening te blijven nastreven.

Al deze doelstellingen met elkaar verzoenen is geen eenvoudige opdracht. Daarom zal onderzocht worden op basis van welke criteria en volgens welke methode de geografische inplanting van voorzieningen, de netwerkvorming en samenwerking kunnen gestuurd en ondersteund worden.

3.1. Vlaamse Gezondheidsraad

Het decreet houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen werd op 20 december 1996 door het Vlaams Parlement goedgekeurd.

De Vlaamse regering keurde op 28 januari 1997 het besluit houdende benoeming van de voorzitter en de leden van de Vlaamse Gezondheidsraad, en van de voorzitter, de plaatsvervangende voorzitter, de effectieve en plaatsvervangende leden van de Vlaamse Adviesraad voor erkenning van verzorgingsvoorzieningen goed. De Vlaamse Gezondheidsraad en de Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen werden geïnstalleerd op 4 februari 1997.

Bij de conceptie van deze raden stonden enkele fundamentele bekommernissen voorop, bekommernissen die - zoals uit de samenstelling van de raden blijkt - ruimschoots zijn ingelost.

Het meest unieke kenmerk schuilt in de veelzijdige samenstelling. De aanwezigheid van artsen, verpleegkundigen, juristen, economen, sociologen, filosofen, ethici, ... garandeert een brede kijk op de gezondheidsproblematiek.

Er werd tevens gewaakt over een evenwichtige verdeling tussen jongeren en iets minder jongeren. Het feit dat 13 van de 35 leden van de Vlaamse Gezondheidsraad jonger zijn dan 35 jaar garandeert een boeiende, verrijkende en ongetwijfeld verreikende dialoog.

Tenslotte is er een evenredige vertegenwoordiging van mannen en vrouwen.

Binnen de Vlaamse Gezondheidsraad werden reeds zeven werkgroepen opgericht, met name :

Wergroep "Conceptueel kader" :

Deze werkgroep heeft tot opdracht een conceptueel kader voor een toekomstig gezondheidsbeleid voor Vlaanderen uit te tekenen en mogelijke beleidsontwikkelingen aan dit kader te toetsen.

Zij zal, ter voorbereiding van een verdere defederalisering van de gezondheidszorg, een voorstel formuleren rond het optimaal structureel en organisatorisch kader voor een samenhangend gezondheids- en gezondheidszorgbeleid.

In het bijzonder zal de werkgroep de nodige aandacht besteden aan de onderlinge relatie van ontwikkelingen op het vlak van preventie, curatie, eerstelijnsgezondheidszorg, intramurale en sectoroverschrijdende zorgvormen. Zij zal tevens aandacht hebben voor een gelijke toegankelijkheid van de voorzieningen.

Werkgroep "Kwaliteit"

Deze werkgroep heeft als opdracht in het kader van het decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen, per sector een lijst van thema's op te stellen (cf. supra).

De thema's zullen zo gekozen worden dat hun uitwerking invloed heeft op de "verantwoorde zorg" en de "respectvolle omgang met en behandeling van cliënt of patiënt".

Per thema zullen gepaste kwaliteitsindicatoren bepaald worden. Een kwaliteitsindicator is een meetbare factor die een aanwijzing geeft van de kwaliteit van de zorg in de voorziening.

Werkgroep "Extramurale Geestelijke Gezondheidszorg"

De Inspectie van Financiën heeft een begrotingsenquête doorgevoerd bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Deze enquête levert een beeld op van het huidige bestedingspatroon en reikt suggesties en aanbevelingen aan om de beschikbare middelen beter in te zetten.

Daarbij aansluitend wordt in overleg met de sector een conceptnota opgesteld waarbij de maatschappelijke missie van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, de doelgroepen, methoden en de werknormen zijn uitgeschreven.

Aan de werkgroep zal gevraagd worden deze voorstellen te evalueren, binnen de huidige bevoegdheden, o.a. in het kader van een visie op de Vlaamse gezondheidszorg in het algemeen en de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder.

Deze werkgroep heeft reeds een advies voorbereid over het gebruik van convenanten ter invulling van de opdracht m.b.t. tot kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening in het kader van netwerken (zie ook 3.8.).

Werkgroep "Gezondheid en milieu"

Deze werkgroep heeft als opdracht een zo volledig mogelijke inventaris te maken van milieugebonden gezondheidsproblemen en een verband te leggen tussen pathologieën en een aantal risicofactoren. Daarbij zal het begrip milieu ruim geïnterpreteerd worden, zowel in zijn betekenis van fysisch leefmilieu als van psychosociale omgeving.

Werkgroep "Ziekenhuisconcept"

De snel wijzigende maatschappelijke, wetenschappelijke en technologische context vereist een vernieuwd ziekenhuisconcept. Ter voorbereiding van een gedefederaliseerd gezondheidsbeleid werkt de Vlaamse overheid nu reeds aan zo'n vernieuwd ziekenhuisconcept en aan een aangepaste financiering.

Uitgaande van een schets van de wenselijke evoluties in het globale Vlaamse gezondheidslandschap, waarbij de diverse zorgvormen als een continuüm met vloeiende overgangen functioneren, wordt de behoefte aan ziekenhuiszorg optimaal afgestemd op de noden van diverse patiëntengroepen. Aan deze werkgroep werd gevraagd om advies te verlenen over de conceptnota "Een Ziekenhuisconcept voor Vlaanderen".

Wergroep "Centra voor Leerlingenbegeleiding"

In het regeerakkoord, onder het hoofdstuk "Kwaliteit van leven en samenleving" wordt de bundeling van de PMS-centra en de MST-centra tot Centra voor Leerlingenbegeleiding in het vooruitzicht gesteld.

De bedoeling is :

- het begeleidingsaanbod transparanter en samenhangender te maken voor de gebruikers, nl. leerlingen, ouders, leerkrachten en scholen.
- doelmatigheid en effectiviteit van de centra te verbeteren.
- de rol van de begeleidingsdiensten te herdefiniëren.

Aan deze werkgroep zal advies gevraagd worden over het ontwerp-decreet.

Wergroep "Secundaire Preventie van Kanker"

Momenteel stelt men vast dat op verschillende plaatsen screeningsacties worden ondernomen waarvan wetenschappelijk niet vaststaat dat ze zinvol zijn. Gegeven de schaarste der middelen verdient het de voorkeur om eerst te investeren in de optimale realisering van zinvolle programma's.

Deze werkgroep heeft daarom als opdracht gekregen een evidence-based advies te geven over de zinvolheid van de verschillende screeningsactiviteiten. Waar wetenschappelijke evidentie ontbreekt, zal de werkgroep een consensus formuleren rekening houdend met wat in de internationale literatuur ter zake momenteel wordt voorgesteld.

Pro Memorie Wergroep " Medisch Verantwoord Sporten"

Door het decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen, werden de bestaande adviesorganen (Raad voor medisch verantwoorde sportbeoefening, Commissie voor sportmedische keuring, Commissie voor topsport en topsportbeloften, Antidopingscommissie) opgeheven, en werd de adviesopdracht inzake sportgezondheidszorg toevertrouwd aan de Vlaamse Gezondheidsraad.

Gezien de omvang van de regelgeving en het specifieke karakter van de verschillende deelaspecten (sportmedische geschiktheid, leeftijdsgrenzen, risicosporten, beteugeling van doping, enz.) werd aan de Vlaamse Gezondheidsraad gevraagd een werkgroep "medisch verantwoord sporten" op te richten. Deze werkgroep van deskundigen zal worden gevraagd om, samen met de administratie, een grondige en kritische evaluatie te maken van zes jaar medisch verantwoorde sportbeoefening. Hieruit zullen de krachtlijnen voor het toekomstig beleid worden gedestilleerd.

3.2. Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen

Het gezondheidsbeleid behoort sedert de staatshervorming van 1980 tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

In uitvoering van de septemberverklaring van de Vlaamse regering (26 september 1995) werd aan het Vlaamse parlement de “discussienota voor een verdere staatshervorming” (29 februari 1996) voorgelegd. Hierin engageert de Vlaamse regering zich ertoe om voor de gezondheidszorg, die een persoonsgebonden aangelegenheid bij uitstek is, haar volle verantwoordelijkheid op te nemen ten einde een samenhangend beleid te kunnen voeren. In dit kader werden reeds een aantal stappen gezet maar moet verdergaande dynamiek ontwikkeld worden.

Wat het ziekenhuisbeleid *stricto sensu* betreft heeft de Vlaamse Gemeenschap evenwel tot op heden weinig inspraak. Het is echter duidelijk dat dit in een volgende legislatuur moet wijzigen. Hiertoe werd gedurende vele maanden intensief gewerkt met een ploeg geëngageerde personen aan een conceptnota “ziekenhuisconcept voor Vlaanderen.” De krachtlijnen van dit concept zijn de volgende :

- De snel wijzigende maatschappelijke, wetenschappelijke en technologische context vereist een *vernieuwd ziekenhuisconcept*. Dat nieuwe concept wordt gekenmerkt door een omschakeling van een verticale, dienstgebonden organisatiestructuur en werking naar een horizontale multidisciplinaire aanpak in het ziekenhuis. In een horizontale benadering wordt het aangeboden zorgpakket optimaal georganiseerd in functie van de reële behoeften van de patiënten.
- De belangrijkste uitgangspunten bij het uittekenen van het nieuw ziekenhuisconcept :
 - de ziekenhuiszorg moet kaderen binnen een *globaal Vlaams gezondheidsbeleid* waar via duidelijke taakafspraken tussen de diverse zorgvormen een continuüm aan zorg gecreëerd wordt. De huisarts vormt hierin voor de patiënt de natuurlijke wegwijzer die de geschikte toegangspoort tot het systeem helpt kiezen ;
 - in de gezondheidszorg moet de *patiënt en zijn behoeften centraal* staan. Het gezondheidsbeleid gaat dan in essentie uit van de noden van de patiënten, die onafhankelijk van het aanbod worden bepaald ;
 - de Vlaamse overheid zal niet *méér* maar *anders reguleren* (herreguleren) ; zij zal een globaal kader schetsen waarbinnen de instellingen creatief en autonoom functioneren, met het oog op het vervullen van de patiëntenbehoeften.
- Het vereiste zorgaanbod wordt door de Vlaamse overheid uitgetekend onder de vorm van *patiëntenprogramma's* in functie van de behoeften van de patiënten. Een programma is een geheel van ziekenhuisactiviteiten, afgestemd op specifieke pathologiegroepen, en wordt omschreven in termen van doelgroep en vereiste infrastructuur. Er worden twee types van programma's omschreven : de *universele programma's*, die de basiszorg aanbieden, en de *gespecialiseerde programma's* die meer gespecialiseerde zorg aanbieden, waarvoor bijzondere infrastructuur, know-how, bijzondere ingrepen vereist zijn en die een bijzondere ethische, psychische, juridici-

sche en multidimensionele benadering vereisen. De patiëntenprogramma's vormen de kringlijnen waarbinnen ziekenhuizen hun intern zorgaanbod en het aanbod in de regio in nauw onderling overleg, via samenwerking in *netwerken*, ontwikkelen. Een netwerk is een consortium van meerdere ziekenhuizen met één ziekenhuis als *netwerkcoördinator*. Het biedt een gezamenlijk pakket van zorg aan op diverse campussen, zodat elke patiënt toegang heeft tot alle aanwezige programma's.

In het kader van de netwerken kunnen gespecialiseerde diensten van ziekenhuizen optreden als *serviceziekenhuizen* voor andere ziekenhuizen.

In de regelgeving zullen twee concepten duidelijk omschreven moeten worden nl. de basisvoorwaarden waaraan elk ziekenhuis moet voldoen als "*algemeen ziekenhuis*" en het concept "*universitair ziekenhuis*".

Een algemeen ziekenhuis is in staat de patiënten die zich aanbieden ofwel optimaal zelf te behandelen ofwel, na de patiënt te hebben gestabiliseerd, door te verwijzen naar een meer geëigende instelling.

Een universitair ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis dat naast de patiëntenzorg vooral opdrachten vervult op vlak van onderwijs, wetenschappelijk onderzoek en ontwikkeling van nieuwe technologieën. Universitaire ziekenhuizen concentreren zich bij voorkeur op geavanceerde medisch-specialistische zorg.

Rekening houdend met de wens tot adequate spreiding van de basisvoorzieningen, waarbij elke patiënt zich op een redelijke afstand van een ziekenhuis moet bevinden, kan men stellen dat met ongeveer 65 à 70 ziekenhuizen de ziekenhuiszorgbehoeften in 2005 in Vlaanderen gedekt kunnen worden. Er zal zich m.a.w. een schaalvergroting en concentratiebeweging voordoen. Deze concentratie, door netwerkvorming, zal sterker zijn voor de gespecialiseerde dan voor de universele programma's.

- Dit alles dient ondersteund te worden met een aangepaste *FINANCIERING*, waarbij de middelen 'rechtmatig' verdeeld worden tussen de voorzieningen. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:
 - ⇒ één prijs voor eenzelfde nodig en kwaliteitsvol produkt
 - ⇒ pathologiegebaseerde financiering: er wordt rekening gehouden met de aard en de ernst van de aandoening
 - ⇒ globale financiering van de geëigende zorg
 - ⇒ integratie van de artsen(financiering) in de ziekenhuizen(financiering).
 - ⇒ transparantie en budgetzekerheid
 - ⇒ mogelijkheid tot systematische aanpassingen van de financiering aan o.a. wetenschappelijke en technologische evoluties
 - ⇒ begrensde macro-budgettaire context
 - ⇒ gemengde financiering, zijnde een financiering die deels vast is en deels variabel, m.a.w. afgestemd op de activiteitsgraad van het ziekenhuis.
- Vermits de programma's, gericht op welomschreven patiënten- en pathologiegroepen, de ruggespraak vormen van het toekomstige ziekenhuis, in plaats van de klassieke bedden, afdelingen en diensten, zullen zij ook het fundament vormen van de erkenningsvoorwaarden.

Bovenop de basiserkenning zullen coherente zorgpakketten en/of gespecialiseerde programma's de basis van de erkenning van een ziekenhuis of een netwerk worden. In de organisatiestructuur van het ziekenhuis zullen de essentiële voorwaarden voor een geïntegreerde, multidisciplinaire, kwaliteitsvolle aanpak van de patiënt, voor flexibiliteit

teit en autonomie zijn ingebakken zodat ook de toekomstige inhoudelijke vernieuwingen en technologische ontwikkelingen snel en efficiënt kunnen toegepast worden.

Uitgaande van epidemiologische gegevens - die embryonaal reeds beschikbaar zijn via de Vlaamse gezondheidsindicatoren - kan de overheid een aanzet geven tot raming van de behoefte aan diverse patiëntenprogramma's. De voorkeur gaat uit naar een "overlegde planning", naar "benchmarking" met een permanente feed-back vanwege de overheid. De ziekenhuizen vullen het zorgaanbod in overleg en met goedkeuring van de overheid in.

- Nieuwe medische ontwikkelingen moeten op een doordachte wijze geïntroduceerd worden in de routinepraktijk. Tijdens de proefperiode wordt een voorlopige toelating tot uitvoering van de interventie gegeven, gekoppeld aan de uitvoering van een grondige evaluatie van de technologie. Als er voldoende wetenschappelijk onderbouwde evidentie voorhanden komt, rangschikt de overheid de interventie onder de universele of één of meerdere gespecialiseerde programma's.
- Het welslagen van een eigen, vernieuwd gezondheidsbeleid voor Vlaanderen wordt sterk mede bepaald door externe, institutionele factoren. Een globaal gezondheidsbeleid kan slechts tot stand komen wanneer hiervoor de nodige beleidsondersteunende informatie beschikbaar is zoals beschikbare en betrouwbare epidemiologische gegevensstromen, wetenschappelijk gefundeerde gegevens over geëigende zorg, aangepaste gegevenssystemen voor ziekenhuizen, ...
Bovendien zal het realiseren van het nieuw ziekenhuisconcept een mentaliteitsaanpassing vergen bij de zorgverleners, beheerders van voorzieningen en patiënten. Het geheel in de praktijk omgezet, zal samen met de vernieuwde VIPA-procedure het ziekenhuislandschap voor de 21ste eeuw uittekenen.

3.3. Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)

Bij de evaluaties van de eerste VIPA-dossiers waarbij hoofdzakelijk de technische aspecten en de inhoudelijke aspecten, o.a. inzake de erkenningsnormen en de programmatie, werden onderzocht, is gebleken dat de procedure nog niet voldoet aan het doel dat de Vlaamse overheid voor ogen had : een objectieve, éénduidige en klantvriendelijke procedure voor het toewijzen van investeringsgelden.

De dossiers worden nog onvoldoende geëvalueerd op hun bedrijfseconomische haalbaarheid en niet of nauwelijks getoetst aan hun macro socio-economische context. Daardoor blijkt de procedure nog onvoldoende bij te dragen tot een geoptimaliseerd beslissingsproces.

De Vlaamse overheid heeft dan ook beslist om het toewijzingsproces voor de VIPA-investeringsgelden in eerste instantie voor de ziekenhuizen en de voorzieningen voor ouderen te verfijnen en verder aan te vullen met steeds wijzigende criteria.

De criteria en procedure moeten de Vlaamse overheid in staat stellen om op basis van objectieve gegevens verantwoorde investeringsbeslissingen te maken, rekening houdend met de grote ontwikkelingstendenzen in de Vlaamse gezondheidszorg en ouderenzorg.

Het is niet mogelijk en ook niet de bedoeling om een mathematisch beslissingsmodel uit te werken waaruit louter deductief beslissingen af te leiden zijn. Wel wordt eerder gestreefd naar het uitzetten van bakens, die de overheid kunnen gidsen bij het nemen van beslissingen. Deze bakens zijn :

- *Opportuniteit* : Is het opportuun in deze voorziening te investeren, rekening houdend met de specifieke situatie in de regio ?
- *Concept* : Beantwoordt het vooropgestelde concept aan de vereisten van kwalitatief hoogstaande zorg tegen een verantwoorde kost ?
- *Resultaat/Garanties* : Wat is de te verwachten impact van deze investering op de kwaliteit en de zorgverstrekking ? Welke garanties kan de overheid hiervoor krijgen ?

Het initiatief voor de investeringen blijft volledig in handen van de ziekenhuizen en de ouderenvoorzieningen. Zij starten de procedure indien ze subsidies wensen voor hun investeringen. Op deze manier wordt de dynamiek van de sector maximaal gestimuleerd en ondersteund.

Ten opzichte van de huidige procedure is het belangrijkste verschil dat het masterplan wordt opgedeeld in een zorgstrategisch plan en in een technisch financieel plan.

De kwaliteit van het masterplan wordt beoordeeld op drie vormen van performantie, met name : zorgperformantie (zorgstrategisch plan = deel 1), bouwtechnische en financiële performantie (technisch-financieel plan = deel 2). De overheid zal in deze fase ook ondersteunend optreden door de aanvrager te coachen bij de uitwerking van zijn concept. Dit past niet alleen in het algemeen kader van kwalitatief hoogstaande publieke dienstverlening, maar heeft ook een rechtstreekse impact op de efficiëntie van de beoordeling door de overheid en de efficiëntie van het opmaken van een plan voor de aanvrager.

In het zorgstrategisch plan beschrijft de voorziening onder meer :

- de huidige situatie in termen van zorgaanbod (welke programma's/functies en welke activiteitsniveaus), infrastructuur, ligging en samenwerkingsverbanden;
- de toekomstvisie met betrekking tot dezelfde elementen, waarbij speciale aandacht gegeven wordt aan de gewenste rol in de regio;
- de wenselijkheid en haalbaarheid van deze toekomstvisie, op basis van een grondige omgevingsanalyse (inclusief een projectie zorgbehoeften en -aanbod), een afstemming op de andere zorgverstrekkers in de relevante invloedssfeer, en een diepgaande zelfevaluatie van de positie van het ziekenhuis of de ouderenvoorziening;
- wat er nodig zal zijn om de nagestreefde visie te realiseren.

Er wordt zo snel mogelijk overgegaan tot de oriëntatie van de subsidieerbare investeringen. Dit vermijdt dat de ziekenhuizen en de ouderenvoorzieningen onnodige kosten maken bij het uitwerken van ongepaste financieel-technische- en projectplannen. De oriëntatie is gebaseerd op transparante en objectieve criteria, die aansluiten bij de visie rond kwalitatief hoogstaande zorg in een regionaal perspectief. Het bekendmaken van de criteria en gehanteerde grenswaarden zal op zich al oriënterend werken.

Het zorgstrategisch plan wordt geëvalueerd door de Administratie bevoegd voor gezondheidszorg of de Administratie Gezin en Maatschappelijk Welzijn (voor wat de zorgaspecten betreft) en door de Administratie bevoegd voor financiën en begroting en/of door één of meer externe deskundigen (voor wat de financiële aspecten betreft). De initiatiefnemer kan een nota indienen als reactie op deze evaluaties. Na evaluatie en reactie wordt het dossier dan bezorgd aan de Commissie Zorgstrategie. De Commissie Zorgstrategie heeft als opdracht de Vlaamse minister bevoegd voor de investeringen voor verzorgingsinstellingen te adviseren over de ingediende zorgstrategische plannen.

Een gunstig beoordeeld zorgstrategisch plan opent de mogelijkheid om de VIPA-procedure verder te doorlopen - het technisch-financieel plan (deel 2) dat reeds in de huidige procedure voorzien is - maar beperkt tegelijkertijd de subsidieerbare masterplannen en projecten tot diegene die passen in de lijn van dat zorgstrategisch plan.

*

* *

Als de goedkeuring van het zorgstrategisch plan een vereiste is om investeringssubsidies te bekomen, moet dit logischerwijze ook gelden voor de ziekenhuizen die investeren met eigen middelen. De behoefte aan investeringen met subsidies wordt beïnvloed door de investeringen met eigen middelen en vice versa. In de voorbereidende werken die geleid hebben tot de bijzondere wet van 8 augustus 1980 wordt immers gesteld dat de Gemeenschappen bevoegd zijn voor het bepalen van de prioriteiten inzake investeringen, voor de bouw en voor de zwaar medische apparatuur. De invoering van een autonome regeling zal in het najaar 1997 worden voorgelegd aan de Vlaamse regering.

*

* *

Vanaf 1998 zullen ook de aanloopadressen voor beschut wonen, de wijkgezondheidscentra, het Zeepreventorium te De Haan en de bloedtransfusiecentra van het Rode Kruis in aanmerking komen voor subsidiëring. De regels hiervoor zullen zo spoedig mogelijk worden vastgelegd.

3.4. Tentoonstelling : 200 jaar gezondheidszorg in Vlaanderen

De gezondheidszorg en de wetenschappelijke kennis van de geneeskunde evolueren razendsnel, voortdurend dienen er zich nieuwe uitdagingen aan. Nu we op de drempel van de 21ste eeuw staan, willen we reeds de krijtlijnen trekken voor de gezondheidszorg van morgen. Het einde van een millennium lijkt dan ook het goede moment om eens stil te staan bij de evolutie en de groei van de gezondheidszorg in Vlaanderen. Vandaar dat het

plan werd opgevat om een overzichtstentoonstelling op te zetten over de voorbije twee eeuwen gezondheidszorg in Vlaanderen.

Bedoeling van deze tentoonstelling is een overzicht te bieden van de fysische geneeskunde binnen de ziekenhuizen gedurende de periode van 1750 tot heden. Twee centrale thema's zullen als rode draad doorheen de tentoonstelling lopen. Ten eerste, de evolutie van een Belgische naar een Vlaamse gezondheidszorg en ten tweede, de evolutie van het centraal stellen van de mens in de zorg naar het centraal stellen van de voorzieningen om dan recent weer te evolueren naar het centraal plaatsen van de mens door middel van de kwaliteitszorg. Het verleden wordt in deze tentoonstelling niet louter gebracht omwille van het boeiende karakter van dat verleden of als pure evocatie van de gezondheidszorg van weleer, maar als aanzet tot de gezondheidszorg van morgen. Het verleden dus om het heden en de toekomst te kennen of deze beter te begrijpen. Of, om het met de woorden van de bekende Nederlandse historicus Prof. C. Gerretson te zeggen : "De geschiedenis, wil zij vruchtbaar zijn, is het schouwen van de toekomst in de spiegel van het verleden."

Gelijktijdig met deze tentoonstelling wordt een wetenschappelijk verantwoorde publikatie voorbereid waarin de evolutie van de geneeskunde, de medische wetenschap en het gezondheidsbeleid wordt geschetst naast de geschiedenis van het 19de- en 20ste-eeuwse hospitaal- en ziekenhuiswezen. Verder zal de publikatie gestoffeerd worden met typologische bijdragen over een aantal instellingen en portretten van personen die een belangrijke bijdrage hebben geleverd in de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

De op een breed publiek gerichte en dus aantrekkelijk en laagdrempelig geconcipeerde tentoonstelling zal een gevarieerd en inhoudelijk interessant overzicht bieden dat aansluit bij de in de publikatie behandelde thema's. Vast staat dat de tentoonstelling zal plaatsvinden in het Elzenveld te Antwerpen en zal lopen van 23 oktober 1998 tot en met 3 januari 1999.

3.5. Samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging (SIT's)

Het besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging heeft een belangrijke aanzet gegeven in de uitbouw en structurering van het landschap van de Vlaamse thuisgezondheidszorg.

Na een eerste periode dringt zich evenwel een aanpassing van het besluit op. Een aangepaste regelgeving betreffende de financiering en omkadering van de SIT's moet het mogelijk maken dat goede en gecoördineerde zorgen aan ouderen, langdurig zieken en gehandicapten kunnen toegediend worden. Ook zwaar zorgbehoevenden moeten zolang mogelijk en zolang ze het zelf willen thuis kunnen verzorgd worden.

Hiervoor kan best het besluit van 21 december 1990 aangepast worden zodanig dat de organisatie van de zorg mogelijk gemaakt wordt met respect voor de eigenheid van elke organisatie. Essentieel hierin is de mantelzorg de juiste ondersteuning te geven en de inzet van veel vrijwillig werk te consolideren door een correcte waardering.

Kwaliteitszorg en samenhang tussen de bestaande zorgcircuits moet de zorgvrager een coherente geïndividualiseerde zorgverlening thuis garanderen. Het kleinschalig karakter van de patiëntencontacten kan hierbij niet uit het oog verloren worden.

Een kwaliteitsvolle thuiszorg veronderstelt intense samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen, diensten voor gezins- en bejaardenhulp, centra voor maatschappelijk welzijn, andere medische en paramedische beroepsbeoefenaars en zorg- en hulpverlenende instanties.

Om deze twee belangrijke functies, nl. fungeren als een overlegplatform en de zorg- en hulpverlening rond de patiënt ondersteunen en coördineren, efficiënt uit te bouwen zullen de SIT's in de toekomst een coördinator kunnen aanwerven. De taak van de coördinator zal er in bestaan praktische en administratieve ondersteuning te geven, in te staan voor de begeleiding van de zorgbemiddelaars. Hij is tevens verantwoordelijk voor de coördinatie en ondersteuning van de opdrachten van het kwaliteitsdecreet. Verder ziet hij toe op de opmaak en de opvolging van het zorgenplan.

Deze taak is wezenlijk verschillend van deze van de zorgbemiddelaar. Het werkterrein van de zorgbemiddelaar ligt rond de patiënt. Hij wordt gekozen door de patiënt en stemt de werking van de verschillende partners rond de patiënt op elkaar af en maakt de zorgenplannen op.

De subsidiëring wordt losgekoppeld van de zorgenplannen en wordt berekend per inwoner van het SIT. Het biedt een SIT met 60 000 inwoners de mogelijkheid een halftijdse coördinator aan te werven. Het totale thuiszorgbudget wordt opgetrokken tot 82 miljoen frank.

Het besluit van 1990 verplicht het SIT elke organisatie op te nemen die dit vroeg. De bedoeling hiervan was alle zorgverleners mee te betrekken. Dit is en blijft een belangrijk uitgangspunt, toch kan dit niet ten koste gaan van het wel of niet bestaan van een SIT voor een ganse regio. Het lijkt niet noodzakelijk dit verplicht te houden.

3.6. Ouderenzorgbeleid

Op 9 juni 1997 werd een protocol tussen de federale overheid en de overheden van de gemeenschappen en gewesten afgesloten in verband met het te voeren ouderenzorgbeleid. Het protocol houdt hoofdzakelijk in dat :

- er voorstellen worden uitgewerkt met het oog op een coherent ouderenzorgbeleid. Die voorstellen hebben in de eerste plaats tot doel ouderen de kans te geven om zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving te laten wonen en daar te worden verzorgd.
- er enkel nieuwe bedden worden erkend die in een voorafgaande vergunning zijn opgenomen en waarvan het aantal voor 1997 beperkt is.
- de programmatie en de erkenningsnormen van de Gemeenschappen/Gewesten inzake de rusthuizen en de federale programmatie en erkenningsnormen rust- en verzorgingstehuizen zullen worden geïntegreerd en geharmoniseerd.

Om voor eenzelfde zorgbehoefte eenzelfde financiering te garanderen wordt in dit protocol overeengekomen dat de programmatie van de RVT-bedden met ingang van 1 januari 1998, progressief binnen een termijn van 5 jaar, jaarlijks zal verhoogd worden met 5000 bedden. Het aantal nieuw te erkennen RVT-bedden in de rusthuizen kan geen aanleiding geven tot creatie van bijkomende rusthuiswoongelegenheden. De woongelegenheden in de rusthuizen die reeds in gebruik zijn als RVT-bedden - m.a.w. waarin zorgbehoevenden worden verzorgd die voldoen aan de criteria voor opname in een RVT - doch die nog niet alsdusdanig erkend of gefinancierd zijn, zullen omgevormd worden tot RVT-bedden.

A. Toewijzing van RVT-bedden

Het aandeel van de Vlaamse Gemeenschap in de pool van de bijkomende 25.000 RVT-bedden is bepaald op 14.116. Om het aandeel binnen Vlaanderen op een coherente manier te kunnen verdelen en hierdoor de instellingen een toekomstperspectief te geven dient de verdeling van de 25.000 bedden in zijn geheel te worden vastgelegd en toegekend en niet elk jaar opnieuw voor de schijf van 5.000 bedden.

De verdeling en toewijzing van het aandeel van de Vlaamse Gemeenschap aan de rusthuizen binnen de Vlaamse Gemeenschap is een bevoegdheid van de Vlaamse minister van Gezondheidsbeleid.

De verdeling en toewijzing van de bijkomende RVT-bedden aan de rusthuizen in de Vlaamse Gemeenschap zal op een objectieve en transparante wijze gebeuren en rekening houden met het reeds bestaande aanbod aan RVT-bedden, de reële zorgbehoefte en de demografische evolutie in de verschillende regio's.

De volgende werkwijze en criteria zullen gehanteerd worden:

- De bestaande RVT-bedden en de nieuwe bijkomende RVT-bedden zullen samengevoegd worden tot 1 pool. Via een simulatie zal deze pool herverdeeld worden over de verschillende kantons in het Vlaamse gewest. Dit zal gebeuren op basis van een gecorrigeerde leeftijdsbevolkingspyramide d.d. 1.1.97 per kanton waarbij een weging zal gebeuren van de leeftijdscategorieën in functie van hun behoefte aan RVT-voorzieningen. Door van dit theoretisch berekend aantal RVT-bedden per kanton het reeds bestaande aanbod aan RVT-bedden in mindering te brengen, bekomt men het aantal nieuwe RVT-bedden dat per kanton kan toegekend worden. De verdeling over de kantons is niet van toepassing op de Vlaams-Brusselse situatie, hiervoor zal een specifieke regeling uitgewerkt worden.
- De verdeling van de bijkomende RVT-bedden over de rusthuizen gelegen in een kanton zal gebeuren op basis van de gegevens betreffende de populatie en zorgafhankelijkheid. Deze omvatten het aantal rechthebbenden op RIZIV-forfaits en het aantal zorgbehoevende patiënten waarvoor het RIZIV niet tussenkomt. Deze gegevens zullen aan de voorzieningen worden gevraagd. Voor de berekening van het aantal toe te wijzen nieuwe RVT-bedden per rusthuis zal uitgegaan worden van het principe dat de rusthuizen verhoudingsgewijs dienen gelijkgeschakeld te worden wat het aantal RVT-bedden betreft.

- De RVT-erkenning is gekoppeld aan een te registreren bezettingspercentage. Indien men structureel onder een regionaal gemiddelde blijft, dan vindt er een aanpassing van de RVT-bedden plaats.
- De RVT-bedden zullen per rusthuis in hun totaliteit in 1998 toegekend worden voor de periode 1998-2002 via een vergunning tot opname in de programmatie. Daarin zal eveneens de fasering van de toekenning van het aantal RVT-bedden gespecificeerd worden.
- Om over voldoende gekwalificeerd personeel te kunnen beschikken en zo een kwalitatieve RVT-werking te garanderen, wordt er een minimum capaciteit aan RVT-gerechtigden per instelling alsook een minimum schaalgrootte van het rusthuis vooropgesteld. Bovendien is er binnen de sector een duidelijke differentiatie merkbaar waarbij er naast rusthuizen die zich profileren als verzorgingstehuizen, ook rusthuizen zijn die eerder als residenties functioneren. Het lijkt logisch om bij de verdeling van de RVT-bedden met deze differentiatie rekening te houden en zo de doorzichtigheid van het aanbod te vergroten.

Om deze redenen kan onderzocht worden of er een instapdrempel dient gehanteerd te worden bij de verdeling van de RVT-bedden.

B. Ouderenzorgverzekering

De demografische evolutie heeft niet enkel gevolgen voor de huidige sociale zekerheid. Er is een geruststellend perspectief nodig voor ouderen die het risico van te hoog oplopende kosten voor zorg wensen te beperken. Naast de uitbouw van de thuiszorg, kan werk gemaakt worden van een ouderenzorgverzekering die niet in de plaats treedt van het bestaande aanbod van diensten en zorgvoorzieningen, noch van het vrijwilligerswerk of de mantelzorg. In 1998 vindt een studie van het concept plaats, die ook moet uitmaken onder welke voorwaarden zo'n regeling van start kan gaan. In elk geval mag geen sociale drempel de toegang tot dit stelsel belemmeren ; het moet steunen op een solidariteitsmechanisme.

In de loop van 1998 zullen ondermeer volgende studies worden uitgevoerd ter voorbereiding van de ouderenzorgverzekering :

1. Enquête bij bevolking (60-65-jarigen) over hun verwachtingspatroon ten aanzien van het risico van zorgbehoevendheid, hun zorgen en hun noden, de gewenste vormen van opvang en de bereidheid om dit risico te solidariseren en hiervoor een eigen financiële inbreng te leveren ;
2. Actuariële studie: de verhouding tussen de bevolkingsgroepen die beroep zullen kunnen doen op de ouderenzorgverzekering en de aangeslotenen, de periode waarin men beroep doet op de ouderenzorgverzekering, beheersbaarheid van bijdragen en uitkeringen ;
3. Een studie m.b.t. omschrijving van aan te bieden zorg en differentiatie, van de zorgbehoevendheid, van de criteria tot evaluatie ervan.

Het CBGS en de functionele administraties van Welzijn en Gezondheid zullen in de beleidsvoorbereiding terzake worden betrokken.

3.7. Palliatieve netwerken

Sedert het Besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 dat de erkenning en subsidiëring van de palliatieve netwerken regelt is er ernstig werk gemaakt van het opzetten van deze netwerken.

Ondertussen zijn over heel Vlaanderen 15 palliatieve netwerken actief. De overleg- en beslissingsstructuren van de palliatieve netwerken werden uitgebouwd en beginnen hun werkzaamheid te bewijzen. Veel tijd en aandacht werd tevens besteed aan het opzetten van de interne vorming en het organiseren van een kwaliteitsvolle intervisie.

De eveneens door de Vlaamse Gemeenschap gefinancierde Federatie Palliatieve Zorgen overkoepelt de netwerken en biedt hen ondersteuning, vooral op het gebied van de meer gespecialiseerde vorming. Tevens is de Federatie de gesprekspartner van de Overheid m.b.t. verdere uitbouw van de netwerken.

Het organisatiepeil en de ontwikkeling van de verschillende palliatieve netwerken is nog zeer divers. Dit heeft onder meer te maken met de oprichtingsdatum (sommige netwerken werkten reeds verschillende jaren mee met de zogenaamde experimenten Busquin), maar vooral met de financiering. De verschillende netwerken werken met zeer verschillende middelen. De gemiddelde kost van een volledig goedlopend netwerk wordt op 8 miljoen frank per jaar geraamd. Naast de financiering door de Vlaamse Gemeenschap via het hogervermelde Besluit putten de palliatieve netwerken uit een aantal onzekere financieringsbronnen.

De financiering is dé beperkende kritische factor in de verdere uitbouw van de palliatieve netwerken. Deze onvolledige financiering heeft te maken met het lang uitblijven van een federale financiering. Op 28 juni ll. werden in het Belgisch Staatsblad een eerste reeks langverwachte besluiten gepubliceerd. Het betreft hier de normering en financiering van "samenwerkingsverbanden", en de verlenging van de experimenten Busquin (tot het einde van 1997). Naast de "samenwerkingsverbanden" worden "equipes tot ondersteuning" voorzien. Hun financiering wordt gepland via conventies met het RIZIV. Dit zal ten vroegste volgend jaar een aanvang nemen. Daarom wil de Vlaamse Regering in 1997 de acute financiële nood van de netwerken lenigen door aan elk palliatief netwerk eenmalig een extra bedrag van 1 miljoen frank toe te kennen (zoals trouwens een jaar geleden beloofd werd in de toenmalige actualisering van de beleidsbrief). Deze middelen dienen te worden aangewend om de in de recente federale besluiten uitgetekende structuren voor te bereiden en zo mogelijk reeds op te richten.

Bij het omzetten van de besluiten naar de concrete werking zal aan de netwerken binnen de door de wet getekende klijtlijnen een zo groot mogelijke vrijheid gelaten worden. Zo kunnen verschillende modellen op hun werkzaamheid getoetst worden. Mettertijd kunnen de meest efficiënte modellen dan veralgemeend worden.

Deze financiële en structurele omkadering zal bijdragen tot de realisatie van de wens van de patiënt om thuis te kunnen sterven.

3.8. Geestelijke gezondheidszorg

3.8.1. Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Maatschappelijke processen liggen aan de basis van de vele vragen waarmee de sector geestelijke gezondheidszorg in toenemende mate wordt geconfronteerd. Het behoort tot de maatschappelijke missie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg effectief en efficiënt in te spelen op deze evoluerende vragen.

Doorlichting

Vanuit deze bekommernis werd in de tweede helft van 1996 via een begrotingsenquête een financiële doorlichting van de sector doorgevoerd.

De doorlichting bracht grote verschillen aan het licht tussen de centra inzake de werking: o.a. de mate van samenwerking met andere voorzieningen (huisartsen, welzijnswerk, centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling, enz.), de lengte van de wachtlijsten en -tijden, de invulling van de maatschappelijke functie, van de multidisciplinariteit, enz. Vanuit deze vaststellingen werden gesprekken opgestart met de sector rond: de doelstelling, de doelgroepafbakening, de schaalgrootte en de subsidiëring. Deze gesprekken zijn nog niet afgerond maar leverden duidelijkheid op volgende punten :

- als doelgroepomschrijving werd aangenomen: "personen met ernstige psychische problemen en/of psychiatrische stoornissen die extramuraal behandeld kunnen worden". Wat onder ernstige psychologische problemen wordt verstaan wordt gespecificeerd aan de hand van DSM IV* -criteria, zonodig aangevuld met bijkomende elementen;
- een centrum voor geestelijke gezondheidszorg is een tweedelijnsvoorziening, enkel toegankelijk via verwijzing. De sector kan akkoord gaan om in principe enkel op verwijzing te werken, mits een overgangsperiode en mogelijke uitzonderingen worden in acht genomen, maar vooral mits een strikte echelonnering geldt voor het geheel van de gezondheidszorg;
- het gaat expliciet om secundaire preventie;
- netwerkvorming wordt door de sector als een belangrijke mogelijkheid voor schaalvergroting gezien, met dien verstande dat ieder centrum erkend blijft voor het basispakket. Voor de gespecialiseerde hulpverlening dient een centrum zich verplicht in te schakelen in een netwerk.

Prioritaire thema's

Om het zorgaanbod optimaal af te stemmen op de evoluerende vragen en noden werden in de lijn van een aantal initiatieven die binnen de gezondheidszorg reeds werden genomen enkele prioritaire thema's voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg vastgelegd, nl.

* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4^o Edition : internationaal erkend classificatiesysteem van psychische stoornissen . Geeft een beschrijving van deze stoornissen per categorie. Van elke stoornis worden duidelijke diagnostische criteria vermeld waaraan moet beantwoord worden om de klacht/het probleem als een stoornis te kunnen beschouwen. Wordt gebruikt voor zowel klinische als researchdoeleinden.

1. Kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening.

In antwoord op de maatschappelijke beroering rond seksuele uitbuiting en mishandeling van kinderen zowel binnen als buiten het gezin, werd op vraag van het Vlaams parlement een "Vlaams actieplan voor preventie en hulpverlening met betrekking tot kindermishandeling en kinderrechten vanuit het welzijns-, gezins- en gezondheidsbeleid" uitgewerkt. In het kader van dit plan wordt van de centra voor geestelijke gezondheidszorg verwacht dat zij instaan voor de psychotherapeutische behandeling van kinderen die lijden aan ernstige psychische problemen, met bijzondere aandacht voor traumata ten gevolge van kindermishandeling.

Daartoe werden 79 miljoen aan extra middelen voorzien.

2. Daderhulp.

In maart 1996 werd, naar aanleiding van de wet van 13 april 1995 betreffende seksueel misbruik ten aanzien van minderjarigen die een verplichte begeleiding of behandeling oplegt aan seksuele delinquenten in het kader van de voorwaardelijke invrijheidstelling en de invrijheidstelling op proef, overleg opgestart met het Ministerie van Justitie om een samenwerkingsprotocol uit te werken. Dit overleg is in een eindfase gekomen en verwacht wordt dat in de komende maanden het samenwerkingsakkoord kan ondertekend worden. Hierin worden duidelijke terrein- en taakafspraken vastgelegd.

Het ligt in de bedoeling dat per provincie twee centra met gespecialiseerde forensische units worden gevormd.

3. Zelfmoordpreventie.

Uit de gezondheidsindicatoren blijkt dat zelfmoord één van de belangrijkste doodsoorzaken is. De centra zullen gestimuleerd worden om vorming te volgen om de problematiek sneller te onderkennen en een adequatere behandeling en nazorg te verzekeren. Daarnaast zal aan de centra gevraagd worden samenwerkingsafspraken te maken met relevante partners (o.a. huisartsenkringen, spoedopnamediensten, psychiatrische ziekenhuizen) op het vlak van kennisuitwisseling, methodische aanpak van de problematiek, doorwijzing, enz.

4. Drughulppreventie.

In het kader van het drugactieplan werden projecten (van drie jaar) toegekend aan een aantal centra. Voor de stand van zaken: zie punt 4.4. in deze nota.

Netwerkvorming en convenanten.

Voor de realisatie van de specifieke opdrachten worden de centra uitgenodigd om per bestuurlijk arrondissement (of een variant hiervan) een netwerk te vormen. Een netwerk wordt hierbij gezien als een samenwerking van centra die met elkaar overleg plegen over de concrete invulling van de opdracht. Voor elk van de prioritaire thema's kan dus een afzonderlijk netwerk gevormd worden. Het overleg van de centra binnen elk netwerk dient te resulteren in een beleidsplan dat de basis vormt voor het afsluiten van een convenant.

De bijkomende middelen, zijnde 130 miljoen, zullen immers worden ingezet in een convenantfinanciering. Dit betekent dat er een overeenkomst wordt afgesloten tussen de Vlaamse Gemeenschap en de netwerken van centra voor geestelijke gezondheidszorg

waarin de respectievelijke taken en middelen worden vastgelegd. Op deze wijze stapt de sector ten dele over van de tot nog toe gehanteerde middelenverbintenissen naar prestatieverbintenissen.

Een convenant heeft als meerwaarde dat de doelstellingen en prestaties heel concreet geformuleerd moeten worden én dat het mogelijk is om permanent de uitvoering van het beleid te volgen, te evalueren en bij te sturen. Niet alleen de input van middelen wordt beoordeeld, ook de output wordt aan de hand van indicatoren geëvalueerd. Op die manier kan men de efficiëntie en effectiviteit van de maatregelen om de beleidsprioriteiten te realiseren, beter bewaken.

Het is de bedoeling dat de convenanten met de centra voor geestelijke gezondheidszorg inzake prioritaire thema's ingaan in het najaar 1997.

3.8.2. Opentrekken van het psychiatrisch ziekenhuisbeleid naar een ruimer geestelijk gezondheidsbeleid

De reconversiebesluiten van 1990 hebben geleid tot een grondige herschikking in de geestelijke gezondheidszorg. Het psychiatrisch ziekenhuis evolueert naar een gespecialiseerd ziekenhuis van intensieve, hoog deskundige zorg. Alternatieven zoals het beschut wonen en het psychiatrisch verzorgingstehuis maken deze ontwikkeling mede mogelijk. De psychiatrische afdeling binnen het algemeen ziekenhuis en de centra voor geestelijke gezondheidszorg evolueren mee. Het globale beeld van het psychisch ziek zijn verandert. Deze ontwikkelingen hebben hun weerslag op de inhoud en de organisatie van de zorg in de vele voorzieningen, maar ook op taakaflijning en samenwerking in ruimere verbanden. Na dergelijke ingrijpende wijzigingen wordt door de Vlaamse overheid de nood gevoeld om een concept te ontwikkelen dat leidt tot een coherente inhoudelijke en organisatorische uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg waar niet de voorzieningen maar patiënten als uitgangspunt worden genomen. Naar aanleiding hiervan zal in de komende maanden een conceptnota "Geestelijke Gezondheidszorg" worden uitgewerkt.

Aan de hand van de formule van de samenwerkingsverbanden moet getracht worden de verdere ontschotting tussen intra- en extramurale zorgvoorzieningen te realiseren in eerste instantie met het oog op het complementair aanbieden van zorg op maat en continuïteit in dienstverlening. Het zorgcircuit dat op dergelijke wijze ontstaat moet de kenmerken hebben van een open systeem.

Hierop aansluitend moeten ook zorgvernieuwingsprojecten en -programma's een kans krijgen. Projecten zoals psychiatrische thuiszorg, het organiseren van urgentiepsychiatrie, projecten in de transmurale zorg moeten verder ontwikkeld worden.

Ook voor de psychiatrische gezinsverpleging moet bestudeerd worden of het unieke model van Geel niet voor uitbreiding in aanmerking komt, en dit eventueel in een gedifferentieerde vorm.

Verder dient de patiënt- en familiegerichtheid van de zorgverstrekking uitgebouwd worden. Dit kan o.m. gebeuren via de invulling van het kwaliteitsdecreet, o.m. met het uitwerken van thema's die betrekking hebben op de dienstverlening zoals het recht op informatie, de procedure i.v.m. het omgaan met klachten, etc.

3. PREVENTIE

4.1. Uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen

1. De uitdaging waarmee de actoren in de gezondheidszorg vandaag geconfronteerd worden, bestaat erin het **Vlaamse gezondheidslandschap** zo uit te bouwen dat de gestelde gezondheidsdoelen zo effectief en efficiënt mogelijk worden bereikt, in het belang van de 'volksgezondheid', de gezondheid van de Vlaamse bevolking. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat in een coherente Vlaamse gezondheidszorg de gezondheid van de mens het vertrek- en referentiepunt is. Daarom is de Vlaamse overheid, in samenspraak met alle betrokkenen, volop bezig het actuele gezondheidslandschap toekomstgericht te oriënteren. Op de agenda staan o.m. de ontwikkeling van een nieuw ziekenhuisconcept, de introductie van een duurzaam kwaliteitsdenken in de verzorgingsvoorzieningen en de uitbouw van een doelgerichte en performante preventieve gezondheidszorg.

2. Een belangrijke aanzet voor de uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen werd gegeven door het Vlaams Congres rond Preventieve Gezondheidszorg, dat op 7 en 8 maart 1997 plaatsvond te Antwerpen en werd bijgewoond door een 800-tal veldwerkers en actoren.

Doorheen de discussies en besprekingen op dit congres werd de nood aan een **duurzame gezondheidsontwikkeling** duidelijk. Deze wordt opgebouwd rond de inzichten van ziektepreventie en gezondheidspromotie, en is erop gericht een gezondheidsvriendelijke omgeving te creëren waar alle actoren elkaar bevestigen en versterken. Het Preventiecongres vormt de aanzet voor het realiseren van de vijf actieterreinen voor gezondheidsbevordering zoals uitgewerkt in het Charter van Ottawa¹, met name :

a- "een gezond overheidsbeleid ontwikkelen :

Een gezond overheidsbeleid is een beleid dat oog heeft voor de gezondheid van de burgers op diverse terreinen zoals volksgezondheid, huisvesting, tewerkstelling, milieu, armoedebestrijding, onderwijs, sport, landbouw, economie, enz.

Dat impliceert dat de politieke wil bestaat om bij beleidsbeslissingen rekening te houden met de effecten van die beslissingen op de gezondheid van de bevolking

b- een ondersteunende omgeving scheppen :

Gezondheidsbevordering houdt in dat men bij de inrichting van leef- en werkomgeving rekening houdt met de effecten ervan op de gezondheid van het individu. Tevens onderkent men dat mensen een grotere draagkracht en een betere gezondheid hebben wanneer ze zijn ingebed in een actieve sociale omgeving (gezin, buurt, familie, club- en verenigingsleven, gemeenschapsleven, enz...).

c- de participatie van de bevolking bevorderen :

Wanneer men acties inzake gezondheidsbevordering laat aansluiten bij activiteiten die vanuit de gemeenschap worden opgezet, zijn de betrokkenheid en de inzet van de bevolking groter. Men verkrijgt ook een beter resultaat wanneer bestaande netwerken en

¹ De eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering, die in Ottawa bijeen was op 21 november 1986, stelde dit Charter voor met het doel 'Gezondheid voor allen' te bereiken tegen het jaar 2000 en daarna.

groepen (o.m. buurtwerking, zelfhulpgroepen, vrijwilligersorganisaties, ...) bij de acties betrokken worden. Op die manier worden de verwachtingen en voorkeuren van de burgers omtrent gezondheidsbevordering in kaart gebracht en wordt de deskundigheid van de gemeenschap gemobiliseerd.

d- persoonlijke vaardigheden ontwikkelen :

Het bevorderen van een gezonde levensstijl betekent ook dat de individuen persoonlijke overtuigingen, waarden en aangepaste vaardigheden ontwikkelen. Voorlichting en het aanleren van die vaardigheden vormen de basis voor het maken van gezonde keuzen.

e- de gezondheidsvoorzieningen heroriënteren :

Gezondheidsbevordering is ook een belangrijke verantwoordelijkheid van de medische wereld. Daartoe dient een samenwerkingsvorm ontwikkeld te worden met de verstrekkers van gezondheidszorgen. Hun rol dient geheroriënteerd te worden in de richting van meer preventie, naast het verstrekken van medische zorgen. Dit veronderstelt dat er voor de professionelen van de gezondheidssector een aanvullend kader komt en mogelijkheden vrijgemaakt worden, en dat ze nieuwe vaardigheden kunnen verwerven om meer te gaan samenwerken met andere disciplines en sectoren." (Aanbevelingennota lokale gezondheidsbevordering 1996 VIG).

3. Het is de bekommernis van de Vlaamse Regering om volwaardige aandacht te besteden aan:

- a- het streven naar "evidence based"² en kwaliteitsvolle preventie ;
- b- de participatie, vaardigheid en medezeggenschap van de bevolking ;
- c- het vinden van een evenwicht tussen de drie grote methodieken van preventieve gezondheidszorg en hun actoren, en ze elkaar te laten aanvullen en versterken :
 - de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (sociaal-cognitief of GVO-model³)
 - de ziektegerichte preventie (medisch-technisch-epidemiologisch model)
 - het beïnvloeden van omgevingsfactoren en primaire oorzaken van ongezondheid en onwelzijn (het sociaal-ecologisch model).

Met deze aanpak wil de Vlaamse Regering de huidige problemen op het werkveld aanpakken: een versnippering van taken, een ontoereikende dekkingsgraad, een niet of moeilijk meetbare effectiviteit, een hoge kostprijs en een hoger aantal neveneffecten zoals overlappende preventieprogramma's, medicalisatie, schuldinductie, e.d.m.. Hierbij zullen alles omvattende benaderingen primeren op strikt thematische. Dit zal leiden tot een globale strategie waarbij thematische benaderingen zoals voorheen voor bijvoorbeeld aidspreventie, drugspreventie, kankerpreventie e.a. zullen geïntegreerd worden. Deze globale strategie zal via goedgekozen settings in maximale effecten ressorteren.

4. Een performant preventiebeleid dient uit te gaan van een **globaal plan** met maatregelen op verschillende terreinen en waarbij de verschillende maatschappelijke actoren betrokken worden. Daartoe wordt een multisectoriële aanpak op het lokaal-regionale niveau gekozen als hefboom voor de implementatie van effectieve Vlaamse preventieprogramma's.

² 'Evidence based' preventie betekent dat de preventie berust op wetenschappelijke onderbouwde richtlijnen.

³ Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Hierbij zijn de huisartsen een belangrijke schakel. Hun toegevoegde waarde is de vertaling naar een lokaal preventiebeleid, van de individuele behoeften aan preventie en gezondheidsbevordering én anderzijds de vertaling naar de individuele patiënt en het gezin, van de gemeentelijke initiatieven voor gezondheidsbevordering. De huisarts is daarbij een partner met specifieke invalshoeken en deskundigheden. In theorie kan echter iedereen die vanuit een globaal perspectief betrokken is bij gezondheidsbevordering bevoorrechte partner worden.

5. Dergelijk plan vergt, naast de verspreiding van uniforme "evidence based" boodschappen, communicatie en uitwisseling van de bestaande informatie tussen de verschillende actoren; het aanbieden van vorming en het initiëren van intercollegiale toetsing ten behoeve van alle betrokkenen is dan ook noodzakelijk. Dit moet bijdragen tot een hogere complementariteit in de interventie.

Tegelijkertijd moet er voldoende oog zijn voor de kwaliteit van de acties, door een zorgvuldige planning (d.i. een concrete omschrijving van doelstellingen, doelgroep, methode en timing, gebaseerd op een zorgvuldige probleemanalyse) en door een doordachte evaluatie (waarbij wordt nagegaan of de interventie volgens planning verloopt en of de effecten gerealiseerd worden).

6. Het concrete **organisatiemodel** voor een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen gaat uit van het motto : "planning en monitoring centraal, actie lokaal". Aldus onderscheiden zich twee niveaus voor de realisatie van het preventieve gezondheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap:

a- het Vlaamse beleidsniveau

De Vlaamse beleidsverantwoordelijken hebben vier **hoofdtaken**.

Eerste taak: het vastleggen van de prioriteiten en de doelstellingen voor het preventief gezondheidsbeleid, en dit op drie lijnen:

– Themagericht / inhoudelijk:

Iedere vijf jaar worden zogenaamde "health targets" vastgelegd door het Vlaams Parlement: dit zijn prioriteiten en doelstellingen die centraal worden gesteld in het preventieve gezondheidsbeleid van de Vlaamse Gemeenschap. Deze zijn gebaseerd op wetenschappelijke consensus, uitgewerkt in de Vlaamse Gezondheidsraad, en gaan in op de voornaamste gezondheidsproblemen van de Vlaamse bevolking, zoals blijkt uit de gezondheidsindicatoren die door de Administratie geregistreerd worden. Ook met internationaal aanvaarde normen moet rekening gehouden worden.

– Actiegericht / organisatorisch :

Dit betreft conceptontwikkeling, het formuleren van prioritaire toepassingsstrategieën, aangrijpingspunten, methodieken, structuren, enz. en de daaraan verbonden doelstellingen. Hiervoor wordt een beroep gedaan op de bestaande know-how zoals die binnen de voorzieningen aanwezig is (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en zijn voorzieningen, Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen, Vlaams Huisartsen Instituut, etc.).

– Doelgroep-gericht :

Dit betreft het formuleren van specifieke doelstellingen, methodieken, aangrijpingspunten en prioriteiten in verband met het bereiken van bijzondere doelgroepen : kansarmen, scholen, migranten, bedrijven, uitgeprocedeerden, etc.

Tweede taak: communicatie en coördinatie tussen de verschillende uitvoeringsniveaus en kwaliteitsbewaking

Om een globaal plan voor gezondheidsbevordering in het werkveld te implementeren is communicatie en uitwisseling van informatie tussen de verschillende actoren noodzakelijk. De Administratie Gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap speelt daar bij een belangrijke taak; zij staat in voor het communiceren van de prioriteiten en de doelstellingen die door het Vlaams Parlement worden vastgesteld. Bovendien staat zij in voor de kwaliteitsbewaking bij de uitvoering van deze prioriteiten en doelstellingen. Door een doordachte evaluatie is het mogelijk de planning op alle uitvoeringsniveaus op te volgen en de effecten te meten. Bijsturing van het beleid wordt tegelijkertijd mogelijk.

Derde taak: Gegevensverzameling in functie van beleidsvorming en toekomstscenario's.

De Administratie Gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap staat in voor de coördinatie en de sturing van gezondheidsinformatie. Van belang hierbij is de doorstroming van informatie van onderuit naar boven en omgekeerd. De stapsgewijze uitbouw van een gesystematiseerde opvolging en controle gebeurt in nauwe samenwerking met de relevante actoren.

Vierde taak: Uitbouwen van een facetbeleid.

Het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid zal worden uitgebouwd in het kader van het Europese en (-voorlopig nog-) federale gezondheidsbeleid. Dit veronderstelt tevens een herkenbare Vlaamse aanwezigheid op het internationaal forum van gezondheidsbeleid. Bij een facetbeleid staat een multisectoriële aanpak centraal. Daartoe wordt een permanent overleg tussen de betrokken Vlaamse beleidsverantwoordelijken geïnstitutionaliseerd (interministeriële conferenties, ambtelijke werkgroepen).

b- het functioneel niveau : de werkbare eenheid voor lokaal gezondheidsoverleg (LOGO)

Dit niveau is coördinerend en ondersteunend met betrekking tot de realisaties van de centraal geplande acties op lokaal vlak (LOGO). Op dit niveau wordt de actie ontwikkeld en vertrekken ook signalen naar de overheid (signaalfunctie).

Globaal kunnen de volgende taken aan de LOGO's worden toegewezen:

- implementatie van gezondheidsprojecten van de Vlaamse Gemeenschap en van de LOGO zelf;
- de lokale informatieverzameling mits centrale sturing en kwaliteitsbewaking;

- overleg tussen de betrokken lokale en regionale partners : gemeentebesturen/OCMW's, gezondheidswerkers, vertegenwoordigers van mutualiteiten, instellingen en organisaties, sleutelfiguren uit doelgroepen ... bepalen van lokale en regionale prioriteiten. Overleg over de werkvoorstellen. Aangaan van convenanten.
- opstellen en ten uitvoer brengen van een loko-regionaal of lokaal preventieplan.

Uitgaan van bestaande vrijwillige samenwerkingsvormen

Het is een absolute noodzaak om alle gezondheidswerkers (huisartsen, apothekers, verpleegkundigen, Kind en Gezin, Medisch Schooltoezicht, Gezins- en bejaardenhulp, OCMW, Centra Maatschappelijke Zorg Ziekenfonds, diëtisten, kinesitherapeuten, vertegenwoordigers van de lokale ziekenhuizen, specialisten, arbeidsgeneesheren, 'agogen', etc.) en patiëntenverenigingen op termijn in de LOGO te betrekken. Dit kan vergemakkelijkt worden indien op Vlaams niveau de overkoepelende organisaties van mutualiteiten, huisartsen etc. daadwerkelijk de beleidsprioriteiten onderschrijven en naar hun achterban op lokaal niveau in concrete acties vertalen. Ook sectoren als opbouwwerk, bewonersondersteuning, projecten rond kansarmoedebestrijding, tewerkstellingsprojecten, sociaal-culturele organisaties... kunnen een zinvolle bijdrage leveren tot overleg.

“Wie de **lokale initiatiefnemers of partners** zijn is van minder belang dan hun motivatie en hun zin om samen te werken”. Het komt erop aan deze verschillende partners onder een gezamenlijke vlag en met begrip voor elkaars eigenheid te laten samenwerken. Gedwongen samenwerking zou slechts weerstand oproepen.

Zo kan stilaan de beweging die nu bestaat in Vlaanderen groeien naar het globaal sectoroverschrijdend programma zoals dat verwoord wordt in het Gezonde Steden-programma van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). “

(Aanbevelingennota lokale gezondheidsbevordering 1996 VIG).

In de beginfase is het belangrijk een overzicht/analyse te maken van de situatie eerder dan hier reeds te willen komen tot een sluitende structuur en dito afsprakensysteem. Afhankelijk van de beginsituatie kunnen twee sporen gevolgd worden :

- a- Indien er nog geen initiatieven genomen zijn, dient de klemtoon eerder gelegd worden op de gezamenlijke actie om van daaruit te evolueren in de wederzijdse relaties.
- b- Ingeval van bestaande initiatieven, zijn voornamelijk ook factoren van overleg, wederzijdse uitwisseling en afstemming van belang.

Netwerkvorming

Vertrekkend vanuit de veelal bestaande structuren (samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg, lokale gezondheidsraden) worden **netwerken** (LOGO's) gevormd. Deze netwerken omvatten 250.000 tot 300.000 personen. De juridische structuur kan variëren : bestaande of op te richten vzw, intercommunales, gemeenten van voldoende schaalgrootte, SIT's, palliatieve netwerken, ...

Voor de LOGO's zullen een 20-tal **multidisciplinaire teams** ondersteunend en coördinerend optreden. Zij staan ten dienste van de LOGO's.

Zo'n team bestaat in een eerste fase uit een FTE gedragswetenschapper en 1 FTE kracht met medische kennis (zogenaamde 'ondersteuners' ('facilitators') ondermeer naar de huisartsen toe) en een halftime administratieve kracht.

Deze teams worden gefinancierd door de Vlaamse Gemeenschap via convenanten. Het al of niet behalen van vooropgestelde doeleinden binnen een bepaalde periode laat zich na een periode van 3 jaar vertalen in een vermeerdering of een vermindering van de werkingskosten (het principe van 'target payment').

In elk multidisciplinair team worden een aantal functies onderscheiden:

- Bemiddelaars :

Dit zijn veldwerkers die zich in een geografisch omschreven gebied richten naar groepen en samenwerkingsverbanden op lokaal niveau, niet naar de individuele actoren. Zij zijn de spilfiguur die het multidisciplinair team leiden en coördineren. Hun taken zijn dan ook ruim; zij kunnen weliswaar gespecialiseerd zijn in een bepaald deelgebied, bijv. kankerscreening, maar moeten toch een globaal overzicht houden over de verschillende mogelijke zinvolle preventieprojecten. In die zin zijn ze niet gekoppeld aan één of enkele specifieke projecten.

Zij verzorgen de communicatie tussen het Vlaamse, het loko-regionale en het lokale niveau. Het initiatief blijft zo steeds bij het multidisciplinair team zelf. Bemiddelaars kunnen gemakkelijker van buiten af worden aangesteld.

- Facilitatoren :

Dit zijn veldwerkers die op het lokale niveau werken naar individuele hulpverleners of actoren, maar niet naar groepen of samenwerkingsverbanden. Op dit niveau hebben zij dezelfde taken als de bemiddelaars : stimuleren, katalyseren en begeleiden. Ze verzorgen de communicatie tussen de lokale projectverantwoordelijken en de individuele actoren.

Daarbuiten hebben ze ook specifieke taken, waarin ze kunnen gespecialiseerd zijn, bijv. invoeren van systematisch rookstopadvies in de huisartspraktijk, of begeleiden van introductie van dossiermanagement-systemen i.v.m. preventie, of helpen van verantwoordelijke leerkrachten met het opzetten van een drugpreventieproject.

- Een administratieve kracht staat in voor de logistieke ondersteuning van het team en de secretariaatsfunctie.

Optimale inschakeling van bestaande initiatieven en expertise

Het is de bedoeling om de bestaande initiatieven en expertise inzake preventieve gezondheidszorg optimaal in te schakelen in het nieuwe Vlaamse preventielandschap. Zo ook met de **coördinatoren** die vandaag actief zijn op allerhande niveaus : de gezondheidscoördinatoren van de Vlaamse provincies, de coördinatoren verbonden aan de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), de coördinatoren tussen de regionale bureaus van Kind en Gezin, de coördinatoren van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH), de coördinatoren van de universitaire centra in de multi-centerstudie borstkankerscreening, etc.

Deze coördinatoren zijn meestal verantwoordelijk voor een bepaald project (gekoppeld aan een thema, aan een methode of aan een doelgroep) en nemen ook concrete welomschreven taken op in de uitvoering van de projecten. Ze zijn echter ook gebonden aan deze bepaalde projecten. In hun taak als veldwerker op het loko-regionale niveau richten ze zich naar de verschillende groepen en samenwerkingsverbanden van actoren op het lokale of regionale project, en niet naar de individuele actoren. Meer bepaald spelen zij een essentiële rol bij de totstandkoming van de netwerken.

De coördinatoren worden niet tewerkgesteld door de LOGO's, maar kunnen vanuit bestaande initiatieven worden toegevoegd aan de multidisciplinaire teams. Hierdoor worden de lokale werking geoptimaliseerd.

Optimale ondersteuning door de voorzieningen

Bij de implementatie van het preventieve gezondheidsbeleid op lokaal vlak hebben ook de **voorzieningen** een belangrijke functie ; deze situeert zich op ondersteunend vlak.

- Vertalen van de prioritaire aanbevelingen, voorgestelde thematische en doelgroepgerichte strategieën, methoden en middelen in werkbare modellen, aangepast aan het lokale niveau.
- Koppeling van deze werkmodellen of draaiboeken aan het ondersteuningssysteem vanuit de Vlaamse Gemeenschap (convenantsysteem), en dit na toetsing ervan aan de advieskoepels inzake inhoud (werkgroepen van de Vlaamse Gezondheidsraad), inzake methodiek (het VIG) en inzake kwaliteitscontrole (Administratie Gezondheidszorg). De koppeling houdt in dat voor aanvaarde werkmodellen, middelen worden vrijgemaakt zodat de multidisciplinaire teams met deze werkmodellen aan de slag kunnen op het lokale werkterrein.
- Opzetten van eigen ondersteunende functies, gericht op het lokale niveau (LOGO's = lokaal gezondheidsoverleg):
 - Overlegplatformen
 - Taakgroepen (ondermeer taakgroep bijzondere doelgroepen)
 - Belonings- en stimuleringssystemen voor de lokale structuren (LOGO's) of hun partners in het kader van de toepassing van de convenantenregeling
 - Globale systemen van doelgroepinformatie en sensibilisering (tentoonstellingen, oproepsystemen, ...) die best supra-regionaal worden geconcipieerd.
- Opleiding en begeleiding van de multidisciplinaire teams, gericht op de ondersteuning en begeleiding van de LOGO's.

7. Het organisatiemodel, waarbij specifieke bevoegdheden worden toegewezen aan het Vlaamse beleidsniveau en aan het functionele niveau van de LOGO's, berust op een **convenantensysteem**.

Een convenant is een overeenkomst waarbij de Vlaamse Gemeenschap binnen haar strategische visie de prioriteiten voor de preventieve gezondheidszorg, in samenwerking met de LOGO's, definieert en vastlegt. Daarbij worden de respectievelijke taken, verantwoor-

delijkheden en middelen binnen een bepaalde meerjarenperiode dusdanig vastgelegd met de bedoeling een betere dienstverlening aan de bevolking te verzekeren.

Een convenant heeft als meerwaarde dat de doelstellingen en prestaties heel concreet geformuleerd moeten worden, en dat het mogelijk wordt om permanent de uitvoering van het beleid te volgen, te evalueren en bij te sturen. In een beginfase zullen de convenanten als prestatieverbintenissen afgesloten worden.

Er wordt voor de eerste jaren gewerkt met prestatie-indicatoren ; stelselmatig worden effectindicatoren mee opgenomen. Het gebruik van prestatie-indicatoren zal geconcretiseerd worden door de Vlaamse Gezondheidsraad. De indicatoren zouden in elk beleidsplan moeten ingebouwd worden.

Deze prestatiegerichte aanpak komt ook tot uiting bij de **inhoud van de convenant**. Het formele luik van de convenant beschrijft de garantie van de contractant dat via netwerkvorming en beschrijving van de wijze van functionaliseren een werkbare basis gelegd wordt om de opdrachten uit te voeren. Bij de netwerkvorming is het belangrijk dat het principieel en financieel engagement van de lokale besturen verzekerd wordt.

De Vlaamse Gemeenschap voorziet in een forfaitaire financiering die betaling mogelijk maakt van een multidisciplinair team, bestaande uit 1 FTE met medische kennis en 1 FTE met agogische vaardigheden, nodig om de inhoudelijke opdrachten te realiseren. Hierbij wordt tevens ½ FTE administratieve kracht voorzien, samen met een deel werkingskosten.

Bij de netwerkvorming dient de samenwerking tussen provinciebestuur, lokale besturen, huisartsenkringen en andere gezondheidswerkers verzekerd te zijn via een aanwezigheid in het beheersorgaan bij het netwerk. Deze zal in functie van het afsluiten van de convenant een **BELEIDSPLAN** opstellen waarbij aan deze formele vereisten voldaan wordt, welke een noodzakelijke voorwaarde is om de Vlaamse preventieprogramma's uit te bouwen. De deelname van de provinciebesturen kan bijvoorbeeld resulteren in het toevoegen aan het multidisciplinair team van een provinciaal preventiewerker, om zo de expertise en de slagkracht van het team te versterken.

De Vlaamse Minister van Gezondheidsbeleid beoordeelt het beleidsplan en sluit, op basis hiervan, de convenant af. De Administratie Gezondheidszorg zal toezien op de uitvoering van het beleidsplan.

Het is duidelijk dat dergelijk convenantensysteem slechts mogelijk is indien uit concrete werking van de LOGO's blijkt dat er een samenwerking gerealiseerd wordt met **het gemeentelijk en provinciaal niveau**. Deze samenwerking is immers noodzakelijk voor een optimale werking van de LOGO's. Voor de Vlaams-Brusselse situatie kan gedacht worden aan een samenwerking met de Vlaamse Gemeenschapscommissie.

8. Er zal eveneens een convenant afgesloten worden tussen de Vlaamse Gemeenschap en de provincies waarbij de huidige middelen die toegewezen worden op thematische basis in een globaal akkoord ingebracht worden op voorwaarde van voldoende coördinatie, betrokkenheid en ondersteuning van de nieuwe structuur.

4.2. Milieu en Gezondheid

De relatie tussen milieu en gezondheid verdient aandacht. Steeds vaker blijken mensen zich zorgen te maken - soms terecht, soms onterecht - over de invloed van hun directe leefomgeving op hun gezondheid. De Vlaamse overheid heeft de morele taak om deze zorgen en vragen ernstig te nemen, te onderzoeken en te beantwoorden.

Eén van de eerste en voornaamste uitdagingen hierbij is het organiseren van een goede, éénduidige en open communicatie. Wie zich ongerust voelt, moet ergens terecht kunnen met zijn zorgen. In antwoord hierop zal nog in de loop van de maand november één centraal telefonisch meldpunt worden opgericht. Elke Vlaming zal op dat nummer terecht kunnen om melding te maken van gezondheidsproblemen die mogelijk of vermoedelijk het gevolg zijn van milieuverontreiniging. Met dit meldpunt zal alvast worden voorkomen dat mensen het gevoel hebben dat ze nergens terecht kunnen met hun problemen of dat ze van het kastje naar de muur worden gestuurd.

Op basis van de geregistreerde meldingen zullen over heel Vlaanderen de mogelijke risicogebieden worden in kaart gebracht. Dit zal meteen de basis zijn voor nader onderzoek door specialisten.

4.3. Registratie en monitoring

De systematische opvolging van de gezondheidstoestand van de Vlaamse bevolking krijgt meer en meer vorm. De versterking van de Cel monitoring en gezondheidsindicatoren werpt nu vruchten af. In 1997 werden de gezondheidsgegevens van 1995 verwerkt en gepubliceerd ; ook voor 1996 mogen we die nog dit jaar verwachten.

Het uitgangspunt van het gezondheidsinformatiesysteem is dat het de complexiteit en de verscheidenheid van de informatie die pertinent is voor de gezondheid, op een coherente en intuïtieve manier kan samenbrengen (Van Oyen en Moens, zoals verwoord op het preventiecongres).

Registreren moet in de eerste plaats ten goede komen aan de gezondheid van de leden van de gemeenschap. Het Informatie Systeem Gezondheid bezorgt de gemeenschap en de zorgverstrekkers informatie die relevant is om de zorgverstrekking optimaal te organiseren, de primaire doelstelling van de registratie. Het is tevens een instrument om continue procesverbetering en -bewaking toe te laten.

Inzake registratie zal verder voorrang gaan naar netwerkvorming en structurering van registratiesystemen, met de zorg om 2 wijzen van benutting te realiseren :

1. in functie van (kwaliteits)verbetering van de preventieve of curatieve inspanning en van de diverse actoren, waarbij de doelmatigheid centraal staat ;

2. gelijktijdig deze gegevens aanwenden als beleids- of beheersinformatie voor de overheid.

Registratiesystemen worden dan ook getoetst aan een aantal vuistregels, met name :

- de relevantie of pertinentie waarbij de WGO-aanbevelingen het referentiekader zijn.
- de belangrijkheid of noodzaak : in welke mate is deze registratievorm noodzakelijk ? Zijn er andere bronnen ?
- de kwaliteit van de gegevens
- de beschikbaarheid van de informatie
- het nut van de registratie zowel voor de overheid als voor de betrokken sector.

De registratiesystemen zullen, mede op basis van deze toetsing, geïntegreerd worden, waarbij dient opgemerkt dat dit meer is dan een technische afstemming en linkage van registers.

Het veronderstelt, waar nodig, de unieke identificatie van personen, met bescherming van recht op privacy door anonimisering. Registratie op individueel vlak is onontbeerlijk voor het voeren van voorziene acties. De aggregatie en verwerking van data van de verschillende gelinkte registratiesystemen levert dus beleids- en beheersrelevante informatie, in de mate dat deze gebruikt wordt voor bijsturing van het beleid, en het verfijnen van de "evidence" waarop de geplande programma's berusten.

Samenwerkingsprotocollen moeten de harmonisatie van bestaande databanken mogelijk maken en de linkage mogelijkheden van de individuele gegevens onderzoeken. Zo zullen er modaliteiten uitgewerkt worden om o.m. de databanken van de Vlaamse Kankerliga, het SPE, en de geestelijke gezondheidszorg te linken aan het datawarehouse van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Dit impliceert dat bij de uitbouw van het ISG zoveel mogelijk rekening zal gehouden worden met de gegevensstructuur zoals ze uitgewerkt werd ten behoeve van het management informatiesysteem van het departement WVC.

4.4. Centra voor leerlingenbegeleiding

Het concept en de krachtlijnen waarop de herstructurering steunt van MST en PMS tot één geïntegreerd functionerende dienst, werden in de geactualiseerde beleidsbrief van september '96 voorgesteld. Deze herstructurering wil het begeleidingsaanbod van de centra transparanter en meer samenhangend maken voor de gebruikers nl. leerlingen, ouders, leerkrachten en scholen. Om de doelmatigheid en effectiviteit van de centra te verhogen wordt voorzien in nauwe en planmatige samenwerking in één multidisciplinair teamverband.

Sindsdien wordt in permanent overleg gezondheid-onderwijs een ontwerp van decreet voorbereid. Daarbij gaat bijzondere aandacht naar de precieze afbakening van de missie van de Centra voor Leerlingenbegeleiding en naar de bepaling van de kerntaken t.a.v. de verschillende onderwijsvormen en -niveaus en t.a.v. de verschillende leerlingengroepen. Bij de formulering van de erkenningsvoorwaarden, de subsidiëringsmodaliteiten en de

personeelsformatie voor de CLB wordt ernaar gestreefd om de autonomie en verantwoordelijkheid van de individuele Centra als uitgangspunt voorop te stellen, gekoppeld aan duidelijke garanties inzake effectiviteit en efficiëntie. Vandaar dat ook bijzonder belang dient te worden gehecht aan de samenwerking tussen de Centra en de scholen, de leerkrachten, de leerlingen en de ouders.

De uitdrukkelijke verwachting van kwaliteitsvolle leerlingenbegeleiding gaat gepaard met de optie voor een billijk en verantwoord personeelsstatuut met een voldoende overgangperiode die de zorgvuldige implementatie van deze nieuwe regelgeving toelaat.

Dit ontwerp van decreet zal zodra mogelijk ter bespreking worden voorgelegd aan alle betrokken partners. Het is immers van het allergrootste belang dat alle betrokkenen bijdragen tot de realisatie van deze herstructurering. De voorkeur voor een parallelle hervorming van het secundair onderwijs blijft behouden, maar indien dit niet mogelijk zou blijken zal afgewogen worden of de Centra voor Leerlingenbegeleiding vanop een eigen lanceerbasis de toekomst kunnen ingaan.

4.5. Drugpreventie

Een jaar geleden kon het actieprogramma van de Vlaamse regering t.a.v. de drugproblematiek in een embryonale fase worden voorgesteld.

De zeven acties, waarrond het Vlaamse programma inzake drugproblematiek is opgebouwd, zijn omstreeks oktober 1996 gestart, zij het ene project wel met wat meer vaart dan het andere. De sector moest zich namelijk voorbereiden en inschrijven in de geest van de Drugnota. Er werd voor de uitvoering of begeleiding van deze preventie acties een uitdrukkelijk beroep gedaan op de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Deze vereniging heeft immers een jarenlange ervaring en deskundigheid opgebouwd inzake drugpreventie.

De actiepunten 3. Regionale programmatie en onderlinge afstemming; 4. Vorming van beginnende preventiewerkers; 5. Vorming van de intermediairen en 6. Samenwerking curatie- preventie kwamen snel en degelijk uit de startblokken.

Het fundamentele inzicht dat zowel het individu als de samenleving beter af zijn zonder drugs wordt binnen deze terreinen naar zoveel mogelijk mensen in alle geledingen van de samenleving uitgedragen. Het voorbije jaar werden aangepaste vormingsprogramma's uitgewerkt, aangeboden en geïnitieerd t.b.v. preventiewerkers en intermediairen zoals huisartsen, onderwijskrachten, begeleiders van jongerenwerkingen, socio-culturele werkers, opvoeders, medewerkers in PMS en MST, enz. Daarnaast hebben zowel de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg als de Provinciale Preventieplatforms zich principieel akkoord verklaard om samen te werken teneinde het aanbod van drugpreventie en drughulpverlening in hun provincies op elkaar af te stemmen en te optimaliseren d.m.v. informatiedoorstroming, opbouw en uitwisseling van know how, optimaliseren van hulpverlenings- en preventie-activiteiten ...

Deze verschillende acties werden in een driejarenplan uitgewerkt. Het eerste werkingsjaar is nauwelijks achter de rug maar nu reeds is duidelijk dat deze acties op het terrein als heel betekenisvol worden geëvalueerd. De driejarige termijn van de overeenkomst waar-

borgt dat op een belangrijk aandeel van de gesignaleerde noden zal kunnen worden ingegaan.

Moeizamer gaat het met 1. Registratie van de drughulpverlening en 2. Preventiedatabank. De methodologie van registreren is voor alle betrokken voorzieningen en diensten sterk verschillend en verloopt volgens eigen tradities wat de afstemming van de diverse registratiesystemen bemoeilijkt. Niettemin zijn intussen reeds meerdere werkvormen bereid gevonden om zich in te schrijven in een gemeenschappelijk registratieprogramma. In het kader van de begrotingsbesprekingen '98 is de optie genomen om de middelen voor gezondheidsregistratie te groeperen met het oog op een effectieve en efficiënte aanpak.

'Beter drugvrij...' zegt de drugpreventiecampagne 'Opkikker' die loopt in alle middelbare scholen in Vlaanderen. Maar elke school wordt wel met het drugprobleem geconfronteerd en vandaag begint elkeen dat ook te erkennen. In de tweede uitgave van deze happening die is voorzien in februari '98 zal de centrale en positieve boodschap naar jongeren die bewust 'neen' blijven zeggen aan drugs op een aangepaste wijze worden bevestigd.

4.6. Medisch Verantwoord Sporten

Het besluit van de Vlaamse regering tot vaststelling van de voorwaarden voor deelneming aan triatlon- en duatlonwedstrijden, werd in juli 1997 goedgekeurd. De administratie heeft opdracht gekregen dit besluit, in overleg met de betrokken sportfederatie, operationeel te maken.

De besprekingen betreffende het samenwerkingsakkoord met de andere gemeenschappen zijn in een eindstadium en moeten leiden tot duidelijke afspraken inzake de harmonisering en de toepassing van disciplinaire maatregelen van één gemeenschap in de andere gemeenschappen. In afwachting van de definitieve goedkeuring van de samenwerkingsovereenkomst zal in ad hoc werkgroepen concreet worden verder gewerkt aan de regelgeving inzake doping (uniforme lijst van verboden substanties en methoden) en inzake de vechtsporten.

De Vlaamse wetgeving, die uniek is in Europa, legt de verantwoordelijkheid voor het medisch verantwoord verloop van de sportbeoefening en voor de gezondheid van de sportbeoefenaars in de eerste plaats bij de sportverenigingen zelf.

Het beleid moet dan ook voldoende oog en oor hebben voor de initiatieven die uitgaan van de sportwereld zelf, zowel op regionaal, nationaal als op internationaal vlak. Zonder af te stappen van de strikte toepassing van regels en procedures, dringen duidelijke afspraken en harmonisering zich op. Dit moet gebeuren in overleg met alle betrokken instanties en in een klimaat van wederzijds respect en vertrouwen. Enkel op deze manier kan de slagkracht van de Vlaamse regelgeving toenemen.

Een stap in deze richting is de antidopingsconventie van de Raad van Europa, die reeds door meer dan 30 landen werd geratificeerd. Aan de administratie werd opdracht gegeven te onderzoeken welke procedure er in ons land moet worden gevolgd voor de ratificatie van deze conventie.
