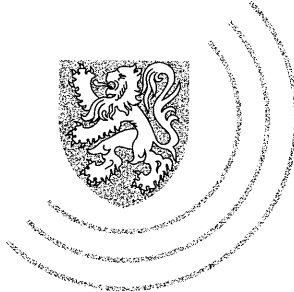


VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1996-1997

15 oktober 1996

BELEIDSBRIEF

Gezondheidszorg

Beleidsprioriteiten 1997

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

WOORD VOORAF

Het Vlaams gezondheidsbeleid is volop in beweging. In het Vlaams parlement liggen momenteel twee ontwerpdecreten voor die de sleutel vormen op de deur naar de Vlaamse gezondheidszorg van de 21ste eeuw.

Het ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen reikt de Vlaamse verzorgingsvoorzieningen een kader aan waarbinnen ze ten volle hun verantwoordelijkheid kunnen opnemen ten aanzien van de personen die aan hun zorgen zijn toevertrouwd. De voorzieningen zelf krijgen de vrijheid en de ruimte om een eigen kwaliteitsvolle zorgverlening uit te bouwen op maat van de zorgvrager. Met deze fundamentele optie voor autonomie én responsabilisering van de voorzieningen behoedt de Vlaamse overheid er zich voor om te vervallen in een rol van dirigistische 'keizer-koster'.

Het ontwerp van decreet houdende de oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad creëert een forum voor dialoog, overleg en advies m.b.t. de wijze waarop de evoluerende zorgnoden van de samenleving het best kunnen beantwoord worden. De Vlaamse Gezondheidsraad heeft als doel de samenhang te bevorderen bij het concipiëren, uitvoeren en evalueren van het gezondheidsbeleid.

Met de behandeling van deze ontwerpdecreten krijgt het Vlaams parlement de kans om de Vlaamse gezondheidszorg op de sporen te zetten naar een beloftevolle toekomst.

De allereerste en wellicht ook boeiendste opdracht van het gezondheidsbeleid is de preventie. De preventieve gezondheidszorg biedt vandaag de aanblik van een huis met vele kamers. En niet altijd weet men in de ene kamer wat er in de andere gebeurt, hoe het gebeurt en door wie het gebeurt. Daarom wordt in overleg met de verschillende actoren in het preventielandschap een hervorming voorbereid met als doel de preventieve gezondheidszorg transparanter, samenhangender, slagkrachtiger ... kortom, beter te maken. 'Beter doen' betekent vandaag, meer nog dan vroeger : vooruitzien, op lange termijn denken en handelen. Registratie van relevante gezondheidsindicatoren, het formuleren van meetbare gezondheidsobjectieven (health targets) en strategische planning van preventieprogramma's ... dat worden de opdrachten van een *Vlaams Instituut voor Preventie*. Samen met het *Vlaams Preventiecongres* zullen aldus in 1997 de bakens worden uitgezet voor een gezondere Vlaamse samenleving. Ook hier zal het Vlaams parlement ten volle de kans krijgen om *wegbereider* te zijn.

Wivina Demeester

INHOUDSTAFEL

0. INLEIDING

1. KWALITEITSZORG	pag.	4
--------------------------	-------------	----------

1.1 Integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen

1.2 De ethische grondslag van (de optie voor) kwaliteitszorg

2. SAMENHANG IN EEN VERNIEUWD VLAAMS GEZONDHEIDSLANDSCHAP

2.1. Vlaamse Gezondheidsraad	6
------------------------------	---

2.2. Palliatieve zorg	7
-----------------------	---

2.3. Thuisverzorging	7
----------------------	---

2.4. Ziekenhuizen	8
-------------------	---

2.5. Zorgvernieuwing voor ouderen: een continuüm van zorgverlening	10
---	----

2.6. De psychiatrische zorgverlening	12
--------------------------------------	----

3. PREVENTIE

3.1. Vlaams Instituut voor Preventie (VIP)	14
--	----

3.2. Vlaams Congres Rond Preventieve Gezondheidszorg	22
--	----

3.3. Een kwaliteitsplan voor de gezondheidsversterkkes	23
--	----

3.4. Medisch Schooltoezicht	24
-----------------------------	----

3.5. Drughulpverlening en druggebruik	25
---------------------------------------	----

3.6. Medisch Verantwoord Sporten	26
----------------------------------	----

1. KWALITEITSZORG

1.1 Integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen

Het ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen werd goedgekeurd door de Vlaamse regering op 20 juni 1996 en ingediend in het Vlaamse Parlement op 21 juni 1996.

Dit ontwerp van decreet beoogt een kader te creëren voor de uitbouw van de kwaliteitszorg in de Vlaamse verzorgingsinstellingen.

Van de verzorgingsvoorzieningen wordt verwacht dat zij een aantoonbaar integraal kwaliteitsbeleid zullen voeren. De verzorgingsvoorzieningen moeten daartoe een kwaliteitssysteem ontwikkelen dat het bereiken van het kwaliteitsbeleid tot doel heeft.

Het is aan het Vlaamse Parlement om deze fundamentele optie voor het nieuwe Vlaamse gezondheidslandschap te nemen. Het is tijd om af te stappen van de 'keizer-koster mentaliteit van Brussel' en de zelfverantwoordelijkheid van de verzorgingsvoorzieningen te stimuleren.

Ik hoop dat het Vlaamse Parlement spoedig de bespreking van dit belangrijke decreet aanvat, zodat het decreet op 1 januari 1997 in werking kan treden.

Om de verzorgingsvoorzieningen te informeren over de draagwijdte en over de wijze van implementatie van het kwaliteitsdecreet worden in het najaar van 1996 drie informatiedagen georganiseerd.

1.2 De ethische grondslag van (de optie voor) kwaliteitszorg

De gezondheidszorg verschilt wezenlijk van de commerciële en industriële sectoren. Dit verschil trekt zich ook door in de keuze voor kwaliteitszorg in deze te onderscheiden sectoren.

Het kwaliteitsbeheer in de gezondheidszorg heeft uitdrukkelijk 'authentieke menswaardigheid' als finaliteit. Terwijl het proces dat ernaar leidt uitgaat van weloverwogen morele keuzes. Dit veronderstelt meteen een langetermijnvisie op wat men met gezondheidszorg wil bereiken.

Voor *verzorgingsvoorzieningen* zijn er bijkomende overwegingen die een bijzondere inspanning voor kwaliteitszorg legitimeren. Enerzijds is er voor de gebruikers de positie die gekenmerkt is door een grote mate van afhankelijkheid. Deze afhankelijkheidspositie is er niet alleen wegens de hulpvraag als zodanig, maar wordt nog versterkt door het feit dat de gemeenschap in belangrijke mate bijdraagt tot de financiering van de zorg. De gebruiker komt daarvoor terecht in een relatief passieve rol van waaruit hij de aangeboden zorgprocessen nog nauwelijks kritisch kan beoordelen. Anderzijds komen de gebruikers vaak in zeer complexe organisaties terecht, waarin zij opeenvolgend worden geconfronteerd met het gefragmenteerde zorgaanbod van de verschillende disciplines en deskundigen. Dit alles kan

de onmachtgevoelens van gebruikers versterken met betrekking tot beslissingen en interventies die de eigen persoon en gezondheid aangaan.

Deze overwegingen motiveren de noodzaak van een bijzondere bekommernis om de kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. De overheid heeft derhalve als taak erop toe te zien dat de gelimiteerde middelen voor gezondheidszorg zo besteed worden dat de kwaliteit van de zorg voldoende hoog is en tegelijk dat deze zorg toegankelijk is voor de gehele bevolking.

Een ongelimiteerd zorgaanbod voor enkelen beperkt de aanspraak van anderen op kwaliteitsvolle zorg. Dit is onaanvaardbaar. Individuele vrijheid die de collectieve vrijheid hypothekeert is ontoelaatbaar. Elke gebruiker verdient een respectvolle benadering.

Voor de *Centra voor Menselijke Erfelijkheid* liggen analoge beschouwingen aan de grondslag van het streven naar de optimalisering van hun werking.

Het *Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek* dat geïnstalleerd werd op 14 januari 1996, heeft de opdracht advies uit te brengen over de ethische, juridische en sociale problemen gesteld door het wetenschappelijk onderzoek en de toepassingen ervan op het gebied van de biologie, de geneeskunde en de gezondheidszorg. In het Comité zetelen twee deskundigen aangeduid door de Vlaamse Gemeenschap en een vertegenwoordiger van de Vlaamse Gemeenschap. Aan het raadgevend Comité voor bio-ethiek werd advies gevraagd aangaande de geslachtskeuze en aangaande de centra voor in vitro fertilisatie / embryo transfer in en buiten ziekenhuizen.

Ethische uitgangspunten dwingen ten slotte ook tot een dringende en ingrijpende regulering van de *reproductieve geneeskunde*. Het aantal Centra neemt nog toe en wordt momenteel op 34 voor Vlaanderen geschat.

Het probleem van het overaanbod beperkt zich immers niet louter tot de Centra voor reproductieve geneeskunde, want erbuiten ontstaat bovendien een omvangrijke praxis. Dit overaanbod staat haaks op de kwaliteitsbekommernis.

Het aantal te erkennen Centra kan worden beperkt door criteria in te bouwen die duiden op kwaliteit (slaagpercentage, deelname aan registratieprogramma) en activiteit (aantal stimulatiecycli).

In het kader van een Interministerieel overleg tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten zal worden gepleit om zowel de diensten voor reproductieve geneeskunde en medisch begeleide voortplanting te reguleren en te beperken als het toepassen door om het even welke arts van de non IVF-technieken.

2. SAMENHANG IN EEN VERNIEUWD GEZONDHEIDSLANDSCHAP

2.1. VLAAMSE GEZONDHEIDSRaad

Advies- en overlegorganen spelen een belangrijke rol in de totstandkoming van het gezondheidsbeleid. Zij betekenen een aanvullende en blijvende vorm van samenspraak tussen de samenleving en de verantwoordelijke ministers. Aan de ene kant heeft de gezondheidssector nood aan een forum om met de overheid overleg te plegen over de wijze zorgnoden kunnen worden beantwoord. Anderzijds heeft de overheid nood aan een objectief advies om haar gezondheidsbeleid af te stemmen op de nood van de bevolking en op de mogelijkheden van de sector om deze noden op te vangen.

De omvorming van diverse bestaande adviesraden en -commissies in de gezondheidssector, tot één overkoepelende Vlaamse Gezondheidsraad waarin de eigenheid en de specifieke deskundigheid voor alle onderdelen toch niet verloren gaat, kadert in de beleidsintenties van de Vlaamse regering.

Het ontwerp van decreet houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen werd goedgekeurd door de Vlaamse regering op 20 juni 1996 en ingediend in het Vlaamse Parlement op 21 juni 1996.

De Vlaamse Gezondheidsraad heeft de volgende belangrijke functies:

- 1) *signaalfunctie*: de Raad heeft oog voor maatschappelijke ontwikkelingen die de gezondheid van de bevolking beïnvloeden. Nieuwe noden inzake gezondheidszorg kunnen worden geformuleerd. Gezondheidsbedreigende en -bevorderende mechanismen kunnen aanleiding geven tot adviezen aan beleidsverantwoordelijken;
- 2) *overlegfunctie*: problemen die binnen de samenleving een bijzondere aandacht verdienen kunnen voor advies worden voorgelegd aan werkgroepen (zie verder). De Raad kan op deze manier de bij een bepaalde thematiek betrokken gesprekspartners en beroepsgroepen bij elkaar brengen, over de grenzen heen van promotie, preventie en curatie;
- 3) *evaluatiefunctie*: de Raad evalueert de doelmatigheid, de doeltreffendheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg vanuit het perspectief van een inclusief gezondheidsbeleid;
- 4) *adviesfunctie*: belangrijk hierbij zijn de adviezen die aanleiding kunnen geven tot aanpassing van de regelgevingen inzake verzorgingsvoorzieningen en de regelgevingen die impact hebben op het gezondheidsbeleid. Een zeer specifieke adviesfunctie is voor de Gezondheidsraad voorbehouden in het decreet inzake de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen.

De Vlaamse Gezondheidsraad bestaat uit twee kamers: één voor preventieve zorg en één voor curatieve zorg. Daarnaast kunnen werkgroepen worden opgericht rond een bepaald thema.

De Vlaamse Gezondheidsraad zal bestaan uit 42 leden met een mandaat voor 5 jaar dat maximaal 2 x vernieuwbaar is. Ten hoogste tweederde van de leden is van hetzelfde geslacht. Bij de benoeming is ten minste eenderde van de Raad jonger dan 35 jaar.

De bedoeling is om deze adviesraad te bevolken met geëngageerde deskundigen, mensen met een visie, mensen die vooruit kunnen en mogen denken vanuit een rijke ervaring die ze

o.m. ook kunnen opdoen in organisaties waarvan zij vertegenwoordiger zijn. Zij vormen mee de voortrekkers van een dynamisch Vlaams gezondheidsbeleid.

De Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen heeft als opdracht de Vlaamse regering advies te verstrekken omtrent verweer- of bezwaarmiddelen ingediend door een verzorgingsvoorziening tegen het door de Regering geuite voornemen tot het nemen van beslissingen inzake

- de weigering van een vergunning of een toelating;
- de weigering van een erkenning, van de verlenging of van de wijziging ervan, evenals de intrekking of de schorsing van een erkenning;
- de sluiting van een voorziening.

De Vlaamse regering kan aan de Adviesraad advies vragen over beslissingen i.v.m. planning, vergunningen, toelatingen en erkenningen van verzorgingsvoorzieningen.

Ik hoop op een spoedige behandeling van het decreet op de Vlaamse Gezondheidsraad in het Vlaamse Parlement omwille van de taak die aan de VGR is toebedeeld in het kwaliteitsdecreet en aangezien een aantal adviesraden na 1 januari 1997 niet meer zullen functioneren.

2.2. PALLIATIEVE ZORG

Op basis van het Besluit van de Vlaamse regering d.d. 3 mei 1995 werden inmiddels 14 palliatieve netwerken erkend en betoelaagd.

De netwerken hebben het voorbije jaar vooral gewerkt rond het opstarten of versterken van de samenwerking tussen de onderscheiden partners (huisartsen, thuisverpleging, kineisten, bejaardenhulp, enz.). Een dergelijk proces activeren en coördineren vraagt veel tijd (o.a. om elkaars werking te leren kennen, om vertrouwen te winnen, enz.) en mankracht.

Het RIZIV heeft inzake palliatieve zorg conventies opgesteld waardoor een multidisciplinaire equipe per palliatief samenwerkingsverband wordt gefinancierd.

Om te voorkomen dat een dubbel circuit aan samenwerkingsverbanden gecreëerd wordt, werd op de Interministeriële Conferentie van 7 mei 1996 een amendement op het ontwerp van Koninklijk Besluit houdende de vaststelling van de normen waaraan een samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg moet voldoen ingediend. In het K.B. zal uitdrukkelijk vermeld worden dat de door de bevoegde Gemeenschappen erkende palliatieve samenwerkingsverbanden, conventies kunnen afsluiten met het RIZIV teneinde de financiering van voormelde equipe te bekomen.

Mochten de federale ministers dit engagement in 1997 niet nakomen dan zal de Vlaamse regering de nodige maatregelen treffen om zelf deze multidisciplinaire equipes uit te bouwen.

Jaarlijks is een budget voorzien voor vorming en deskundigheidsbevordering van hulpverleners en vrijwilligers. Aan de Federatie voor Palliatieve Zorg Vlaanderen zal gevraagd worden om in de toekomst een meer gestructureerd vormingsaanbod op te stellen.

2.3. THUISVERZORGING

Op aanvraag van de Hoge Raad voor de Thuisverzorging werd een evaluatie gemaakt van de werking van de samenwerkingsinitiatieven op basis van een enquête. Door de bevraging werd gepeild naar de activiteiten die de samenwerkingsinitiatieven in het werkingsjaar 1994 hadden verricht.

De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden samengevat:

- de meeste samenwerkingsinitiatieven zijn zeer gemotiveerd om een regionale thuisgezondheidsstructuur op te zetten en uit te werken;
- de samenstelling en de werking kan binnen de wettelijke vereisten zeer erg verschillen tussen de onderscheiden samenwerkingsinitiatieven. Het aantal zorgbemiddelaars per samenwerkingsinitiatief varieert tussen 1 en 75; het aantal nieuwe zorgplannen gaat van 0 tot 128 ...

De eerste resultaten van de enquête werden inmiddels besproken op een studiedag rond de kwaliteitsbevordering in de samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging. Hieruit blijkt dat er nood is aan ondersteuning om een deel van de werking die nu op vrijwillige basis gebeurt te kunnen continueren. Er zullen maatregelen genomen worden om meer overkoepelend te werken en aldus een vast personeelslid als zorgbemiddelaar te kunnen bekostigen en de administratieve en logistieke last van de samenwerkingsinitiatieven te verminderen. Ook wordt overwogen om de forfaitaire subsidiëring te vervangen door een hogere subsidiëring van de zorgenplannen. Verder zal met de sector op basis van een verder doorgevoerde analyse van de enquêtegegevens gezocht worden om werkbare modellen te veralgemenen, eventueel via aanpassing van het wettelijk kader.

2.4. ZIEKENHUIZEN

Het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) als hefboom voor het uitbouwen van het toekomstige Vlaamse gezondheidslandschap.

Thans worden de investeringsdossiers van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden quasi uitsluitend beoordeeld vanuit structureel, bouw en medisch-technisch oogpunt. Zij worden echter onvoldoende onderbouwd, geëvalueerd op hun bedrijfseconomische haalbaarheid en nauwelijks getoetst aan hun macro-socio-economische context.

De Vlaamse overheid vindt het dan ook noodzakelijk om het toewijzingsproces voor de VIPA-investeringsgelden te verdiepen en verder aan te vullen met steeds wijzigende criteria, te oriënteren in een evolutief gezondheidslandschap en in lijn met de doelstellingen van de overheid op het gebied van de gezondheidssector.

In het kader hiervan heeft de Vlaamse overheid een externe adviseur ingeschakeld met als opdracht:

- het omschrijven van de ontwikkelingstendenzen binnen de Vlaamse gezondheidszorg op een periode van ca. 10 jaar, zodat meer specifiek een referentiekader van de infrastructuurele noden en de minimum vereisten, waarin de actoren zouden moeten voldoen kan ontwikkeld worden;
- het (verder) verfijnen van een procedure of proces voor het toewijzen van de VIPA-investeringsgelden volgens objectieve criteria, afgeleid uit afstemming op het referentiekader en toetsing van de minimumcriteria, binnen de huidige VIPA-procedure, dusdanig dat de huidige pluspunten - klantvriendelijkheid en eenvormigheid - behouden blijven;
- het aangeven van de middelen die binnen vermeld beslissingsproces noodzakelijk zijn voor de objectieve toetsing der criteria.

De nadere uitwerking van de investeringsprocedure zal plaatsvinden in zes fasen

- in fase 1 zal de basiskennis van de problematiek opgebouwd worden en een gemeenschappelijk gedragen beeld van een visie over tien jaar voor de Vlaamse gezondheidszorg vastgelegd worden;
- in fase 2 wordt deze kennis gebruikt om een coherente beslissingsprocedure voor het toewijzen van investeringssubsidies te ontwikkelen in het kader van de bestaande wetgeving die aansluit bij de visie zoals in fase 1 beschreven;
- in fase 3 worden de organisatorische implicaties nader onderzocht en worden aanbevelingen uitgewerkt met betrekking tot de benodigde structuren en middelen om de voorgestelde procedure operationeel te maken;
- in fase 4 wordt nagegaan op welke wijze de huidige structuren kunnen afgestemd worden op de aanbevelingen, bekomen vanuit fase 3;
- in fase 5 wordt het communicatie- en opleidingsprogramma uitgewerkt, dat de implementatie van de procedure moet mogelijk maken door te verzekeren dat alle belanghebbenden op de hoogte zijn van de ontwikkelde procedure, ze begrijpen en ze kunnen toepassen;
- in fase 6 wordt een feedback-mechanisme opgezet, dat een continue verbetering en evolutie van de beslissingsprocedure moet waarborgen.

Deze vernieuwde procedure moet de Vlaamse overheid een belangrijke bijdrage leveren tot het halen van haar beleidsdoelstellingen inzake gezondheidszorg.

Het project zal afgerond zijn in februari 1997.

Vertrekkend van de visie verwoord in de vorige beleidsbrief zal de Vlaamse regering pleiten bij het afsluiten van een protocol tussen de federale overheid en de Gemeenschappen en Gewesten inzake de besparingsmaatregelen voor een realisatie van het nieuw ziekenhuisconcept zodat een correct en evenwichtig ziekenhuisfinancieringssysteem gewaarborgd is. Budgettaire maatregelen kunnen maar aanvaard worden voor zover ze zich inschrijven in de uitvoering van de principes van dit nieuw concept.

Evoluties in de medische wetenschap en technologie maar ook in andere factoren, zoals de vergrijzing van de bevolking, de budgettaire restricties zullen van de ziekenhuizen een grotere aanpassingscapaciteit vergen. De medische mogelijkheden tot diagnostiek, behandeling en revalidatie nemen zeer snel toe en zullen o.a. aanpassingen in uitrusting, in organisatie, in deskundigheid van het personeel in het ziekenhuis vereisen.

Voor de nabije toekomst valt te verwachten dat o.a. de evoluties in de telematica, in de biotechnologie ... belangrijke implicaties zullen hebben voor de klinische praktijkvoering, de manier waarop patiënten doorheen hun ziektegeschiedenis worden bijgestaan en opgevolgd, en voor de manier waarop de ziekenhuiszorg wordt georganiseerd. De mogelijkheid om b.v. minder invasieve, accuratere en snellere diagnostische en behandelingsmodaliteiten aan te wenden, ook bij patiënten met een fragielere algemene gezondheidstoestand vereisen meer dan ooit een multidisciplinaire aanpak, van zowel medische als paramedische disciplines en leiden tot o.a. een intensifiëring van het zorgproces, alsook een versnelde doorstroming van patiënten doorheen het ziekenhuis.

Minder invasieve technieken leiden tot een verschuiving van een deel van de traditionele ziekenhuisactiviteiten naar daghospitalisatie, die integraal verbonden blijft met het ziekenhuis.

Bovenstaande evoluties vereisen een omschakeling van een verticale, dienstgebonden organisatiestructuur en werking naar een horizontale, multidisciplinaire aanpak. De verticale dienstgebonden en ook specialismegebonden (monodisciplinaire) organisatiestructuur gaat veelal samen met een gefragmenteerde benadering van de patiënt, waarbij de diverse onderdelen van het zorgpakket niet optimaal op elkaar zijn afgestemd. In een horizontale benadering wordt het aangeboden zorgpakket, dat uiteraard meerdere diensten en disciplines, -ook paramedische- omvat, optimaal georganiseerd en geïntegreerd i.f.v. de reële behoeften van de patiënten en gebaseerd op de medisch-wetenschappelijke kennis i.p.v. op het eigenbelang van de dienst, of tradities en gewoontes.

De ziekenhuizen moeten zich wapenen om flexibel te kunnen inspelen op deze snel en drastisch veranderende medische mogelijkheden, en die behoefte aan flexibiliteit in werking en in organisatiestructuur dient mede door de wetgever ondersteund te worden. Een aangepast erkenningskader dat voldoende flexibiliteit en autonomie garandeert, gekoppeld aan een aangepast inzichtelijk financieringssysteem dat gerelateerd wordt aan de pathologie biedt de beste waarborgen om de middelen zo efficiënt mogelijk aan te wenden, en om m.a.w. met de beperkte budgetten een zo breed mogelijk toegankelijke kwalitatief goede zorgverlening te garanderen.

2.5. ZORGVERNIEUWING VOOR OUDEREN: EEN CONTINUÛM VAN ZORGVERLENING

Veroudering van de samenleving: de eerste tekenen zijn zichtbaar. Toch moet de grote verandering die ze zal meebrengen zich nog voluit doorzetten. Het is dus niets te vroeg voor een fundamentele reflectie.

Het veld van wonen, zorg en welzijn van ouderen is flink in beweging. Zowel door ouderen zelf als door de overheid wordt nóg uitdrukkelijker dan voorheen gestreefd naar zo lang mogelijk zelfstandig wonen.

In plaats van de nadruk te leggen op wat ouderen niet meer kunnen, dient meer gekeken naar wat zij nog wèl willen en kunnen.

Nauw met zelfstandig wonen verbonden waarden zoals autonomie, keuzevrijheid, privacy, een eigen plek in een vertrouwde omgeving met waardevolle sociale contacten geeft men niet graag op. De keuze voor specifieke woon- en zorgarrangementen is vrijwel altijd ingegeven door het feit dat wonen thuis niet langer kan. Bijvoorbeeld vanwege ernstige fysieke beperkingen, sociale factoren, desoriëntatie, ... Tegelijkertijd betekent dit dat de slogan 'zo lang mogelijk zelfstandig' niet mag leiden tot een dogma. Centraal staan de zorgbehoefte en de zorgvraag van de patiënt. Wil men hulpbehoevende personen langer thuis houden, wat hun uiteindelijke wens is, dan moet men kunnen beschikken over een zo breed mogelijke waaier aan mogelijkheden voor hulp, teneinde alle mogelijke situaties op te vangen (thuiszorg, dienstencentra, dagverzorgingscentra, kortverblijf).

De intramurale sector is eveneens aan ingrijpende veranderingen onderhevig. Waar rustoorden aanvankelijk vooral bedoeld waren als beschermd woonmilieu, zijn door de toegenomen zorgzwaarte de grenzen tussen rustoord en RVT vervaagd. De laatste jaren heeft het rustoord gezonde concurrentie gekregen van de serviceflats. Door de combinatie van zelf-

standig wonen met zorg op maat zijn deze complexen voor veel ouderen een aangewezen alternatief. Het concept serviceflat biedt het meest aangepaste evenwicht tussen individuele competenties, aspiraties en omgevingsdruk.

Het procentuele aandeel van de zorgbehoevenden in de populatie stijgt bij toenemende leeftijd. Tot de leeftijdsklasse 60-75 jaar zijn er nauwelijks zwaar zorgbehoevenden terug te vinden in rusthuizen. Voor de leeftijdsklasse 70-75 betekent dit ook maar 1% maar vanaf de 75-plussers begint de opname sterk toe te nemen. De meest waarschijnlijke hypothese stemt overeen met een programmacriterium van 7,1% in de leeftijdscategorie.

<i>Programmatie RVT-bedden in Vlaanderen op basis van de bevolkingsvooruitzichten uitgaande van het bestaand criterium 1,7% 65+, en het geraamd criterium 7,1% 75+</i>			
	Bedden 1,7% 65+	Bedden 7,1% 75+	Bestaand 01.01.95
2000			
	17.384	29.705	12.345
2005			
	18.611	34.601	12.345
2010			
	19.566	39.598	12.345

Het is echter niet voldoende om te wijzen op deze toename, maar men dient ook oplossingen voor te stellen die hier een antwoord kunnen bieden.

De uitdaging ligt in het zorgen voor een goede en betaalbare verzorging in een milieu waar zij optimaal hun resterende mogelijkheden kunnen benutten.

Men dient niet alleen jaren toe te voegen aan het leven, zeker zo belangrijk is kwaliteit te geven aan de toegevoegde jaren. Naast de lichamelijke zorg moet er ook plaats zijn voor psychisch, relationeel en spiritueel comfort.

Het rusthuis van weleer zal ongetwijfeld een nieuwe taakinvulling krijgen. Omwille van een snel toenemende tendens van verhoogde zelfredzaamheid, hogere eisen inzake wooncomfort, financiële onafhankelijkheid, zullen de valide bejaarden meer en meer prioriteit geven aan onafhankelijke woonvormen.

Anderzijds blijkt uit profielanalyses een sterke toename van het aantal zwaar zorgbehoevenden binnen de bestaande bejaardentehuizen. Daarom zal het investeringsbeleid zich in eerste instantie toespitsen op intramurale instellingen voor verblijf met zorgomkadering. Zo zal op termijn een differentiatie ontstaan op basis van de graad van zorgbehoevendheid.

Het verzorgingstehuis moet voor een grote groep een langdurig of blijvend woon- en leefmilieu bieden. De voorzieningen in een verzorgingstehuis moeten zowel tegemoet komen aan de verblijfsfunctie als aan de behandelfunctie.

Het is een intramurale instelling waarin multidisciplinaire zorg wordt gegeven aan ouderen die als gevolg van één of meer functiestoornissen tijdelijk of niet meer zelfstandig kunnen wonen.

Doelgroepen:

- ouderen met een chronische zorgbehoefte, die continu op multidisciplinaire zorg zijn aangewezen;

- psychogeriatrische patiënten met een grote hulpbehoefte en/of storend gedrag die intensieve multidisciplinaire zorg behoeven;
- bijzondere patiëntengroepen, coma-patiënten, chronische beademingspatiënten, terminale patiënten.

Behalve naar de aard van de zorgvraag dient ook een onderscheid gemaakt naar zorgzwaarte, begeleidingsbehoefte, verzorgingsbehoefte en verplegingsbehoefte.

Capaciteit:

Mits het vaststellen van een minimumbezettingsgraad, het inbouwen van financiële incentives waardoor opname van minder zorgbehoevenden wordt ontmoedigd, en stimuli voor de mantelzorg en de hulp- en zorgverlening aan bejaarden in hun thuissituatie lijkt de huidige capaciteit van woongelegenheden in rusthuizen ruim voldoende. Momenteel zijn er in Vlaanderen 50.000 woongelegenheden erkend. Een nader onderzoek terzake is dan ook verantwoord.

Financiering:

De financiering van de zorgfunctie dient gerelateerd aan het type zorgbehoefte geregistreerd aan de hand van de minimale verpleegkundige gegevens.

Financieringsmodel verzorgingstehuis	
wonen	eigen bijdrage
zorg	financiering door de overheid van de zorgfunctie gerelateerd aan het type

2.6. DE PSYCHIATRISCHE ZORGVERLENING

De toekomst van de sector Geestelijke Gezondheidszorg is gebaseerd op de zorginhoudelijke vernieuwing in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis, het beschut wonen, het psychiatrisch verzorgingstehuis, de psychiatrische afdelingen in de algemene ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg conform de maatschappelijke verwachtingen.

N.a.v. de evaluatie van de reconversiebeweging en de optimalisering van nieuwe opvang- en begeleidingsvormen is een overleg gestart tussen de federale overheid en de verschillende gemeenschappen die bevoegd zijn voor het erkenningenbeleid.

De deskundigheid die aanwezig is, dient beter te worden ingezet. Maatschappelijke processen, zoals het geleidelijk verdwijnen van het taboe en de verhoogde bespreekbaarheid van kindermishandeling, incest en ander kindermisbruik, maakt dat de zorgsector in fel toenemende mate wordt geconfronteerd met begeleidings- en behandelingsvragen van zowel de slachtoffers als daders van deze misdrijven. Het zorgaanbod dient op deze evoluerende vragen en noden te worden afgestemd.

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg komen hieraan op twee punten tegemoet:

* De wet van 13 april 1995 betreffende seksueel misbruik ten aanzien van minderjarigen legt een verplichte begeleiding of behandeling op aan seksuele delinquenten in het kader van hun voorwaardelijke invrijheidstelling of invrijheidstelling op proef. Hier rond werd sinds maart 1996 overleg opgestart met het departement Justitie om een samenwerkingsprotocol

uit te werken. Ter ondersteuning van deze besprekingen heeft het Vlaams Comité voor Advies van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg advies uitgebracht over een eerste ontwerp van protocol.

De gezamenlijke bedoeling van de federale Justitie en de Vlaamse Gezondheidszorg, is een evenwichtig en helder samenwerkingsprotocol af te sluiten, waarbij de diensten van het gevangeniswezen en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg tot deugdelijke terreinen en taakafspraken komen. Hierbij wordt een duidelijk uitgangspunt gehanteerd, nl. wat binnen de gevangenis wordt georganiseerd aan therapeutische begeleiding is een federale aangelegenheid. De hulpverlening die buiten de gevangensemuren in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg wordt aangeboden is een puur Vlaamse aangelegenheid.

Dit uitgangspunt impliceert dat de Vlaamse overheid de financiering voor de therapeutische zorg aan ex-gedetineerden op zich neemt, maar ook dat de rapportage ten aanzien van de gerechtelijke overheden zich uitdrukkelijk beperkt tot de boodschap dat de therapie werd opgestart, lopende is of werd afgesloten. Over het inhoudelijk verloop of over de resultaten van de therapie kan niet worden gerapporteerd. Dit veronderstelt een kwalitatief hoog aanbod van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Aan Justitie zal een lijst worden overgemaakt van de Centra die beschikken over specifieke teams voor begeleiding van ex-gedetineerden.

* Inzake begeleiding van kinderen en jeugdigen geven de registratiegegevens van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg aan dat het merendeel van de centra een expliciete zorg garanderen voor deze doelgroep. In 1991 werd deze zorg opgenomen door één op de drie Centra, nl. 17 met een volledige kinderequipe en 12 met gespecialiseerd personeel. In een enquête van 1993 gaven 57 van de 84 Centra aan een specifieke werking voor kinderen en jeugdigen te bezitten. Het totaal personeelseffectief daarvoor ingezet bedroeg 127 VTE.

Ongeveer een kwart van het cliënteel in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg bestaat uit kinderen en jongeren. Het aantal hulpvragen is de laatste jaren sterk gestegen en verwacht wordt dat deze in de toekomst nog zullen toenemen.

Het ligt dan ook voor de hand dat de optie die in het verleden werd gehanteerd om bij personeelsuitbreidingen aan Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg prioriteit te geven aan de uitbouw van kinder- en jeugdequipes ook in de toekomst zal worden verdergezet.

Gezien de verhoogde bespreekbaarheid van de problematiek van kindermishandeling zijn hierrond ook meer expliciete hulpvragen te verwachten en zullen een aantal Centra zich hier meer en meer gaan op toeleggen. Vanuit deze evolutie kan een sterk verankerde samenwerking tussen de Centra voor Hulpverlening inzake Kindermishandeling -de Vertrouwensartsencentra- en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg overwogen worden.

Een dergelijke uitbouw van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zal ongetwijfeld aanpassingen in reglementering vragen en bijkomende middelen. Voor dit laatste zal worden geput uit de 50 miljoen bijkomende middelen die vanaf 1997 recurrent zijn voorzien.

Ter ondersteuning van de beleidsvoering in deze sector die nog meer kan worden gericht op effectiviteit en efficiëntie werd midden 1996 een financiële doorlichting van de sector doorgevoerd. Het verslag hierover wordt verwacht midden oktober 1996.

Deze gegevens zullen een goed beeld geven van het huidige bestedingspatroon en ook mogelijke punten aangeven waar een adequatere inzet kan gebeuren. In overleg met de sectoren zal worden gezocht naar initiatieven om de beschikbare middelen beter in te zetten. Gedacht wordt o.m. aan het verhogen van het management binnen de sector, regionale specialisaties uitwerken, enz. Verder zal bij de integratie van PMS en MST een duidelijke profilering en positionering worden uitgewerkt om aldus tot efficiënte samenwerkingsverbanden met de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg te komen.

3. PREVENTIE

3.1. VLAAMS INSTITUUT VOOR PREVENTIE (V.I.P.)

3.1.0. VOORAF: nieuwe inzichten, nieuwe uitdagingen, nieuwe antwoorden

In Vlaanderen blijkt ruim 40 % van de sterfgevallen voor het 65ste levensjaar vermijdbaar te zijn door primaire preventie of door (tijdige) medische interventie.

Een analyse van de Vlaamse sterftecijfers in termen van 'verloren potentiële levensjaren' laat toe doodsoorzaken te identificeren die leiden tot een voortijdig (en vermijdbaar) overlijden. Voor het jaar 1994 geven de gezondheidsindicatoren het volgende beeld van de verloren potentiële levensjaren :

	mannen	VPJ	vrouwen	VPJ
1.	verkeersongevallen	9,34	borstkanker	4,97
2.	longkanker	8,34	verkeersongevallen	2,90
3.	zelfmoord	7,57	zelfmoord	2,64
4.	isch. hartaandoeningen	7,31	isch. hartaandoeningen	2,58
5.	cerebrovasculaire aand.	2,36	cerebrovasculaire aand.	1,87

- deze 'top 5' geeft aan waar - mits doeltreffende preventie - nog 'terreinwinst' kan geboekt worden inzake levensverwachting.
- Bij de mannen liggen de grote uitdagingen voor (ziekte)preventie en gezondheidsbevordering in het terugdringen van verkeersongevallen, tabaksconsumptie (als oorzaak voor longkanker en hartaandoeningen) en zelfmoord
- Bij de vrouwen gaat het om het terugdringen van borstkanker, verkeersongevallen en zelfmoord.

Uit deze gegevens mag worden afgeleid dat een goed georganiseerde preventie een zeer sterke invloed kan hebben op de gezondheidsstatus van de bevolking.

Bovenvermelde inzichten zijn relatief nieuw. Sinds korte tijd beschikt de Vlaamse overheid op gesystematiseerde wijze over dergelijke relevante 'gezondheids-indicatoren'. Ze zijn de vrucht van een bewuste beleidskeuze om meer middelen te investeren in gezondheidsmonitoring en -registratie. *Dit is bij uitstek een taak voor de Vlaamse gezondheidsadministratie.*

Het verzamelen van relevante gezondheidsindicatoren is geen doel op zich. Het is wel een middel om de uitbouw van een doeltreffend gezondheidsbeleid op maat van de Vlaamse bevolking mogelijk te maken.

De gezondheidsindicatoren geven een beeld van de globale gezondheidstoestand van de gemiddelde Vlaming. Belangrijker nog, ze geven ook aan waar nog 'terreinwinst' kan worden geboekt m.b.t. gezonder en langer leven.

Aldus kunnen ze de basis vormen voor het formuleren van concrete - en in zekere zin zelfs kwantificeerbare - gezondheidsobjectieven, de zogenaamde 'health targets'. *Het debat over de na te streven gezondheidsobjectieven moet gevoerd worden op het niveau van het Vlaams parlement, op basis van de bevindingen en adviezen van o.m. de Vlaamse gezondheidsraad.*

De vraag die in deze nota aan de orde is, is de vraag : op welke wijze en met welke middelen kunnen, vertrekkend van actuele inzichten inzake het gezondheidsgedrag, de gestelde gezondheidsobjectieven zo efficiënt en zo effectief mogelijk worden bereikt ?

Het antwoord op de vraag houdt rechtstreeks verband met de organisatie en de werking van de preventieve gezondheidszorg en de voorzieningen die op dat vlak actief zijn.

De Vlaamse overheid wil de preventieve gezondheidszorg zó organiseren dat op een efficiënte, gecoördineerde en transparante wijze de gestelde doelstellingen kunnen worden behaald. Dit betekent niet dat alles opnieuw moet uitgevonden worden. Dit betekent wel dat het bestaande instrumentarium moet geëvalueerd en - waar nodig - bijgestuurd worden i.f.v. de nieuwe inzichten en de daaraan gekoppelde objectieven.

3.1.1. Monitoring en gezondheidsindicatoren

Systematische en continue metingen van de gezondheidstoestand van bevolkingsgroepen zijn onontbeerlijk voor de beleidsvoorbereiding en -evaluatie. Deze metingen dienen te gebeuren aan de hand van een samenhangend geheel van relevante indicatoren.

De Cel monitoring en gezondheidsindicatoren werd versterkt zowel kwantitatief, wat het wegwerken van achterstand heeft mogelijk gemaakt als kwalitatief. Het Vlaamse Parlement mag in 1997 de verwerking verwachten van de gezondheidsgegevens van 1995 en 1996.

In de komende periode zal prioriteit gegeven worden aan netwerkvorming met andere registratiesystemen; integratie in bestaande werking door goede standaardisatie van gegevens.

Een goed en dynamisch beleid biedt adequate antwoorden op voortdurend evoluerende maatschappelijke vragen, problemen en uitdagingen. Toegepast op de problematiek van kindermishandeling veronderstelt deze optie voor zorgvuldig beleid dat we een correct inzicht en overzicht van de problematiek permanent ter beschikking hebben. De cel 'Monitoring en Gezondheidsindicatoren' van de Administratie Gezondheidszorg zou terzake de functie van CLEARING HOUSE kunnen opnemen. Het eerste probleem dat zich aandient betreft het verzamelen van alle relevante informatie m.b.t. slachtoffers en plegers van kindermishandeling vanuit alle verticale departementen die op één of andere wijze met de problematiek worden geconfronteerd. Het Algemeen Welzijnswerk, de Bijzondere Jeugdbijstand, de intra- en extramurale Geestelijke Gezondheidszorg, de PMS-MST-sector, de gehandicaptenzorg, de huisartsen, de pediatrieën,... zijn relevante partners in de onvolledige lijst van sectoren die hun registraties zouden kunnen laten samenvloeien in het CLEARING HOUSE.

Een goed functionerend Clearing House laat niet alleen toe een juiste bepaling en beschrijving van de problematiek te formuleren, maar informeert tevens een beleid dat wil anticiperen op toekomstige ontwikkelingen door vandaag nog de nodige beleidsbijsturingen voor te stellen. De noodzaak van centraal vergaarde informatie over alles wat kinderen aangaat is bovendien één van de belangrijke aandachtspunten die op de recente Conferentie te Stockholm werd weerhouden. Elke vorm van registratie en monitoring kan slechts op termijn garanties voor kwaliteit bieden indien voldoende betrokkenheid van alle leveranciers van gegevens bestaat; deze betrokkenheid wordt gegarandeerd door permanente feed-back.

3.1.2. Algemene contouren van het preventiebeleid

3.1.2.1. WAT IS PREVENTIE ?

Preventie, in het bijzonder met betrekking tot de volksgezondheid, kan gedefinieerd worden als het totaal van maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te bewaken en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen. Gezondheid dient hierbij gezien te worden als *een toestand van zo optimaal mogelijk lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn*.

3.1.2.2. WAAROM EEN PREVENTIEBELEID VOEREN ?

Het preventiebeleid beoogt het bereiken van een zo hoog mogelijk gezondheidsniveau van de *collectiviteit* van de bevolking. O.m. in dit opzicht verschilt 'preventie' van 'curatie' die eerder *individueel* gericht is.

Het preventiebeleid beoogt de verhoging van de kwaliteit van de levensjaren door :

- een gezonde levensstijl te bevorderen
- het aantal jaren dat men van ziekte kan worden gespaard te verhogen
- de negatieve gevolgen van ziekte of handicaps te verminderen of te beperken.

Aan preventie doen is een beleidskeuze die overigens op ethische grond berust. Daarenboven houdt preventie belangrijke waarborgen in voor een lage kostprijs van de gezondheidszorg. Een gemeenschap die maximaal aan preventie doet, draagt bij tot een vermindering van de uitgaven voor gezondheidszorg.

3.1.2.3. PREVENTIE-DEELGEBIEDEN

Preventie wordt veelal in een aantal deelgebieden onderverdeeld, zo bijvoorbeeld :

naar ziektecategorie: hart en vaatziekten, Aids...

naar risicofactor: roken, verkeer, voeding, ...

naar instrument: gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie

naar methode: vaccinaties, screenings, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

naar doelgroep: zwangere vrouwen, zuigelingen, schoolkinderen, ...

naar schaalgrootte: collectieve - individuele preventie

naar fase in ziekteproces: primaire, secundaire en tertiaire preventie.

Eén van de mogelijke onderverdelingen verdient wat nadere uitleg, met name de onderverdeling in gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Bij *gezondheidsbescherming* gaat het meestal om maatregelen (wettelijke normen, bevoegdheden) die op grote schaal worden genomen om te voorkomen dat de gehele bevolking of bevolkingsgroepen in aanraking komen met bepaalde gezondheidsbedreigingen. Bv. het stralingsgevaar, de veiligheid van woningen en wegverkeer, de drinkwatervoorziening enz...

Gezondheidsbevordering wordt gedefinieerd als 'het proces waardoor mensen in staat worden gesteld om meer controle te krijgen over hun gezondheid (fysiek, sociaal en mentaal) en deze te verbeteren'. Gezondheid is daarbij geen doel op zich; maar een middel dat individuen moet helpen om hun mogelijkheden te realiseren.

Bv. rookgedrag, therapietrouw, naleving van veiligheidsrichtlijnen.

Bij *ziektepreventie* staat de ziekte centraal, waar bij gezondheidsbevordering vaak de gezondheidsdeterminant centraal staat. Ziektepreventie is een samenvattend begrip voor die preventieve interventies welke gericht zijn op het voorkomen van specifieke ziekten. Bv. vaccinaties, bevolkingsonderzoek...

3.1.2.4. WHO-DOELSTELLINGEN INZAKE PREVENTIE

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft, sinds haar oprichting in 1946 een belangrijke rol gespeeld bij het uitstippelen van preventiestrategieën. Haar belangrijkste doelstelling is de pleitbezorging voor en uitvoering van de strategie 'Health for All by the year 2000' (HFA 2000) in de lidstaten. De meeste activiteiten zijn gebundeld in het basisdocument van het Europees HFA-beleid: 'Targets for Health for All' (Targets '85, herzien in '91).

De WHO werkt vanuit het besef dat verdere gezondheidswinst - in de westerse wereld althans - geboekt zou kunnen worden door het bevorderen van een gezonde leefstijl. Vanaf dat moment kwam de "gedragsgerichte gezondheidsbevordering" als algemeen, thema-overkoepelend vakgebied tot ontwikkeling. In 1986 werd door de WHO het OTTAWA-CHARTER gepubliceerd waardoor de gezondheidsbevordering bestaansrecht verwierf. Het charter verleent toestemming aan de WHO om rechtstreeks aansluiting te zoeken met sociale bewegingen en actiegroepen.

In het Ottawa Charter worden vijf terreinen genoemd waarop gezondheidsbevorderende acties kunnen gericht zijn:

1. *Het voeren van een gezond gezondheidsbeleid*

Gezondheid is niet de exclusieve verantwoordelijkheid van één sector. Gezondheid verdient een plaats op de agenda van de beleidsverantwoordelijken in alle sectoren. In alle sectoren draagt men verantwoordelijkheid voor de consequenties van de eigen beslissingen voor de gezondheid.

2. *Verhoogde aandacht voor de wisselwerking tussen vrijetijdsmilieu, werk en gezondheid*

De arbeidsomgeving en werksituatie spelen een niet te onderschatten rol op de gezondheid van de werknemer.

Vooral in deze zeer snel evoluerende technologische samenleving is een verhoogde aandacht voor de psychische en fysische gezondheidsstatus noodzakelijk. Dit geldt evenzeer voor de vrijetijdssector waar gezondheid niet steeds de eerste bekommernis is van de aanbieder.

3. Versterken van sociale netwerken

Gezondheidspromotie wint aan effectiviteit indien dit gedragen wordt door de sociale netwerken waarin mensen functioneren. De ondersteuning van deze netwerken is van uitzonderlijk belang. Deze ondersteuning bestaat niet alleen in het permanent toegang verschaffen tot informatie, maar in het blijvend aanbieden van kansen tot deelname aan vormingscycli en trainingsprogramma's. De zelfverantwoordelijkheid en autonomie van het individu worden zo gerespecteerd en versterkt, terwijl het sociaal netwerk in zijn functie wordt erkend.

4. Ontwikkelen van persoonlijke bekwaamheden

Gezondheidspromotie ondersteunt persoonlijke en sociale ontwikkeling van mensen middels het verstrekken van toegankelijke informatie en het aanzetten tot gezonde levenshoudingen. Zo worden aan mensen meer mogelijkheden geboden om hun gezondheid in eigen beheer te nemen. De mogelijkheden tot persoonlijke ontwikkeling dienen geboden te worden via school, werkmilieu e.a. ...

5. Het onderling afstemmen van gezondheidsvoorzieningen

De activiteiten van de diverse voorzieningen dienen op elkaar afgestemd te worden om zo overlappende actieprogramma's te voorkomen.

In '85 en '86 gaf de EG-top het startsein voor de ontwikkeling van twee actieprogramma's: 'het Europees actieprogramma tegen kanker' en 'de Europese strategie ter bestrijding van AIDS'.

Het Verdrag van Maastricht (1-11-1993) voorziet in een artikel betreffende de volksgezondheid: artikel 129-EG, waarin bepaald wordt dat de Gemeenschap gericht is op de **preventie van ziekten** met inbegrip van de drugsverslaving en op het **bevorderen**:

- 1) van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsonderwijs;
- 2) van onderlinge coördinatie tussen de lidstaten;
- 3) van samenwerking met bevoegde internationale organisaties.

Om bij te dragen tot de realisatie van de doelstellingen van dit artikel voorziet men in stimuleringsmaatregelen en in aanbevelingen. Concreet worden voor de komende vijf jaar acht prioritaire gebieden voorgesteld waarvoor programma's zullen worden ontwikkeld:

- gezondheidsvoorlichting, gezondheidsbevordering en opleidingen;
- gezondheidsindicatoren en monitoring van ziekten;
- kankers;
- drugs;
- AIDS en andere infectieziekten;
- ongevallen;
- milieu en gezondheid;
- zeldzame aandoeningen.

Daarnaast wordt ook voorgesteld een vorm van gezondheidseffectenrapportage op te zetten die er over moet waken dat ook alle andere beleidsvoornemens van de EU op hun gezondheidseffecten getoetst worden.

3.1.3. Het actuele preventielandschap in Vlaanderen

3.1.3.1. HET VLAAMS INSTITUUT VOOR GEZONDHEIDSPROMOTIE

In Vlaanderen kreeg de notie gezondheidspromotie beleidsmatig gestalte met de oprichting van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG). Het VIG werd belast met de coördinatie en de ondersteuning van de gezondheidsbevordering in de Vlaamse Gemeenschap. Eén van de uitdrukkelijke doelstellingen was om ordening te brengen in de sinds het begin van de jaren '80 ontstane ongecontroleerde groei van initiatieven op het vlak van de gezondheidsvoorlichting en - opvoeding.

Het VIG vertegenwoordigt een samenwerkingsverband van - momenteel 17- voorzieningen die actief zijn op het vlak van gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Het VIG kreeg een belangrijke opdracht op het vlak van de organisatie van samenwerking en van deskundigheidsbevordering en fungeert tevens als adviesorgaan voor de Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid.

Binnen het VIG werd een Wetenschappelijke Raad geïnstalleerd bestaande uit academici, gekozen uit een waaier van disciplines, die direct of indirect verband houden met gezondheidsbevordering. Streefdoelen hierbij waren o.a. het afstemmen op elkaar van wetenschap en beleid en van beleid en werkveld en de coördinatie van voorzieningen en activiteiten.

3.1.3.2. EEN VERKAVELD PREVENTIELANDSCHAP

Ondanks de aanwezigheid van een coördinerend en ondersteunend organisme als het VIG wordt de sector van de preventieve gezondheidszorg nog steeds gekenmerkt door een grote versnippering. De preventieve gezondheidszorg biedt de aanblik van een huis met vele kamers. En niet altijd weet men in de ene kamer wat er in een andere kamer gebeurt, hoe het gebeurt en door wie het gebeurt.

De *primaire preventie* is in Vlaanderen op eerder onduidelijke wijze uitgebouwd : de overheidssrol i.v.m. de praktische organisatie van preventie-activiteiten is beperkt. De neiging bestaat om dit eerder over te laten aan de voorzieningen binnen de sector, en om zelf enkel administratief en gegevensbeheer te doen.

Sinds de oprichting van het VIG is er een samenwerking ontstaan tussen de voorzieningen. Deze samenwerking heeft enerzijds geleid tot het verwerven van enige expertise en betekende een belangrijke aanzet tot planmatig werken, maar lijdt anderzijds aan een probleem van te kleine schaal, versnippering van middelen en mensen, en te weinig sturing en feedback in de relatie tot de overheid. De beheersstructuur van het VIG is gebaseerd op een beheer door de voorzieningen - leden. Gecoördineerde acties gebeuren dan ook op basis van goodwill eerder dan op een bewuste gecoördineerde aanpak. Sturing en feedback vanwege de overheid ontbreekt of is in elk geval niet systematisch georganiseerd.

De *secundaire preventie* is in Vlaanderen eveneens sterk versnipperd. Allerhande technieken en methodes worden gehanteerd. Dit gebeurt echter op disparate wijze, waarbij samenhang en toetsing door de overheid slechts in beperkte mate gerealiseerd worden.

Bij het ontwerpen van een meer performant model voor de preventieve gezondheidszorg in de Vlaamse gemeenschap dient in elk geval gewaakt te worden over meer samenhang in de initiatieven en een betere afstemming op de evoluerende maatschappelijke noden en verwachtingen.

3.1.4. Een kijkje over de grens

Een vergelijking met de organisatie, structuur en methodieken inzake preventieve gezondheidszorg in andere landen kan tevens relevante informatie opleveren voor de uitbouw van een meer performant preventiebeleid.

Zonder hierbij reeds te moeten ingaan op concrete uitvoeringsmodaliteiten kan uit een vergelijking alvast geleerd worden dat er aan de basis van elk model inzake preventieve gezondheidszorg een aantal fundamentele keuzen moeten gemaakt worden.

- Hoe ziet de overheid haar taak inzake preventief beleid : beperkt of zeer ruim? Deze keuze hangt samen met de meer algemene rol van de overheid in het maatschappelijk systeem. Op Groot-Brittannië na, nemen de meeste landen ook elementen van sociale aard zoals kansarmoede en sociale ongelijkheid op in hun programma's.
- Verwacht de overheid resultaten - kwalitatieve en/of financiële - van een bewuste keuze van een preventief beleid? Zo ja, dan dienen de resultaten ook meetbaar te zijn, en dus vooraf ook uitgedrukt in concrete objectieven (health targets).
- Wie vormt naast de overheid mee de omgeving waarbinnen het preventief beleid gevoerd wordt ? Zijn er bv. ziekenfondsen, verzekeringsinstellingen, "privé-thematische fondsen" (bv. Kom op tegen Kanker, Vlaamse Kankerliga, Belgisch Cardiologische Liga) actief ? en zijn ze een mogelijke partner voor de overheid ?
- Is het haalbaar en opportuun om een gedecentraliseerd beleid te voeren? (bv. Länder in Duitsland, Régions et Départements in Frankrijk, Gemeentelijke Gezondheidsdiensten in Nederland). Lopen bevoegdheden van verschillende beleidsniveaus gelijk met de gewenste aanpak? (Bv. in Frankrijk zijn er problemen met een verticale opsplitsing van bevoegdheden).
- In welke mate zijn de bestaande structuren interactief? (Zie het vb. in Nederland van de recente bundeling van een aantal bestaande instituten). Hoe kan desgewenst de interactie en de synergie bevorderd worden ?
- Hoe is de relatie van de gespecialiseerde structuren tot de overheid ? Algemeen kan worden gesteld dat de overheid in grote mate financiert, opdrachtgever is en de terugkoppeling en evaluatie organiseert.

3.1.5. Ontwerp voor de toekomst

Vlaanderen heeft nood aan een goed gestructureerde en performante preventieve gezondheidszorg die dynamisch en flexibel kan inspelen op evoluerende noden en verwachtingen. Om dit te kunnen realiseren zal een Vlaams Instituut voor Preventie opgericht worden.

De preventieve gezondheidszorg 'nieuwe stijl' telt 4 operationele niveaus, met name :

- registratie van relevante gezondheidsindicatoren ;
- formuleren van concrete en kwantificeerbare gezondheidsobjectieven in functie van de gezondheidsindicatoren ;
- concipiëren van gecoördineerde, slagkrachtige en doeltreffende preventie-programma's in functie van de gezondheidsobjectieven en ook rekening houdend met elementen van sociale aard zoals kansarmoede en sociale ongelijkheid;
- uitwerken van concrete en gerichte preventie-activiteiten op basis van de preventie-programma's.

1.

De systematische registratie van relevante *gezondheidsindicatoren* levert alvast inzicht in die noden en verwachtingen en in de wijze waarop ze evolueren. Dat is meteen een eerste en noodzakelijke voorwaarde om een doeltreffende preventie te kunnen uitbouwen. Deze opdracht wordt vervuld door de Vlaamse gezondheidsadministratie (cel registratie en monitoring)

2.

Op basis van de gezondheidsindicatoren kunnen concrete en kwantificeerbare *gezondheids-objectieven* worden geformuleerd. Dit is een opdracht voor de overheid, daarbij geadviseerd door de Vlaamse Gezondheidsraad en de Vlaamse Gezondheidsadministratie. Het is logisch dat bij het formuleren van gezondheidsobjectieven bepaalde prioriteiten worden gesteld.

Bij de bepaling van de prioritaire uitdagingen kunnen o.m. volgende criteria worden toegepast:

- de ernst van het gezondheidsprobleem
- de frequentie ervan
- de impact op de samenleving (o.a. socio-economisch)
- de haalbaarheid van de interventie/de vermijdbaarheid van het probleem
- de perceptie door de bevolking.

Een concreet voorbeeld :

De prioritaire problemen die nu reeds op basis van de beschikbare Vlaamse gezondheidsindicatoren afgeleid worden zijn zonder twijfel:

- kanker (vooral long- en borstkanker)
- (verkeers)ongevallen
- hart- en vaatziekten
- geestelijke gezondheid (incl. zelfmoord)
- leveraandoeningen.

Het zijn stuk voor stuk factoren die aanleiding geven tot een relatief hoog aantal 'verloren potentiële levensjaren'.

3.

In functie van de gestelde gezondheidsobjectieven kunnen gecoördineerde, slagkrachtige en doeltreffende *preventie-programma's* worden opgesteld. Hierbij kan o.m. gedacht worden aan programma's rond thema's als gezonde voeding, tabaks- en middelengebruik, lichaamsbeweging

Het bepalen van de programma's is een taak voor de overheid, in samenspraak met de Vlaamse Gezondheidsraad, de Vlaamse Gezondheidsadministratie en het Vlaams Instituut voor Preventie (V.I.P.)

4.

Op basis van de voorgestelde preventieprogramma's worden ten slotte concrete en gerichte preventie-activiteiten uitgewerkt. Hierbij treedt het Vlaams Instituut voor Preventie op als coördinator, gangmaker en bezieler ten aanzien van het werkveld.

Strategische doelstellingen voor het V.I.P. worden:

- de minister adviseren inzake prioriteiten en objectieven;
- belanghebbende organisaties mobiliseren tot samenwerking en synergie inzake preventieve gezondheidsinterventies; (bv. ziekenfondsen , privé-fondsen...);
- Vlaamse gezondheidsprogramma's doen uitmonden in lokale activiteiten

De kerntaken van het V.I.P. zijn:

- beleidsanalyse
- beleidsadvisering
- onderzoek en ontwikkeling van populatie- en gedragsonderzoek, gedragseffectenonderzoek
- ontwikkelen van mediacampagnes
- ontwikkeling van professionaliteit, met kwaliteitsstandaarden en training
- ondersteuning van professionelen
- samenwerking met de sector, o.a. privé-sector
- internationale relaties

3.2. VLAAMS CONGRES ROND PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG

Om de inzichten inzake preventie verder te verdiepen en te concretiseren wordt op 7 en 8 maart 1997 een congres over de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen georganiseerd onder de Hoge Bescherming van H.H. M.M. Koning Albert II en Koningin Paola.

De wetenschappelijke voorbereiding van dit preventiecongres is afgerond. Daarbij werd gewerkt rond 7 thema's:

1. *Economische evaluatie van de preventieve gezondheidszorg*
2. *Relatie tussen preventieve en curatieve gezondheidszorg*
3. *Vrijheid, individuele en collectieve verantwoordelijkheid*
4. *Gezondheid als cultuur of als ziekte*
5. *Preventieve gezondheidszorg en andere maatschappelijke sectoren*
6. *Predictieve genetische gezondheidszorg*
7. *Belang van gezondheidsgegevens voor een preventief gezondheidsbeleid.*

Na een oproep tot de organisaties en bewegingen die in Vlaanderen actief zijn op het terrein van preventieve gezondheidszorg en -bevordering werden een 15-tal inhoudelijke projectvoorstellen geselecteerd. Vanaf september tot het voorjaar 1997 worden bepaalde aspecten uit de gezondheidspromotie op het werkveld verder uitgediept via onderzoek en hoorzittingen. Door deze wisselwerking tussen wetenschap en werkveld op het Preventiecongres wordt het mogelijk de beleidslijnen voor de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen verder uit te tekenen en te toetsen aan de noden op het werkveld..

Het congresprogramma is opgebouwd rond een dubbel spoor: enerzijds de preventie in 6 leefsfere (thuishaven, school, bedrijf, straat, vrije tijd en gezondheidszorg); anderzijds het gezonde beleid, waarbij volgende aspecten aan bod komen: registratie, screening, rol van de media, sociale ongelijkheid, kennis en gedrag, integratie van curatie en preventie.

Een innoverende aanpak en een maximale participatie van de congresgangers moeten een creatief en dynamisch congres mogelijk maken. In dezelfde geest werden 15 modelprojecten uit het werkveld geselecteerd waarbij een proactieve benadering en de aspecten consumentgerichtheid, participatie, differentiatie en systematiek centraal staan. Deze zullen worden voorgesteld in de marge van het congres.

Ik wil de leden van het Vlaamse Parlement uitnodigen om op basis van deze congresvoorbereidingen mee te werken aan de uitbouw van een Vlaams gezondheidsbeleid voor de 21ste eeuw.

3.3. EEN KWALITEITSPLAN VOOR DE GEZONDHEIDSVRESTERKERS

De taak van de huisarts bij preventie

Preventie is een fundamenteel deel van het werk van de huisarts (anticipatorische zorg). Door de continuïteit van zorg kent hij zijn patiënten persoonlijk en in hun eigen milieu. Ook binnen preventieprogramma's opgezet voor groepen in de bevolking heeft de huisarts een taak; zelfs wanneer de programma's niet in de eigen praktijk worden uitgevoerd, krijgt elke huisarts te maken met de effecten ervan. Op dit ogenblik is de taak van de huisarts bijna hoofdzakelijk gericht op curatie. Om de echelonnering te reglementeren en de rol van de huisarts te versterken moet de huisarts zich in eerste instantie bezighouden met primaire, secundaire en tertiaire preventie. De grootste uitdaging is niet zozeer de risicodetectie, maar wel de daaruitvolgende efficiënte interventie en follow-up. Vragen rond de specifieke taakomschrijving, de randvoorwaarden (o.a. inschrijving van de patiënt, informatiesysteem, financieringsmechanismen), de positie van de individuele huisarts en de taakafspraken tussen de huisartsen stellen zich.

Daarom is een werkgroep opgestart waarin de diverse opleidingscentra vertegenwoordigd zijn en die als taak heeft voorstellen te formuleren over hoe huisartsen hun preventieve taak zo efficiënt en doelmatig mogelijk kunnen invullen. Een rapport hiervan zal in de loop van 1997 aan het Vlaamse Parlement worden meegedeeld.

3.4. MEDISCH SCHOOLTOEZICHT

Samen met de Vlaamse minister van Onderwijs werd een concept voor herstructurering van MST en PMS tot een geïntegreerd functionerende dienst uitgewerkt.

De bedoeling is:

- het begeleidingsaanbod transparanter en samenhangender te maken voor de gebruikers, nl. leerlingen, ouders, leerkrachten en scholen.
- de doelmatigheid en effectiviteit van de centra te verbeteren. Nauwe en planmatige samenwerking in één teamverband voorkomt overlappende activiteiten en schept de nodige ruimte om hedendaagse uitdagingen en problemen aan te pakken;
- de rol van de begeleidingsdiensten te herdefiniëren in het licht van de zorgverbreding in scholen. De zorgverbreding moet zo georganiseerd worden dat uitval en uitstoot van leerlingen wordt vermeden. De centra kunnen de school in hun opdracht ondersteunen, zodat het onderwijs een hefboomfunctie kan opnemen die leidt naar een meer solidaire samenleving.

De centra voor de begeleiding van leerlingen krijgen als opdracht bij te dragen tot dat welbevinden van leerlingen dat de basis legt van alle leren zodat zij doorheen hun schoolloopbaan de competenties kunnen verwerven en versterken die de grondslag vormen voor een actuele en persoonlijke ontwikkeling en maatschappelijke participatie.

De centra zijn dienstverlenend t.o.v. de scholen, de scholen behouden hun volle en niet-fragmenteerbare verantwoordelijkheid t.o.v. de leerlingen.

De bijdrage van de centra op het vlak van het welbevinden van de leerlingen wordt geconcretiseerd vanuit ondermeer deze invalshoeken: de somatische, psycho-pedagogische, de emotionele, de sociale, ...

Daarenboven wordt de werking van de centra gestuurd door de vragen van leerlingen en hun ouders.

De centra richten zich tot de leerlingen van het kleuter- en basisonderwijs en het secundair onderwijs en de deeltijdse vorming/middenstandsopleiding. Bijzondere aandacht dient te gaan naar leerlingen in achterstellingssituaties of met specifieke noden.

De huidige PMS- en MST-centra worden uitgenodigd om zich per bestuurlijk arrondissement te herorganiseren tot centra voor begeleiding van leerlingen. Bij de herorganisatie moet er worden op toegezien dat alle scholen en leerlingen worden bediend en dat het werkgebied van de centra overeenstemt met een sociologische realiteit.

De centra voor begeleiding van leerlingen worden georganiseerd en functioneren als multidisciplinaire teams waarbinnen de disciplines gelijkwaardig zijn.

De huidige disciplines zullen de ruggegraat blijven vormen van de nieuwe centra. De centra zullen evenwel een meer autonoom personeelsbeleid kunnen voeren.

Een eerste kerntaak van de centra is de zorgbreedte van de school te vergroten door informatie, advies en begeleiding van leerlingen, ouders, leerkrachten en school.

Ten tweede is het centrum een aanspreekpunt voor ouders, leerlingen en scholen waar men antwoorden kan vinden op vragen over structuur en de organisatie van het Vlaamse onderwijslandschap, het totale onderwijsaanbod, de aansluiting naar de arbeidsmarkt en wetenschappelijke gegevens die de keuze van de vraagsteller kan onderbouwen.

De centra kunnen in opdracht van de overheid belast worden met het verstrekken van adviezen. Bij het invullen van de concrete opdrachten rond de profylactische werking en gezondheidsmonitoring worden de programma's gestuurd door de minister bevoegd voor het Gezondheidsbeleid.

De herstructurering zal gefaseerd verlopen. Voor de implementatie wordt een minimale en eindfase voorzien, waartussen maximum drie jaar ligt.

In de loop van het voorjaar 1997 zal het decreet dat de juridische basis van de hervorming vormt, voorbereid worden in nauw overleg met de sector en parallel met de hervorming van het secundair onderwijs, zodat decreet en uitvoeringsbesluit in werking kunnen treden op hetzelfde ogenblik als deze hervorming..

3.5. DRUGHULPVERLENING EN DRUGGEBRUIK

Het Vlaamse actieprogramma inzake drugproblematiek wordt opgebouwd doorheen zeven acties die jaarlijks zullen worden geëvalueerd m.h.o. op bijsturing en continuering. Dit actieprogramma werd beschreven in de Drugnota.

1. Deze Drugnota voorziet in het ontwerpen en implementeren van een eenvormig registratiesysteem in alle voorzieningen binnen de intra- en extramurale gezondheidszorg, die drughulpverlening organiseren. De registratie dient te worden afgestemd op de gegevens van het Europees Drugsobservatorium. De Vereniging voor Alcohol en Andere Drugproblemen (VAD) heeft voor de uitvoering van dit actiepunt een project ingediend.
De VAD zal overleg plegen met alle werksoorten in het veld om tot een voor iedereen aanvaardbaar systeem te komen.
Gelet op de diversiteit van reeds bestaande registraties in de verschillende werkvormen zal bij de realisatie heel wat tijd moeten worden besteed aan overleg.
2. De oprichting van een preventiedatabank beoogt de efficiëntie en de effectiviteit van drugpreventieprojecten te verhogen.
In een eerste fase zal een monitoringsysteem van drugpreventie-activiteiten in de verschillende sectoren worden opgezet. In een tweede fase moet dit leiden tot een preventiedatabank. De realisatie wordt toevertrouwd aan de VAD in nauwe samenwerking met de administratie Bijzondere Jeugdzorg, de administratie Gezondheidszorg, Leefsleutels Steunpunt, Algemeen Welzijnswerk, MST, VIG en CGG.
3. In het kader van de verbetering van de regionale programmatie en onderlinge afstemming van de drugpreventie en -hulpverlening werden 12 projecten ingediend door de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg goedgekeurd.
De goedgekeurde projecten gaan alle uit van een voldoende kennis van het terrein en ervaring met drugproblemen en zijn gericht op illegale drugs.
De projecten zijn opgezet in samenwerking met andere voorzieningen en houden rekening met de reeds beschikbare hulpverleningscapaciteit in het arrondissement.
4. De Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra in de Verslaafdenzorg (VVBV), het Vlaams Straathoekoverleg en de VAD zijn bereid om de "Vorming van beginnende preventiewerkers" in een samenwerkingsakkoord te realiseren. Dit samenwerkingsakkoord werd onderhandeld en de vormingsmodules werden voorbereid en zullen starten in het najaar 1996.

5. De VAD, Vereniging van Medisch-Sociale Instellingen en de Federatie voor Diensten Geestelijke Gezondheidszorg zullen een vormingspakket aanbieden en initiëren ten behoeve van intermediairen zoals huisartsen, onderwijskrachten, begeleiders van jongerenwerkingen, socio-culturele werken, opvoeders, medewerkers in PMS en MST, ...
Het vormingsaanbod start in het najaar 1996.
6. Zowel de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg als de Provinciale Preventieplatforms hebben 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.
De meerwaarde van dit actiepunt ligt in het op elkaar afstemmen van beide terreinen, preventie en hulpverlening: informatiedoorstroming, opbouw en uitwisseling van know how, samenwerken rond registratie, optimaliseren van hulpverlenings- en preventie-activiteiten.
7. De happening 'Opkikker 1996' vindt plaats op donderdag 21 november in de Stadschouwburg van Antwerpen. Rond heel dit gebeuren werd een zorgvuldige campagne opgebouwd die van start is gegaan in september 1996. Eind oktober zullen de 10 meest creatieve projecten rond "Vlaamse jongeren zeggen 'neen' tegen drugs" geselecteerd worden door een jury van deskundigen.
Het zijn deze 10 die op de slothappening de symbolische Opkikker ter waarde van 100.000 Fr. zullen ontvangen ter realisatie van het ingediende project.
Via een evaluatie zullen de meest relevante projecten geïmplementeerd worden.

3.6. MEDISCH VERANTWOORD SPORTEN

De Vlaamse regelgeving is uniek in Europa en leidt daardoor wel eens tot spanningen op wedstrijden. De slagkracht van onze reglementering zal nog toenemen als ze toepasbaar is in de andere gemeenschappen van ons land. Op 24.04.1996 werd de ontwerp-tekst van het samenwerkingsakkoord én van het decreet globaal goedgekeurd door de Coördinatieraad van de Medisch Verantwoorde Sportbeoefening.

De juiste formulering van de opmerkingen van de Franse Gemeenschap moet nog gebeuren en de aangepaste juridische onderbouwing van de specifieke Brusselse situatie wordt nog van de hoofdstedelijke overheid verwacht. Vóór 16 oktober 1996 zullen er bilaterale besprekingen doorgaan m.h.o. op de definitieve goedkeuring op de bijeenkomst van de coördinatieraad.

De recente tendens tot propageren en organiseren van niet-verantwoorde gevechtssporten vergt een duidelijke uitspraak over welke "sportieve slagen en verwondingen" al dan niet toelaatbaar zijn in Vlaanderen.

De ontwerp-tekst is ter bespreking voorgelegd aan de coördinatieraad die hiervoor een werkgroep ad hoc heeft samengesteld. Besprekingen zijn in het vooruitzicht in het kader van het samenwerkingsakkoord. Omwille van de dringende noodzaak werd zonder de beslissing van de andere Gemeenschappen af te wachten aan de administratie is gevraagd prioritair werk te maken van de goedkeuring door de Vlaamse regering.

Een uitgewerkte voorontwerp-tekst inzake de opleiding tot bepaalde sporttakken gaf aanleiding tot een voorlopig advies waarin voorgesteld wordt dat de Hoge Raad van de Sport

en de Raad van Medisch Verantwoorde Sportbeoefening elk een lijst zouden opstellen van sporten die omwille van zekere gezondheidsrisico's zouden moeten in aanmerking genomen worden voor bijzondere medisch verantwoorde opleidingscriteria.

16-10-96