

# VLAAMSE RAAD

---

ZITTING 1995-1996

7 DECEMBER 1995

---

## **BELEIDSBRIEF**

### **Gezondheidsbeleid**

### **Kwaliteit als hefboom voor een Vlaams gezondheidsbeleid**

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

Met deze beleidsbrief wordt voor de periode 1995-1999 een meer concrete uitwerking gegeven van de basisopties vervat in het regeerprogramma. De brief is de weergave van de visie van de functioneel bevoegde minister en vormt de basis van een debat in het Vlaams Parlement. In voorkomend geval zullen de uitvoeringsmaatregelen ter goedkeuring aan de Vlaamse regering of het Vlaamse Parlement worden voorgelegd.

## INHOUDSOPGAVE

0	KENNISMAKING MET HET VLAAMS GEZONDHEIDSLANDSCHAP..	4
0.1.	Bevolking .....	4
0.2.	De zorgvraag .....	8
0.3.	Het zorgaanbod .....	8
0.4.	De uitgaven voor gezondheidszorg .....	13
0.5.	De uitdagingen .....	14
1.	BASISPRINCIPES VAN HET VLAAMS GEZONDHEIDSBELEID .....	15
1.1.	Kwaliteitszorg .....	16
1.2.	Samenhang .....	18
1.3.	Zorg op maat en differentiatie van voorzieningen .....	21
1.4.	Responsabilisering .....	21
2.	BELEIDSVELDEN .....	23
2.1.	Monitoring en gezondheidsindicatoren .....	23
2.2.	Internationaal beleid .....	24
2.3.	Preventieve en sociale gezondheidszorg .....	25
2.4.	Medisch verantwoord sporten .....	30
2.5.	Medisch schooltoezicht .....	31
2.6.	Profylaxe besmettelijke ziekten .....	33
2.7.	Gezondheid en milieu .....	35
2.8.	Arbeidsgeneeskundige diensten .....	36
2.9.	Centra voor menselijke erfelijkheid .....	37
2.10.	Drughulpverlening en druggebruik .....	38
2.11.	Palliatieve zorg .....	43
2.12.	Thuisverzorging .....	44
2.13.	Algemene ziekenhuizen .....	46
2.14.	Rust- en verzorgingstehuizen (R.V.T.) .....	50
2.15.	Psychiatrische zorgverlening .....	52
2.16.	Vlaams Infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden (V.I.P.A.) .....	56

---

**0. KENNISMAKING MET HET VLAAMS GEZONDHEIDSLANDSCHAP**

Om het Vlaams gezondheidsbeleid beter te kunnen begrijpen is een voorafgaande kennismaking met het actuele Vlaamse gezondheidslandschap aangewezen. Hoe gezond zijn de Vlamingen ? Wat zijn hun zorgvragen ? Welk zorgaanbod staat daartegenover ? Wat kost de Vlaamse gezondheidszorg ? ... Tegen deze achtergrondgegevens zullen in de hierop volgende hoofdstukken de nieuwe beleids perspectieven worden geschetst.

**0.1. Bevolking**

*0.1.1. Demografische ontwikkelingen*

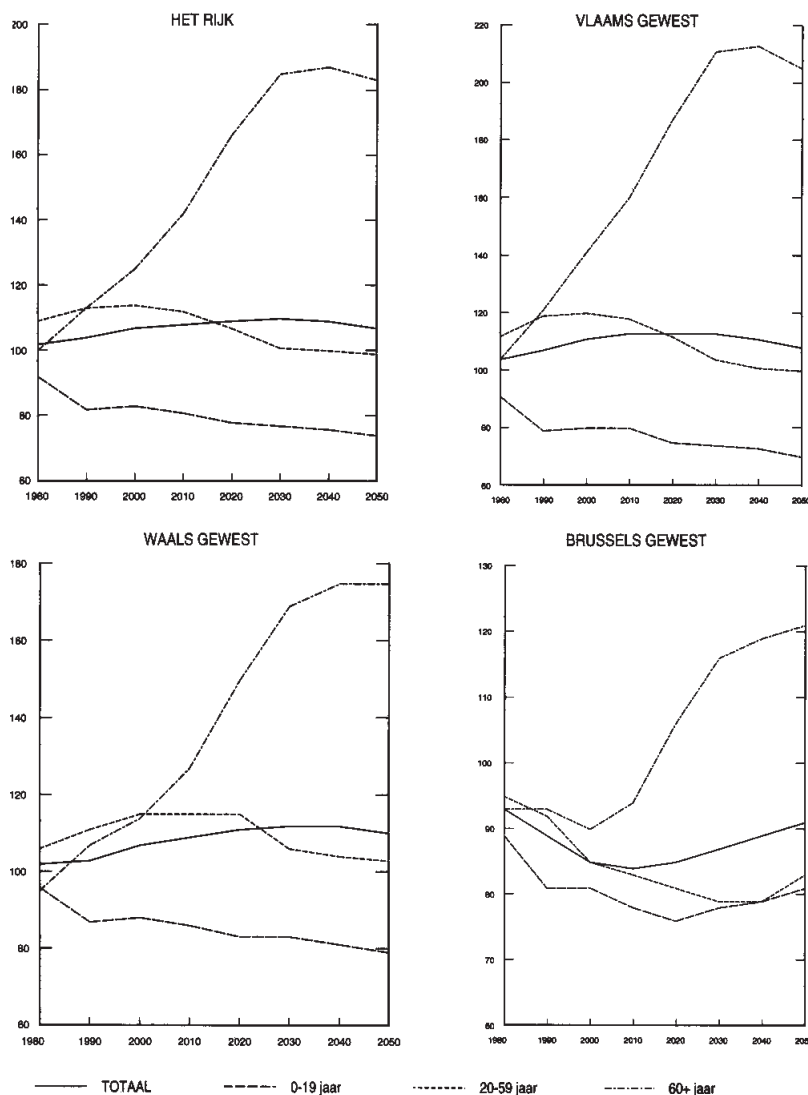
Op 1 januari 1993 bestond de Belgische bevolking

uit 10.068.319 personen, waarvan 909.265 vreemdelingen. Van de ruim 10 miljoen Belgen wonen er bijna 6 miljoen in Vlaanderen.

Uit recente demografische prognoses (zie figuur 1) blijkt dat de globale Belgische bevolking tot 2030 licht blijft toenemen. Deze bevolkingsaan groei zal in Vlaanderen vroeger stoppen dan in Wallonië. Eén van de meest opvallende demografische fenomenen is het groeiend aantal 60-plussers, de zogenaamde ‘vergrijzing’ van de bevolking. Het huidige aantal 60-plussers zal in 2040 bijna verdubbeld zijn.

De ‘vergrijzing’ van de bevolking compenseert nog geruime tijd de (sinds 1992) dalende nataliteit. Tussen 1985 en 1992 steeg het aantal geboortes in België nog met 9%. Sindsdien vertoont de nataliteit echter een dalende tendens (zie figuur 2).

**Figuur 1 : Evolutie van de bevolking naar leeftijdsgroepen <sup>1</sup>  
1970 = 100**



<sup>1</sup>Uit : Compendium gezondheidsstatistiek 1994, BIGE.

**Figuur 2 : Geboortes, overlijdens en natuurlijke aangroei <sup>2</sup>**

Jaar	Geboortes		Overlijdens		Natuurl. aangroei	
	Aantal	% inw.	Aantal	% inw.	Aantal	% inw.
<b>HET RIJK</b>						
1890	176.199	29,0	124.917	20,6	51.282	85
1970	141.119	14,6	118.660	12,3	22.459	23
1980	124.794	12,7	113.698	11,5	11.096	12
1981	124.827	12,7	112.326	11,4	12.501	13
1982	120.382	12,2	111.871	11,3	8.511	0,9
1983	117.395	11,9	114.534	11,6	2.861	0,3
1984	115.790	11,7	110.687	11,2	5.103	0,6
1985	114.283	11,6	111.612	11,3	2.671	0,3
1986	117.271	11,9	111.343	11,3	5.928	0,6
1987	117.448	11,9	105.426	10,7	12.022	1,2
1988	118.764	12,0	104.577	10,5	14.187	1,4
1989	120.550	12,1	107.336	10,8	13.214	1,3
1990	123.555	12,4	104.818	10,5	18.737	1,9
1991	125.512	12,5	105.150	10,5	20.282	2,1
1992	124.182	12,3	103.741	10,3	20.441	2,0
1993	120.998	12,0	108.170	10,7	12.828	1,3
<b>VLAAMS GEWEST</b>						
1970	81.807	15,1	59.767	11,0	22.040	4,1
1980	72.206	12,8	58.743	10,4	13.463	2,4
1981	71.957	12,8	58.117	10,3	13.840	2,5
1982	69.650	12,3	58.402	10,3	11.248	2,0
1983	68.117	12,0	60.228	10,6	7.969	1,4
1984	65.668	11,6	58.263	10,3	7.405	1,3
1985	64.066	11,3	58.865	10,4	5.181	0,9
1986	65.321	11,5	58.739	10,3	6.582	1,2
1987	65.524	11,5	55.681	9,8	9.843	1,7
1988	66.075	11,6	55.448	9,7	10.627	1,9
1989	66.879	11,7	56.793	9,9	10.086	1,8
1990	69.492	12,1	56.069	9,7	13.423	2,3
1991	70.499	12,2	55.885	9,6	14.614	2,5
1992	70.075	12,0	56.246	9,7	13.829	2,4
1993	68.379	11,7	57.923	9,9	10.456	1,8
<b>WAALS GEWEST</b>						
1970	44.848	14,2	44.483	14,1	365	0,1
1980	39.570	12,3	41.638	12,9	- 2.068	- 0,8
1981	39.279	12,2	41.025	12,8	- 1.746	- 0,5
1982	38.365	11,9	40.683	12,7	- 2.318	- 0,7
1983	37.124	11,6	41.161	12,8	- 4.037	- 1,3
1984	37.794	11,8	40.130	12,5	- 2.336	- 0,7
1985	38.056	11,9	39.998	12,5	- 1.942	- 0,6
1986	39.216	12,2	40.106	12,5	- 890	- 0,3
1987	39.126	12,2	37.702	11,8	1.424	0,4
1988	40.664	12,6	37.335	11,5	3.329	1,0
1989	41.072	12,7	38.466	11,9	2.606	0,8
1990	41.210	12,6	37.016	11,4	4.194	1,3
1991	42.110	12,9	37.013	11,3	5.097	1,6
1992	41.177	12,5	36.435	11,6	4.742	1,4
1993	38.967	11,8	38.892	11,8	75	0,0
<b>BRUSSELS GEWEST</b>						
1979	14.464	13,5	14.638	13,6	- 174	- 0,2
1980	12.622	12,7	13.317	13,4	- 695	- 0,7
1981	12.556	12,6	13.184	13,3	- 628	- 0,6
1982	12.226	12,4	12.786	12,9	- 560	- 0,6
1983	11.904	12,1	13.168	13,4	- 1.264	- 1,3
1984	12.189	12,4	12.294	12,5	- 105	- 0,1
1985	11.970	12,3	12.729	13,0	- 759	- 0,8
1986	12.577	12,9	12.498	12,8	79	0,1
1987	12.684	13,1	12.043	12,4	641	0,7
1988	13.040	13,4	11.799	12,2	1.241	1,3
1989	12.599	13,1	12.073	12,5	526	0,6
1990	12.852	13,4	11.460	11,9	1.392	1,5
1991	12.803	13,5	11.325	11,9	1.478	1,6
1992	12.930	15,0	11.060	11,7	1.870	2,0
1993	13.652	14,4	11.355	12,0	2.297	2,4

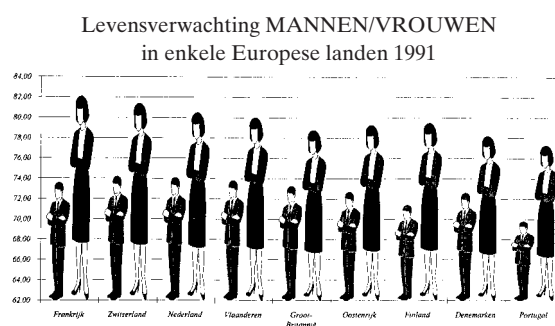
<sup>2</sup> Uit : Compendium gezondheidsstatistiek 1994, BIGE.

### 0.1.2. Gezondheidsindicatoren

Hoe gezond is Vlaanderen? Het antwoord op deze vraag kunnen we afleiden uit enkele 'gezondheidsindicatoren', zoals de gemiddelde levensverwachting en de kindersterfte.

Inzake levensverwachting bij de geboorte doet Vlaanderen het behoorlijk goed in vergelijking met andere Europese landen (zie figuur 3). In de periode 1987-1993 is de levensverwachting bij de geboorte in Vlaanderen gestegen van 73.24 tot 74.16 jaar bij mannen, en van 79.47 tot 80.35 jaar bij vrouwen.

figuur 3<sup>3</sup>



De kindersterfte, op zichzelf een minder frequente doodsoorzaak, geldt eveneens als een betrouwbare indicator voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en voor de levensstandaard van een land. Ook krachtens deze indicator bevindt Vlaanderen zich in de Europese kopgroep. In Vlaanderen is de kindersterfte in de periode 1975-1993 teruggevallen van 15.65 tot 8.12 per duizend levendgeborenen (zie figuur 4).

Figuur 4 : Kindersterfte tussen 0 en 12 maand<sup>4</sup>

	VLAAMS GEWEST				
1975	598	17.42	455	12.65	1053
1980	513	13.79	351	9.94	864
1981	506	13.60	342	9.68	848
1982	440	12.28	331	9.72	771
1983	442	12.62	307	9.22	749
1984	418	12.42	284	8.18	682
1985	366	11.07	274	8.81	640
1986	338	9.99	216	6.80	554
1987	327	9.70	235	7.33	562
1988	297	8.88	257	8.03	554
1989	320	9.44	211	6.40	531
1990	325	9.13	230	6.79	555
1991	286	7.95	242	7.01	528
1992	290	8.09	257	7.50	547
1993	324	9.26	231	6.92	555

<sup>3</sup> Uit : Aelvoet W., Gezondheidsindicatoren 1993, Ministerie Vlaamse Gemeenschap, 1995.

<sup>4</sup> Uit : Compendium gezondheidsstatistiek 1994, BIGE.

Op basis van de bovenvermelde gezondheidsindicatoren scoort Vlaanderen niet alleen goed in vergelijking met de meeste andere Europese landen. Ook in nationale context blijkt dat Vlaanderen telkens koploper is. De levensverwachting ligt hoger dan het gemiddelde voor België (zie figuur 5).

*Figuur 5: Levensverwachting op bepaalde leeftijden<sup>5</sup>*

Periode	0 jaar		1 jaar		20 jaar		40 jaar		60 jaar	
	M	V	M	V	M	V	M	V	M	V
<b>HET RIJK</b>										
1880-1890	43.6	46.7	51.7	53.5	41.3	43.8	26.8	29.3	13.5	14.8
1891-1900	45.4	48.8	53.5	55.9	41.8	44.4	26.8	29.5	13.4	14.8
1928-1932	56.2	59.8	61.3	63.8	46.0	48.4	29.5	31.8	14.5	15.9
1946-1949	62.0	67.3	65.3	69.7	48.0	52.3	30.6	34.2	15.5	17.5
1959-1963	67.7	73.5	68.6	73.9	50.3	55.5	31.7	36.3	15.5	18.7
1968-1972	67.8	74.2	68.4	74.5	50.3	56.1	31.6	36.9	15.2	19.2
1979-1982	70.2	76.9	70.2	76.7	51.8	58.1	33.1	38.9	16.3	21.0
1988-1990	72.4	79.1	72.0	78.6	53.5	60.0	34.8	40.6	17.6	22.5
1991-1992	72.9	79.7	72.5	79.1	54.0	60.5	35.3	41.1	18.1	22.9
<b>VLAAMS GEWEST</b>										
1979-1982	71.1	77.3	71.1	77.1	52.7	58.5	33.8	39.1	16.7	21.1
1988-1990	73.4	79.6	72.9	79.1	54.4	60.4	35.5	41.0	18.1	22.7
1990-1991	73.7	79.9	73.3	79.4	54.8	60.8	35.9	41.3	18.4	23.0
<b>WAALS GEWEST</b>										
1979-1982	68.6	76.2	68.5	76.0	50.2	57.4	31.8	38.2	15.5	20.5
1988-1990	70.9	78.4	70.5	77.8	52.1	59.2	33.5	39.9	16.7	21.9
<b>BRUSSELS GEWEST</b>										
1979-1982	70.5	77.0	70.4	77.0	52.0	58.6	33.2	39.5	16.7	21.8
1988-1990	72.3	78.8	71.9	78.4	53.4	60.0	34.8	40.6	17.6	22.5

De kindersterftecijfers liggen in Vlaanderen lager dan het nationale gemiddelde. In Vlaanderen bedraagt de kindersterfte tussen 0 en 12 maand 8.12 per 1000 levendgeborenen (cijfers 1993). Het nationale gemiddelde bedraagt 8.48.

Al is de hierboven geschetste gezondheidssituatie in vergelijking met andere landen van Europa en de andere gewesten in België gunstig, toch dienen zich - ook in Vlaanderen - nog een aantal uitdagingen aan. Recente studies wijzen er immers op dat bepaalde sociaal-economische factoren nog steeds leiden tot een ongelijkheid in gezondheid.

Zo bijvoorbeeld wijst wetenschappelijk onderzoek uit dat de kansen op doodgeboorte of overlijden voor de leeftijd van één jaar voor een stuk mee bepaald worden door de sociale beroepsgroep van de vader. Hoe lager de beroepsgroep, hoe hoger het risico op perinatale sterfte<sup>6</sup>.

Ander onderzoek toont aan dat het type onderwijs dat jongeren volgen aanleiding geeft tot een verschillend risicogedrag inzake gezondheid. Algemeen kan gesteld worden dat het risicogedrag (roken, alcoholgebruik, ...) hoger ligt in het beroeps onderwijs dan in het algemeen vormend onderwijs<sup>7</sup>.

Naarmate de gemeenschap erin zal slagen de effecten van dergelijke sociaal-economische factoren terug te dringen zal ook de algemene gezondheidstoestand van de bevolking verhogen.

<sup>5</sup> Uit : Compendium gezondheidsstatistiek 1994, BIGE.

<sup>6</sup> Aelvoet W., Gezondheidsindicatoren 1994, Ministerie Vlaamse Gemeenschap, 1995.

<sup>7</sup> Maes L. e.a., Jongeren en gezondheid in Vlaanderen. Resultaten van een schoolenquête. Gent en Antwerpen, 1993.

## 0.2. De zorgvraag

Een juist zicht krijgen op de steeds evoluerende zorgvraag is één van de belangrijkste en tevens moeilijkste uitdagingen waarmee het beleid wordt geconfronteerd. Deze uitdaging wordt dwingender en dringender naarmate de bevolking vergrijst. Tegen 2010 zal in België 27 procent van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar en 15 procent ouder dan 70 jaar. Dit zal onvermijdelijk leiden tot een groeiende vraag naar (medische) zorg.

Demografische indicatoren zoals geboorte- en vruchtbaarheidscijfers, sterfte- en ziektecijfers vormen het basismateriaal waarop een doordacht beleid moet steunen. Informatie over gezondheidskennis, - attitude en - gedrag moeten noodzakelijkerwijs toegevoegd worden aan deze basisinformatie.

Via de gezondheidsmonitoring die in meerdere domeinen stilaan op gang komt, moeten alle nuttige gegevens blijvend verwerkt worden en zoveel mogelijk in onderlinge samenhang bestudeerd worden.

Deze kennis, vermeerderd met de gegevens van gericht fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, zal de overheid in staat stellen haar gezondheidsbeleid op punt te stellen en permanent bij te sturen.

## 0.3. Het zorgaanbod

Het zorgaanbod dat de Vlaamse gemeenschap kan plaatsen tegenover de actuele en toekomstige zorgvragen is bijzonder veelzijdig. De belangrijkste voorzieningen worden hieronder voorgesteld.

### 0.3.1. preventief zorgaanbod

Vlaanderen telt 106 centra voor Medisch Schooltoezicht voor de vrije, provinciale en gemeentelijke scholen. Per provincie zijn deze centra als volgt gespreid:

Antwerpen :	34
Vlaams-Brabant :	11
Brussel :	9
West-Vlaanderen :	19
Oost-Vlaanderen :	21
Limburg :	12

Vlaanderen telt 178 diensten voor bedrijfsgeneeskunde

De bedrijfsgeneeskundige diensten worden ingedeeld in bedrijfsgeneeskundige diensten en interbedrijfsgeneeskundige diensten.

Provincie	bedrijfsgeneeskundige dienst	interbedrijfsgeneeskundige dienst
Antwerpen	53	6
Vlaams-Brabant	24	15
Oost-Vlaanderen	30	5
West-Vlaanderen	19	13
Limburg	12	1
<b>Totaal</b>	<b>138</b>	<b>40</b>

Deze spreiding is gebaseerd op basis van het adres van de zetel. Het werkingsgebied kan groter zijn.

### 0.3.2. Curatief zorgaanbod

#### 0.3.2.1.

Vlaanderen telt 123 algemene ziekenhuizen die samen 34.089 bedden ter beschikking hebben en 40 psychiatrische ziekenhuizen met in totaal 11.570 erkende bedden. Naast deze ziekenhuizen beschikt Vlaanderen over vier universitaire ziekenhuizen : Antwerpen met 524 bedden, V.U.B. met 586 bedden, Gent met 1.059 bedden en Leuven met 1.218 bedden.



Overzicht van de spreiding van erkende bedden in de algemene ziekenhuizen. Situatie op 1.1.94.

Bedden (inwoners)	Vlaanderen	Antwerpen	Vlaams- Brabant	Oost- Vlaanderen	West- Vlaanderen	Limburg
	5.847.022	1.625.069	989.252	1.346.783	1.119.085	766.833
C,D,H,I,H*	20.811	6.435	2.684	4.983	4.446	2.263
M	2.099	613	240	509	446	291
E	1.972	495	237	501	494	245
N	148	49	34	31	15	19
L,B	8	0	8	0	0	0
A	1.058	243	120	210	375	110
A1,A2	70	15	0	0	33	22
V (1)	1.782	776	184	390	349	83
VP (2)	1.365	390	270	330	205	170
G	3.862	1.025	425	948	1.010	948
<b>Totaal</b>	<b>33.175</b>	<b>10.041</b>	<b>4.202</b>	<b>7.902</b>	<b>7.373</b>	<b>3.657</b>
overige	914	119	322	0	353	120
<b>Algemeen totaal</b>	<b>34.089</b>	<b>10.160</b>	<b>4.525</b>	<b>7.902</b>	<b>7.726</b>	<b>3.777</b>

(1) In algemene + psychiatrische ziekenhuizen

(2) V-bedden in reconversie niet meegerekend

Aanbod per inwoner :

Antwerpen : 1 bed per 464,6 inwoners

Vlaams-Brabant : 1 bed per 514,9 inwoners

Oost-Vlaanderen: 1 bed per 501,9 inwoners

West-Vlaanderen : 1 bed per 551 inwoners

Limburg : 1 bed per 464,7 inwoners

Gemiddeld telt Vlaanderen 1 ziekenhuisbed (in een algemeen ziekenhuis) per 505 inwoners.

Overzicht van de spreiding van de psychiatrische ziekenhuizen, bevolkingscijfers en erkende bedden. Situatie per 1.1.1994

Bedden (inwoners)	Vlaanderen	Antwerpen	Vlaams Brabant	Oost- Vlaanderen	West- Vlaanderen	Limburg
	5.847.022	1.625.069	989.252	1.346.783	1.119.085	766.833
K	252	64	60	24	69	35
K1,K2	76	20	10	8	13	25
A	2.662	614	451	693	574	330
A1,A2	669	150	140	159	115	105
T	4.144	1.094	642	979	839	590
T1,T2	1.482	245	348	490	215	184
VP	1.365	390	270	330	205	170
<b>totaal</b>	<b>10.650</b>	<b>2.577</b>	<b>1.921</b>	<b>2.683</b>	<b>2.030</b>	<b>1.439</b>
overige	920	920	0	0	0	0
<b>algemeen totaal</b>	<b>11.570</b>	<b>3.497</b>	<b>1.921</b>	<b>2.683</b>	<b>2.030</b>	<b>1.439</b>

Aanbod per inwoner :

Antwerpen : 1 bed per 159,9 inwoners

Vlaams Brabant : 1 bed per 218,66 inwoners

Oost-Vlaanderen : 1 bed per 170,4 inwoners

West-Vlaanderen : 1 bed per 144,8 inwoners

Limburg : 1 bed per 203 inwoners

Gemiddeld telt Vlaanderen 1 ziekenhuisbed (psychiatrie) per 171 inwoners.

## 0.3.2.2.

Voor de residentiele opvang en verzorging van zwaar zorgbehoevende ouderen zijn er op 1.1.1995 in Vlaanderen 12.345 R.V.T.-bedden erkend waarvan tweederde gelokaliseerd is in erkende rusthuizen, de overige situeren zich in gedesaffekteerde ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen.

Evolutie per provincie van het aantal erkende RVT-bedden

	1.1.92	1.1.93	1.1.94
Antwerpen	3.307	3.280	3.280
Vlaams-Brabant	1.793	1.826	1.826
Oost-Vlaanderen	2.917	2.879	2.891
West-Vlaanderen	2.997	2.936	2.946
Limburg	1.185	1.159	1.183
<b>Totaal</b>	<b>12.199</b>	<b>12.080</b>	<b>12.126</b>

Gemiddeld telt Vlaanderen 1 RVT-bed per 482 inwoners.

## 0.3.2.3.

In Vlaanderen zijn er 23 psychiatrische verzorgingstehuizen, in totaal waren er 2.674 bedden erkend op 1.12.1994.

Spreading van het aantal erkende PVT-bedden

provincie	PVT-uitdovend statuut	PVT -definitief statuut
Antwerpen	54	436
Vlaams-Brabant	116	89
Oost-Vlaanderen	743	444
West-Vlaanderen	135	230
Limburg	262	165
<b>Totaal</b>	<b>1.310</b>	<b>1.365</b>

Gemiddeld telt Vlaanderen 1 PVT-bed per 4.283 inwoners.

## 0.3.2.4.

Het aantal samenwerkingsverbanden Beschut Wonen bedraagt 42, zij bieden plaats aan 2.255 patiënten. Deze samenwerkingsverbanden zijn als volgt verspreid:

Antwerpen : 355 patiënten

Vlaams-Brabant : 340 patiënten

Oost-Vlaanderen : 660 patiënten

West-Vlaanderen : 562 patiënten

Limburg : 338 patiënten

Gemiddeld telt Vlaanderen 1 opvangplaats beschut wonen per 2.592 inwoners.

## 0.3.2.5.

Op dit ogenblik zijn er 84 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg erkend. Deze centra zijn als volgt gespreid:

Antwerpen : 20

Vlaams-Brabant : 18

Oost-Vlaanderen : 21

West-Vlaanderen : 13

Limburg : 12

De centra hebben een verschillende opvangcapaciteit.

## 0.3.2.6.

In 1993 telde Vlaanderen 7.991 huisartsen met praktijk en 7.164 specialisten met praktijk. (zie figuur 6). Met 300 inwoners per arts scoort België het hoogst van heel Europa. (zie figuur 7). Het probleem van het overaanbod aan artsen en paramedici is zeer actueel (zie figuur 8). Samen met Griekenland is België het enige land dat momenteel nog geen maatregelen heeft getroffen om de stroom van studenten geneeskunde in de hand te houden.

Figuur 6 : Aantal artsen <sup>8</sup>

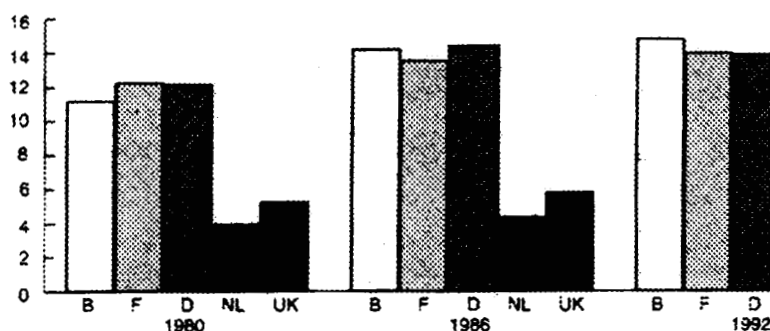
## HUISARTSEN EN SPECIALISTEN NAAR GESLACHT ABSOLUTE CIJFERS

Jaar	Huisartsen met praktijk				Kand. Spec.	Specialisten met praktijk			
	Totaal	Mannen	Vrouwen	M/V		Totaal	Mannen	Vrouwen	M/V
<b>HET RIJK</b>									
1977	9 689	8 700	989	8.8	1 611	8 406	7 365	1 041	7.1
1980	10 968	9 584	1 384	6.9	2 178	9 617	8 248	1 369	6.0
1981	11 039	9 601	1 438	6.7	2 847	10 059	8 564	1 495	5.7
1982	11 497	9 885	1 612	6.1	2 826	10 516	8 879	1 637	5.4
1983	12 335	10 137	1 898	5.3	2 867	10 823	9 081	1 742	5.2
1984	12 985	10 830	2 155	5.0	3 085	11 034	9 230	1 804	5.1
1985	13 947	11 440	2 507	4.6	2 876	11 101	9 253	1 848	5.0
1986	13 970	11 414	2 556	4.5	2 989	11 916	9 815	2 101	4.7
1987	14 131	11 450	2 681	4.3	3 109	12 393	10 139	2 254	4.5
1988	14 371	11 571	2 800	4.1	2 983	12 969	10 523	2 446	4.3
1989	14 526	11 601	2 925	4.0	3 080	13 392	10 775	2 617	4.1
1990	14 580	11 553	3 027	3.8	3 282	13 832	11 053	2 779	4.0
1991	14 576	11 628	3 128	3.7	3 274	14 243	11 281	2 962	3.8
1992	14 897	11 635	3 262	3.6	3 592	14 691	11 548	3 143	3.7
1993	15 024	11 616	3 408	3.4	3 634	14 995	11 693	3 302	3.5
<b>VLAAMS GEWEST</b>									
1977	4 694	4 350	344	12.6	666	3 576	3 264	312	10.5
1980	5 421	4 925	496	9.9	1 093	4 102	3 684	418	8.8
1983	6 081	5 371	710	7.6	1 370	4 812	4 206	606	6.9
1984	6 439	5 603	836	6.7	1 392	5 209	4 557	652	7.0
1986	7 031	5 994	1 037	5.8	1 468	5 404	4 634	770	6.0
1987	7 105	5 994	1 111	5.4	1 557	5 725	4 877	848	5.8
1988	7 186	6 030	1 156	5.2	1 556	5 932	5 020	912	5.5
1989	7 340	6 088	1 252	4.9	1 625	6 194	5 192	1 002	5.2
1990	7 423	6 098	1 325	4.6	1 649	6 417	5 347	1 070	5.0
1991	7 595	6 179	1 416	4.4	1 626	6 668	5 508	1 160	4.7
1992	7 791	6 256	1 535	4.1	1 768	6 945	5 678	1 267	4.5
1993	7 991	6 313	1 678	3.8	1 769	7 164	5 807	1 357	4.3
<b>WAALS GEWEST</b>									
1977	3 615	3 212	403	8.0	491	2 838	2 468	370	6.7
1980	3 839	3 330	509	6.5	539	3 323	2 815	508	5.5
1983	4 323	3 623	700	5.2	728	3 645	3 036	609	5.0
1984	4 505	3 735	770	4.9	857	3 668	3 049	619	4.9
1986	4 699	3 823	876	4.4	771	3 971	3 249	722	4.5
1987	4 761	3 853	908	4.2	763	4 110	3 343	767	4.4
1988	4 833	3 887	946	4.1	668	4 299	3 469	830	4.2
1989	4 875	3 903	972	4.0	760	4 483	3 587	896	4.0
1990	4 888	3 883	1 005	3.9	787	4 629	3 679	950	3.9
1991	4 977	3 934	1 043	3.8	875	4 768	3 744	1 024	3.7
1992	5 010	3 924	1 086	3.6	990	4 939	3 861	1 078	3.6
1993	5 038	3 908	1 130	3.5	1 067	5 068	3 927	1 141	3.4
<b>BRUSSELS GEWEST</b>									
1977	1 380	1 138	242	4.7	454	1 992	1 633	359	4.5
1980	1 708	1 329	379	3.5	542	2 192	1 749	443	3.9
1983	1 931	1 443	488	3.0	768	2 366	1 839	527	3.5
1984	2 044	1 495	549	2.7	835	2 356	1 823	533	3.4
1986	2 240	1 597	643	2.5	748	2 541	1 932	609	3.2
1987	2 265	1 603	662	2.4	789	2 588	1 949	639	3.1
1988	2 352	1 654	698	2.4	759	2 738	2 034	704	2.9
1989	2 311	1 610	701	2.3	695	2 715	1 996	719	2.8
1990	2 269	1 572	697	2.3	846	2 786	2 027	759	2.7
1991	2 184	1 515	669	2.3	773	2 807	2 029	778	2.6
1992	2 096	1 455	641	2.3	834	2 807	2 009	798	2.5
1993	1 995	1 395	600	2.3	798	2 763	1 959	804	2.4

8 Uit : Compendium gezondheidsstatistiek 1994, BIGE.

Figuur 7:

## HUISARTSEN PER 10 000 INWONERS

Figuur 8 : toename van het aantal zorgverstrekkers in België<sup>9</sup>

evolutie 1986-1992

TEORETISCH GEMIDDELD AANTAL VERSTREKKERS GEDURENDE DE PERIODE 1986-1992							
Omschrijving	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Algemeen geneeskundigen	17.405	17.652	18.058	18.419	18.799	18.966	19.147
Geneesheren-specialisten	12.416	12.602	12.960	13.322	13.748	14.150	14.524
Tandheekkundigen	6.666	6.792	7.032	7.182	7.285	7.413	7.525
Apotekers	7.698	7.694	7.769	7.932	8.170	8.432	8.636
Apotekers-biologen	816	796	776	786	796	810	685
Vroedvrouwen	2.665	2.741	2.897	3.043	3.191	3.373	3.543
Verpleegsters	28.781	30.647	34.215	37.233	39.762	41.950	43.618
Kinesiterapeuten	15.431	15.890	16.774	17.654	18.568	19.467	20.286
Bandagisten	1.052	1.038	996	964	952	933	905
Ortopedisten	606	611	551	489	497	502	504
Audiciens	595	607	623	632	647	662	671
Opticiens	2.587	2.616	2.677	2.726	2.795	2.857	2.908

TEORETISCH GEMIDDELD AANTAL VERSTREKKERS GEDURENDE DE PERIODE 1986-1992 EVOLUTIE TEN OPZICHTE VAN HET BASISJAAR 1986							
Omschrijving	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Algemeen geneeskundigen	100	101	104	106	108	109	110
Geneesheren - specialisten	100	102	104	107	111	114	117
Tandheekkundigen	100	102	105	108	109	111	113
Apotekers	100	100	101	103	106	110	112
Apotekers-biologen	100	98	95	96	98	99	84
Vroedvrouwen	100	103	109	114	120	127	133
Verpleegsters	100	106	119	129	138	146	152
Kinesiterapeuten	100	103	109	114	120	126	131
Bandagisten	100	99	95	92	90	89	86
Ortopedisten	100	101	91	81	82	83	83
Audiciens	100	102	105	106	109	111	113
Opticiens	100	101	103	105	108	110	112

<sup>9</sup> Uit : Antwerps farmaceutisch tijdschrift, november 1995.

### 0.3.3. Voorzieningen met specifieke onderzoeksopdrachten.

Naast de preventieve en curatieve instellingen zijn er in Vlaanderen nog een aantal centra met specifieke onderzoeksopdrachten erkend. We vermelden hierbij :

#### 0.3.3.1.

de centra voor menselijke erfelijkheid :

– centrum medische Genetica verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel

– centrum voor menselijke Erfelijkheid verbonden aan de Katholieke Universiteit Leuven

– centrum medische Genetica verbonden aan de Universiteit Antwerpen

– facultair centrum Genetica verbonden aan de Universiteit Gent

#### 0.3.3.2.

universitaire centra voor kankerbestrijding verbonden aan de Katholieke Universiteit Leuven , Vrije Universiteit Brussel en de Universiteit Gent.

In 1993 bedroegen de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in totaal 500 miljard BF. In dit bedrag zijn de uitgaven voor preventieve gezondheidszorg en voor de niet erkende alternatieve geneeskunde niet inbegrepen. Dit bedrag was als volgt samengesteld :

30 miljard BF directe subsidie aan ziekenhuizen

370 miljard BF aan RIZIV

100 miljard BF aan patiënten (waarvan 52 procent co-païment voor geneesmiddelen)

(Ter info : de RIZIV uitgaven 1994 bedroegen 387 miljard BF, de RIZIV uitgaven 1995 bedragen 412 miljard BF, wat een stijging van 11,1 procent betekent).

## 0.4. De uitgaven voor gezondheidszorg

In 1992 besteedde België 8,2 procent van zijn Bruto Binnenlands Product aan gezondheidszorg, dit is: 26,8 BF /inwoner/dag. Van de 8,2 procent was 7,1 procent overheidsbesteding. Ter vergelijking : in 1991 besteedde de V.S. 13,4 procent van het BBP aan gezondheidszorg. Daarvan werd (slechts) 7,5 procent door de overheid gedragen. Ook in vergelijking met andere landen valt het op dat de Belgische overheid grotendeels zelf de kosten voor de gezondheidszorg draagt (zie figuur 9).

figuur 9 : <sup>10</sup>

Kosten van gezondheidszorg  
als percentage van het BBP in 1991

	Totaal	Publiek
België	7,9	7,0
Frankrijk	9,1	6,7
Luxemburg	7,2	6,6
Italië	8,3	6,5
Nederland	8,3	6,1
Duitsland	8,5	6,1
Ierland	7,3	5,6
Groot-Brittannië	6,6	5,5
Spanje	6,7	5,5
Denemarken	6,5	5,3
Portugal	6,8	4,1
Griekenland	5,2	4,1
Japan	6,6	4,7
Canada	10,0	7,2
Verenigde Staten	13,4	5,9

<sup>10</sup> Uit : Hamish McRae, De wereld in 2020, Haarlem, Becht, 1994.

## 0.5. De uitdagingen

### 0.5.1.

Ieder ontwikkeld land heeft vandaag de grootste moeite om de uitgaven voor gezondheidszorg in de hand te houden. De medische technologie, de zwakkere economische groei, de groeiende noden en verwachtingen van de gebruikers, het aantal en het type van specialisten ... het zijn allemaal factoren die bijdragen tot een groei van de uitgaven voor gezondheidszorg.

Uiteraard speelt ook de demografische evolutie een belangrijke rol. De vergrijzing van de bevolking brengt onvermijdelijk hogere uitgaven met zich mee. Zo blijkt uit recente cijfers dat de relatieve consumptie van gezondheidszorg voor de groep 65 plussers in de voorbije 4 jaar evolueerde van 21,4 procent naar 32,9 procent<sup>11</sup>. Aangezien het beleid zich voortdurend aanpast, is eenzelfde evolutie in de toekomst niet te verwachten.

De beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg wordt in de volgende eeuw een sleutelfactor in de concurrentiepositie van een land. Landen die erin slagen de groei van hun uitgaven te beheersen zullen sterker staan op de internationale markt dan landen die daar niet in slagen.

Kiezen voor een kwaliteitsvolle gezondheidszorg heeft implicaties op vele gebieden, ondermeer op het financiële vlak. De uitdaging ligt echter niet zozeer in het verwerven van meer middelen, maar wel in het doelmatig aanwenden ervan. Dat houdt in dat de overheid zorgverleners wil stimuleren tot kostenbewust handelen en aanzetten tot een kritische evaluatie van de zorgverlening. De zorgverleners zelf zijn, als rechtstreeks betrokkenen en meest deskundigen, het best geplaatst om de kwaliteit van hun aanbod te verhogen.

### 0.5.2.

Kiezen voor een kwaliteitsvolle gezondheidszorg tegen een verantwoorde kost veronderstelt een samenhangend beleid. Daarom zullen we in de toekomst moeten kiezen voor een verdere defederalisering (\*) van het gezondheidsbeleid. Dit moeten binnen deze legislatuur voorbereid worden om tegen 1999 concrete stappen te zetten.

Alhoewel het gezondheidsbeleid door artikel 5, §1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 als persoonsgebonden aangelegenheid tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort, behoren op dit ogenblik nog steeds belangrijke onderdelen van dit beleid tot de federale bevoegdheid.

Inzake gezondheidsbeleid dienen twee federale bevoegdheden vermeld te worden, m.n. :

– de bevoegdheid m.b.t. de ziekte- en invaliditeitsverzekering ;

– de bevoegdheid m.b.t. de organieke wetgeving (de wet op de ziekenhuizen), met inbegrip van de financiering , de basisregelen betreffende de programmering en de financiering van de infrastructuur, de hiermee samenhangende federale erkenning-normen en de voorwaarden voor en aanwijzing tot universitair ziekenhuis.

Een gefaseerde overdracht van deze bevoegdheden is mogelijk en wenselijk. Een overheveling van de bevoegdheid betreffende de organieke wetgeving op de ziekenhuizen zal de mogelijkheid bieden een coherent ziekenhuisbeleid te voeren in Vlaanderen.

De verpleegdagprijzen in de ziekenhuizen worden nu gefinancierd voor 25procent door de federale begroting van volksgezondheid en voor 75% door de sociale zekerheidsbijdragen. Indien enkel de 25% vanuit volksgezondheid overgeheveld wordt, blijft een belangrijke coördinatie met het RIZIV noodzakelijk. Dit zal reeds een eerste stap betekenen, vermits het RIZIV dan de gemeenschappen als partners krijgt, en deze daardoor inspraak in de RIZIV-organen zullen verwerven.

Een verdergaande optie is om de volledige verpleegdagprijs uit de ziekteverzekering te lichten en aan de gemeenschappen over te dragen. In dit geval dient er wel over gewaakt te worden dat de financiering mee wordt overgeheveld, hetzij door het overeenkomstige deel van de sociale bijdragen over de gemeenschappen te verdelen; hetzij door de gemeenschappen bevoegd te maken voor dit onderdeel van de sociale bijdragen. In deze laatste optie bepaalt men vanuit het Vlaamse niveau de hoogte van de bijdragen, die dan eventueel nog door de RSZ kan geïnd worden.

\* defederalisering<sup>12</sup> :

Federalisering kan inhouden dat de bevoegdheden binnen een staat verdeeld worden tussen de gefedereerde deelstaten en de bondstaat en dat bevoegdheden overgaan van de deelstaten naar de federale staat. In de Belgische context wordt met federalisering van bevoegdheden het omgekeerde bedoeld, nl. de defederalisering van de bevoegdheden d.w.z. de overheveling van bevoegdheden naar de deelgebieden. Daarbij kan het woord "communitarisering" gebruikt worden om de overheveling van de bevoegdheden naar de gemeenschappen aan te duiden, "regionalisering" slaat dan op de bevoegdheden naar de gewesten toe. In feite is vanuit publiekrechtelijk oogpunt "defederalisering" de meest correcte term.

<sup>11</sup> Cijfers voorgesteld op het Colloquium "Waarheen met de gezondheidszorg in België ?", Genk, 14.04.1995.

<sup>12</sup> Rauws W., Sociale zekerheidsbevoegdheden van de gemeenschappen en gewesten : defederaliseren of federaliseren ?

**1. BASISPRINCIPES VAN HET VLAAMS GEZONDHEIDSBELEID**

Gezondheid in de brede betekenis van het woord is één van de meest essentiële basisbehoeften van elk individu en is een onmisbare bouwsteen voor een gezonde samenleving.

De persoonlijke gezondheidstoestand is bepalend voor de kansen op integratie in de arbeidsmarkt, in de sociale omgeving en in het maatschappelijk gebeuren. Kortom, een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde om als individu een hoger niveau van welzijn te bereiken.

Het behoud of het herstel van een goede gezondheid is dan ook één van de hoofdbekommernissen van elk individu én van de overheid.

\* Het gezondheidsbeleid is Vlaams

Het gezondheidsbeleid is een volwaardige gemeenschapsbevoegdheid, ook al blijft de bijzondere wet tot hervorming der instellingen een aantal aspecten van het gezondheidsbeleid nog toewijzen aan de federale overheid.

In deze regeerperiode wil de Vlaamse overheid een actief gezondheidsbeleid voeren vanuit een eigen visie op gezondheidszorg. De Vlaamse overheid wil creatief omgaan met het reeds goed uitgebouwde zorgaanbod in Vlaanderen. Bovendien zal ze nieuwe impulsen geven aan het Vlaams gezondheidsbeleid.

Als een gelijkwaardige partner zal de Vlaamse overheid met de federale overheid en de andere gemeenschappen en/of gewesten duidelijke afspraken maken. Deze afspraken hebben als doel de erkenning en subsidiëring van basisvoorzieningen mogelijk te maken binnen een ruim en coherent plan.

De Vlaamse overheid wil tijdens de huidige legislatuur het kader creëren voor een verdere defederalisering van de gezondheidszorg vanaf 1999. Dit proces zal worden ingezet op basis van een fundamentele bekommernis voor meer kwaliteit en meer samenhang in de gezondheidszorg.

\* Een Vlaamse visie op de gezondheidszorg

De eigen Vlaamse visie op de gezondheidszorg is gebaseerd op een vierlijnenmodel. Krachtens dit model worden zorgvraag en zorgaanbod gedifferentieerd in vier gradueel oplopende niveaus, gaande van zelfzorg over mantelzorg en extramurale zorg tot intramurale zorg.

- .....Intramurale zorg ...
- .....Extramurale zorg.....
- .....Mantelzorg.....
- Zelfzorg.....

• de zelfzorg: het is op de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de persoon zelf in te staan voor zijn gezondheid. Deze zelfzorg kan door de omgeving gestimuleerd worden;

• de mantelzorg: op dit niveau zijn het de familieleden, vrienden, burens, .. die de zorg voor de persoon opnemen. Op deze lijn zijn ook de vrijwilligers te situeren.

• de extramurale zorg: op dit niveau situeert zich de zorgverlening die door professionelen aan huis of ambulantly wordt verstrekt;

• de intramurale zorg: dit is het niveau van opname en verzorging in een instelling.

In het belang van de cliënt dient telkens te worden onderzocht of zorgverlening of ondersteuning op een lagere lijn niet wenselijk of realiseerbaar is.

Uiteraard is er tussen de onderscheiden niveaus een nauwe wisselwerking. Zo bijvoorbeeld kan een hogere lijn een lagere ondersteunen : verzorging door een verpleegkundige aan huis (extramurale zorg) zal een ondersteuning betekenen voor de mantelzorg en een opname (intramurale zorg) kunnen voorkomen.

\* Preventie staat voorop

Binnen het Vlaamse gezondheidsbeleid zal uiteraard aandacht gaan naar preventie en de vroegtijdige detectie van gezondheidsbedreigende factoren. Het feit dat ziektepreventie en gezondheidszorg binnen de Vlaamse regering aan één minister werden toevertrouwd, biedt overigens heel wat perspectieven voor complementariteit.

Omwille van het belang van de preventie, wordt over dit thema een congres voorbereid in samenwerking met de Vlaamse wetenschappelijke wereld en met deelname van de voorzieningen en andere betrokkenen.

\* Zorgverlening vult preventie aan

Hoe doeltreffend preventie ook moge zijn, ze zal nooit de zorgverlening overbodig maken.

Wanneer de gezondheidssituatie het vereist, zal preventie dan ook geleidelijk moeten overgaan in zorgverlening. Zorg op maat en een naadloze overgang van de ene zorgvorm naar de andere waarborgen dat patiënten aangepaste hulp krijgen en tegelijk voldoende gestimuleerd worden tot zelfredzaamheid.

Dit alles impliceert dat de zorgvoorzieningen toegankelijk zijn voor elkeen, rekening houdend met het ziekteprofiel, de zorgvraag en de persoonlijke voorkeur van de cliënt.

\* Een kwaliteitsdecreet als hefboom voor een betere, Vlaamse gezondheidszorg

Het Vlaamse gezondheidsaanbod moet niet alleen qua spreiding voldoende uitgebouwd zijn. Het moet ook en vooral kwaliteitsgaranties bieden. De Vlaamse overheid zal op dit vlak een actieve stimulerende en bewakende rol spelen, met name door de uitwerking van een kwaliteitsdecreet..

Dit decreet zal het kader creëren waarbinnen de voorzieningen zelf en in overleg aan een optimale kwaliteit kunnen werken. Dit houdt o.m. ook in dat de voorzieningen er zorg voor dragen dat de hen ter beschikking gestelde middelen zo efficiënt mogelijk worden gebruikt.

Dit kwaliteitsdecreet zal meteen ook het brede kader vormen van waaruit de gezondheidsvoorzieningen zullen worden gedefederaliseerd.

\* Vier pijlers voor een nieuw, Vlaams gezondheidsbeleid

Het gezondheidsbeleid dat de Vlaamse regering tijdens deze legislatuur zal uitbouwen zal gegrondvest zijn op vier pijlers :

- kwaliteitszorg
- samenhang in de zorg
- zorg op maat en differentiatie van voorzieningen
- responsabilisering van zorgaanbieder en zorgvrager

Deze vier pijlers, deze vier fundamentele bekommernissen zullen gestalte geven aan het Vlaams gezondheidslandschap zoals dat er in het jaar 2000 zal uitzien.

In de hierna volgende hoofdstukken gaan we nader in op deze vier pijlers.

### 1.1. Kwaliteitszorg

De integratie van elke persoon in het maatschappelijk leven is een prioritaire uitdaging voor het beleid. Iedereen moet kansen krijgen om een kwaliteitsvol leven te leiden.

De gezondheid speelt hierbij een belangrijke rol: elk individu moet zo gezond mogelijk in een gezonde omgeving kunnen groeien, ontwikkelen en oud worden en ten slotte ook menswaardig kunnen sterven. Dit alles vergt een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg.

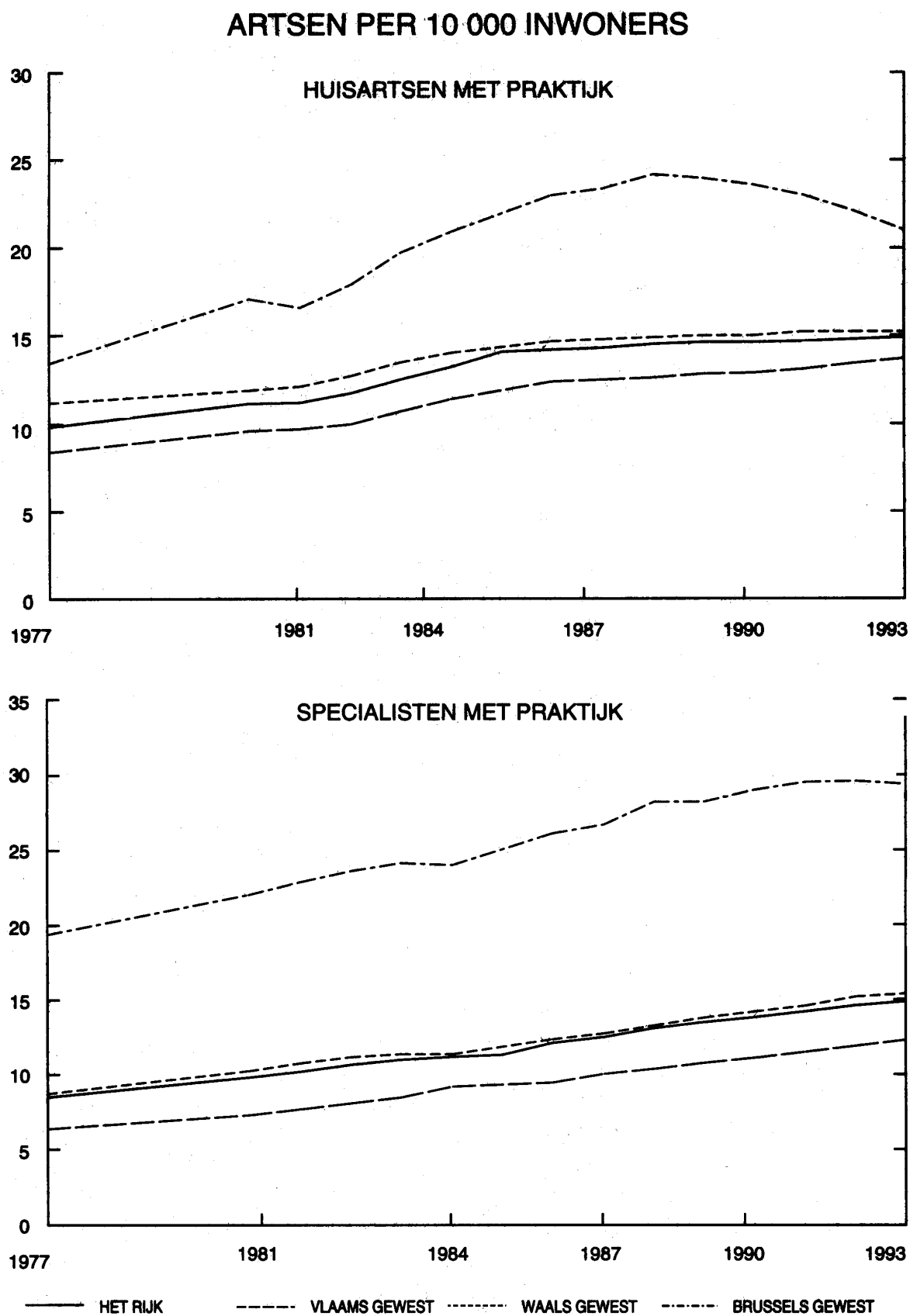
Het groeiend inzicht in kwaliteitsconcepten en kwaliteitsbewaking zal er toe leiden dat accentverschuivingen zullen optreden in de erkenningsnormen voor zorgvoorzieningen. Daarom zal de Vlaamse overheid voortaan bijzondere aandacht besteden aan zorgprocessen en zorgresultaten, en niet enkel aan de zorgstructuren.

Kwaliteitsbewaking en -bevordering behoort tot de volle bevoegdheid van de gemeenschap. Deze bevoegdheid is ruimer dan de beoordeling van de medische praktijkvoering. Ze omvat de hele organisatie en opvolging van het zorgproces. Een eigen Vlaams kwaliteitsdecreet zal nieuwe kwaliteitsbevorderende stimulansen geven en via 'peer-review' de kwaliteit controleren.

Via een decreet inzake kwaliteitszorg zal de Vlaamse overheid stimulerend en kaderscheppend optreden, met het oog op de verdere defederalisering van de gezondheidszorg.



Figuur 10 :



Bron : Compendium gezondheidsstatistiek 1994, BIGE

### 1.1.1. Een kwaliteitsplan voor alle gezondheidsvoorzieningen

Het decreet zal de zorgvoorzieningen ertoe aanzetten om een aantoonbaar kwaliteitsbeleid te voeren. Dit veronderstelt dat de voorzieningen een kwaliteitsconcept uitwerken dat in een concreet kwaliteitsplan geoperationaliseerd wordt. Dit plan zal concrete doelstellingen omvatten, te behalen binnen vooropgestelde termijnen. Het zal tevens de samenwerking beschrijven met andere voorzieningen en zorgverleners. Deze samenwerking moet de voorzieningen toelaten om de hen opgelegde minimale opdrachten zo optimaal mogelijk te realiseren.

De kwaliteit van het zorgaanbod is ook onlosmakelijk verbonden met de inzet van gekwalificeerd en deskundig personeel. Dit impliceert niet alleen een gedegen opleiding maar ook permanente bijscholing en vervolmaking. Bijscholing is dan ook een essentieel element van een kwaliteitsplan.

In het kwaliteitsplan zullen tevens meetcriteria worden opgenomen waarmee de kwaliteitstoestand kan worden vastgesteld en waarmee de vorderingen kunnen worden geëvalueerd.

Het kwaliteitsbeleid dat de voorzieningen voeren, zal aan de administratie, belast met toezicht en inspectie, gerapporteerd worden. De administratie zal de resultaten toetsen aan de vooraf geformuleerde doelstellingen en - in samenspraak met de zorgverleners - desgevallend bijsturingen aanbevelen. Er kan een externe instantie die door de overheid erkend wordt, ingeschakeld worden voor de kwaliteitstoetsing.

Alhoewel de decretale uitwerking kan verschillen van sector tot sector, zal telkens dezelfde basisfilosofie het uitgangspunt zijn. In elk geval zal het kwaliteitsdecreet aan de voorzieningen geen strak juridisch keurslijf opdringen m.b.t. de inhoudelijke aspecten van het kwaliteitsbeleid. Immers, binnen éénzelfde sector kunnen de noden aan kwaliteitszorg en kwaliteitsverbetering en de gewenste invulling ervan uiteenlopen.

Om deze 'ruimte voor kwaliteitsbeleid' mogelijk te maken zal de financiering van de ziekenhuizen in de toekomst gebaseerd zijn op financiering van functies en niet meer op financiering van behandelingen.

### 1.1.2. Een kwaliteitsplan voor de gezondheidsvertrekkers

De herwaardering en concretisering van de centrale rol van de huisarts in een globaal gezondheidsconcept vormt een essentieel onderdeel van een goed werkend gezondheidszorgnet. Ook meer algemeen is een duidelijker positionering van hulpverleners in de eerste, tweede en derde lijn nodig, inclusief een éénduidig doorverwijssysteem. Uit vergelijkend onderzoek in 1994 van Prof. B. Starfield<sup>15</sup> is gebleken dat landen die kiezen voor een "geordend" systeem, met een goed uitgebouwd eerstelijnszorg als basis, het beter doen wat volks-

gezondheid betreft, kwalitatief hoog scoren en dat de kostprijs er lager is. Bovendien zijn de patiënten er zeer tevreden.

De toename van het aantal artsen - (zie figuur 10) vereist de aandacht van de overheid. Een overaanbod aan artsen leidt immers onvermijdelijk tot kwaliteitsverlies (gebrek aan 'kritische massa') en kan leiden tot overconsumptie bij betaling per prestatie en hoog oplopende overheidsuitgaven. Daarom is een beheersing van het aantal artsen en paramedici noodzakelijk.

De invoering van een vestigingwet, onder welke vorm ook, is ethisch onaanvaardbaar. De Vlaamse gemeenschap zal het aanbod aan artsen, maar ook aan sommige paramedische beroepen, beheersen vanuit haar bevoegdheid inzake opleiding. Naast een ontradingscampagne vormt een interuniversitair geijkte proef, vóór de aanvang van de opleiding, een instrument om op relatief korte termijn (duur van opleiding) effecten te behalen.

Eventueel kunnen aanvullende maatregelen worden getroffen via alternatieve tewerkstelling in gezondheidsactiviteiten buiten de rechtstreekse behandeling van de patiënt, aangepaste vergoedingssystemen voor niet-technische prestaties, verplichte pensionering boven een bepaalde leeftijd ...

Zoals de Vlaamse Interuniversitaire Raad stelde zullen de aanbodbeheersende maatregelen hoe dan ook rekening moeten houden met de aanzienlijke verschillen inzake artsenaanbod tussen het Noorden en het Zuiden van het land. Indien de onevenwichten blijven bestaan, dan ziet Vlaanderen daarin een bijkomend argument voor de volledige overdracht van bevoegdheden inzake gezondheidszorg naar de gemeenschappen.

## 1.2. Samenhang

Om met de beschikbare middelen een optimaal rendement te halen, zullen eigen initiatieven op het gebied van gezondheidsbeleid zoveel mogelijk aansluiten bij actieprogramma's die in een geografisch ruimer kader te situeren zijn. Aansluiting zal worden gezocht met initiatieven in andere beleidsdomeinen, die mogelijk gelijklopende doelstellingen hebben.

### \* Internationale samenhang

Vlaanderen zal zijn verplichtingen ten aanzien van richtlijnen op internationaal vlak nakomen. Meer nog, Vlaanderen wil ook actief meewerken aan de totstandkoming van nieuwe grensoverschrijdende gezondheidsprogramma's en is bereid om eigen wetenschappelijke en beleidsinzichten bij de beleidsvoorbereiding in te brengen.

<sup>15</sup> Starfield B., Is primary care essential, in: The Lancet, oktober 1994.

\* Nationale samenhang

In wederzijdse loyaliteit en overleg zullen de federale en de Vlaamse overheid de hen toegewezen bevoegdheden inzake de wetgeving m.b.t. de verzorgingsvoorzieningen correct uitoefenen. Daarenboven is de Vlaamse overheid van oordeel dat de federale wetgeving zich moet inschrijven in de voorbereidende fase tot het verdere defederaliseringsproces.

\* Interne samenhang in het gezondheidsbeleid

Binnen het gezondheidsbeleid zelf zal gestreefd worden naar meer samenhang tussen preventie en behandeling, tussen intra- en extramurale zorg en tussen laagdrempelige en gespecialiseerde zorg. Deze samenhang is de voorwaarde voor een echte 'zorg-op-maat'.

\* samenhang met andere beleidsdomeinen

Bij het uitstippelen van een gezondheidsbeleid zal de Vlaamse overheid aansluiting zoeken met andere beleidsdomeinen waar tevens maatregelen worden genomen die tot doel hebben de gezondheid van de bevolking te bevorderen. De uiteindelijke bedoeling is immers om te komen tot een 'gezonde' woon-, werk- en leefomgeving. Dit vergt een samenhang tussen gezondheidszorg, leefmilieu, huisvesting, verkeer, welzijn, onderwijs ...

\* Samenhang met het lokale beleid

Op zijn beurt zal de Vlaamse overheid afspraken maken om samen te werken met de lokale besturen en de provincies. Zo zullen de lokale besturen een rol spelen met betrekking tot het preventiebeleid en het verstrekken van informatie aan de bevolking. Bij de uitbouw van het lokaal beleid ter bestrijding van achterstelling en kansarmoede zullen de gemeenten en OCMW's specifieke eigen initiatieven kunnen ontwikkelen die aansluiten bij het Vlaamse gezondheidsbeleid.

*1.2.1. Samenwerken op het internationale forum*

Op internationaal vlak is de Vlaamse gemeenschap actief betrokken bij een aantal initiatieven inzake gezondheidszorg. Zo is Vlaanderen één van de stichtende leden van het Regions for Health Network, opgezet door de Wereldgezondheidsorganisatie.

Vlaanderen is ook stichtend en actief lid van de European Union for School and University Health and Medicine (EUSUHM).

Binnen de Europese Unie is de Vlaamse gemeenschap lid van het Comité van de Regio's dat adviseerend optreedt t.o.v. de Europese Raad en de Raad voor Volksgezondheid.

In de voorbereidende werkgroepen van de Raad voor Volksgezondheid speelt Vlaanderen een actieve rol en draagt aldus bij tot de ontwikkeling van de Europese beleidsvisie inzake volksgezondheid. De acties van de Europese Unie situeren zich vooral op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, met vijf prioritaire programma's nl. AIDS en Besmettelijke Ziekten, Kanker, Drugverslaving,

Gezondheidsvoorlichting en - Opvoeding en het verzamelen van statistieken.

De komende jaren zal Vlaanderen haar aanwezigheid op internationaal vlak nog versterken, ondermeer door de deelname van Vlaamse onderzoeksteams in Europese programma's te stimuleren en door binnen de administratie betere opvolging te geven aan internationale initiatieven.

*1.2.2. Samenwerken met de federale overheid*

Om als Vlaamse overheid een globale en eigen visie te kunnen ontwikkelen is het wenselijk erkenning en subsidiëring binnen één bevoegdheidspakket te brengen. De huidige situatie is vaak anders. De federale overheid schrijft de organieke wetgeving, doch kan de effecten hiervan niet zelf meten.

Daarom zal de Vlaamse overheid streven naar een verdere defederalisering van het gezondheidsbeleid. De voorbereiding hiervan zal worden gefinaliseerd tegen 1998. In afwachting zal het overleg met de federale overheid en R.I.Z.I.V. opgenomen worden.

In afwachting moeten de gemeenschappen op een meer actieve wijze bij de totstandkoming van de federale regelgeving worden betrokken. Dit impliceert dat de Gemeenschappen niet enkel als waarnemer worden uitgenodigd in beleidsvoorbereidende adviesorganen, werkgroepen en overleginstanties op federaal niveau, doch ook volwaardig vertegenwoordigd zijn in de nationale overlegstructuren die opgericht zijn met het doel centrale databanken uit te bouwen en te beheren, kwaliteitstoetsing te organiseren en op basis hiervan nieuwe erkenningssnormen voor te bereiden.

Concreet wil de Vlaamse Gemeenschap lid worden van de multipartite opgericht bij M.B. van 28 maart 1995, en in voor haar relevante organen van het R.I.Z.I.V. opgenomen worden.

*1.2.3. Samenwerken met andere beleidssectoren.*

Het gezondheidsbeleid heeft vele raakvlakken met andere beleidssectoren. Een goede gezondheid hangt inherent samen met leefmilieu, huisvesting, verkeer ...

De beslissingen die in deze domeinen genomen worden, hebben dikwijls een rechtstreekse impact op de gezondheid van de bevolking.

Tussen de verschillende sectoren zal een actief overleg tot stand komen, met als doel beleidsinitiatieven met implicaties voor de gezondheid beter op elkaar af te stemmen.

Verscheidene initiatieven werden overigens reeds genomen om het beleid binnen de verschillende sectoren te harmoniseren.

Zo bijvoorbeeld beoogt het Vlaamse Reglement betreffende de Milieuvergunning (VLAREM) het harmonisch samengaan van de economische activiteit, de bescherming van het leefmilieu en van het welzijn en de gezondheid van de bevolking.

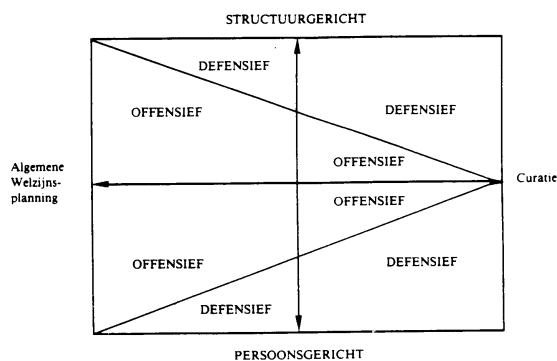
Zo ook bestaat er in het kader van het preventiebeleid in de gezondheidssector een goede samenwerking tussen de administratie gezondheidszorg en het departement onderwijs alsook met de inrichtende machten van het onderwijs..

De Vlaamse overheid wil dergelijk overleg en samenwerkingsinitiatieven verder zetten en uitbreiden tot andere domeinen dan het preventiebeleid.

#### 1.2.4. Interne samenhang binnen het gezondheidsbeleid

\* Preventie kan curatie verminderen.

Samenhang is er ook tussen preventie en curatie. Dit wordt duidelijk in volgend schema, waarin het hele domein van preventie wordt uitgetekend op drie dimensies<sup>14</sup>.



– Een eerste dimensie, uitgezet op de horizontale lijn, geeft een aanduiding van het tijdstip van de ontwikkeling van een probleem, nl. vóór, tijdens of na de probleemwording. Voor er problemen zijn, kunnen preventieve acties worden opgezet, na de ontwikkeling van een probleem is curatie nodig.

– Dit tijdslelement heeft zijn weerslag op de afbakening van doelgroep en thema. Naarmate men voortschrijdt op de tijdslijn van de probleemwording wordt de thematiek en de doelgroep van de acties specifiek. Bijvoorbeeld een actie drugpreventie vóór de probleemwording zal zich richten naar alle jongeren en sociale weerbaarheid beogen; na de probleemwording zal de actie zich richten naar verslaafden en de 'verslaving' behandelen.

– Een tweede dimensie, uitgezet op de verticale lijn, typeert de focus van de actie: nl. er wordt verandering nagestreefd in de persoon zelf (persoonsgerichte preventie) of in het structureel kader waarbinnen deze zich beweegt (structurele preventie).

Een voorbeeld van persoonsgerichte preventie zijn de voorlichtingscampagnes over alcohol- en druggebruik: via informatie probeert men interne veranderingen bij de jongeren tot stand te brengen. Structuurgerichte preventie streeft verandering na op het niveau van diensten of organisaties. Bijvoorbeeld probleemgedrag bij jongeren wordt mede veroorzaakt door de houding van de leerkrachten; via navorming bewerkstelligt men attitudeverandering bij de leerkrachten.

– Een derde dimensie verwijst naar het karakter van de ingreep: een probleem wordt voorkomen door de gedragsmogelijkheden in te perken (defensief), dan wel door nieuwe wegen aan te geven (offensief). Een defensieve actie vertrekt vanuit een verdedigende opstelling, ter voorkoming van een dreigend probleem, vooral vanuit een beschermende of controlerende reflex. Bijvoorbeeld beïnvloeding van het rookgedrag van jongeren door te wijzen op de gevaren die eraan verbonden zijn. In een offensieve actie geeft men de doelgroep zelf meer mogelijkheden om het gevaar te keren en aan eigen welzijn en gezondheid te werken door stimuleren en het creëren van ruimte. Men geeft voorbeelden waaruit blijkt dat men geen tabak nodig heeft om erbij te horen.

Het preventiebeleid zal erop gericht zijn zoveel mogelijk problemen te voorkomen door een structuurgerichte offensieve actie vóór de probleemwording.

Deze aanpak heeft een aantal voordelen: hij gaat naar de wortel van het probleem, hij biedt een breder bereik qua doelgroep en qua thema, is democratisch en emanciperend. Daartegenover staat wel dat structuren moeilijker te veranderen zijn dan personen, en dat de effecten maar zichtbaar zijn op lange termijn. Bovendien is het succes afhankelijk van een goede samenwerking tussen alle betrokken actoren.

Hoe dan ook zal dit soort preventie in de komende jaren bijzondere aandacht krijgen. Zij werkt immers leedbesparend voor de (potentiële) cliënt en kan op termijn ook een kostenbesparend effect hebben.

De optie voor een doeltreffend preventief beleid zal zich concretiseren in maatregelen binnen de diverse subsectoren ten aanzien van diverse problematieken (o.m. kanker, aids, verslaving).

Om de inzichten inzake preventie verder te verdiepen en te concretiseren zal in het voorjaar 1997 een congres over de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen plaatsvinden. Volgende thema's zullen daarbij ondermeer aan bod komen: kosten en baten van de preventieve gezondheidszorg; de relatie preventieve en curatieve gezondheidszorg; vrijheid, individuele en collectieve verantwoordelijkheid; de gezondheid als cultuur of als "ziekte"; de preventieve gezondheidszorg en andere maatschappelijke sectoren; de predictieve gezondheidszorg; de preventieve gezondheidszorg en bijzondere problematieken (o.a. ouder worden, drugverslaving, ongewenste zwangerschap) en de registratie in functie van een gezondheidsbeleid.

<sup>14</sup> Uit: De Cauter F., Methodiek van de preventieve projectwerking, Leuven, Acco, 1990.

\* Samenhang in de beleidsvoorbereiding

Bijna elke subsector van de gezondheidszorg heeft zijn eigen adviesorgaan of adviescomité dat de minister adviseert bij de beleidsvoorbereiding of -uitvoering. Vermelden we maar de Vlaamse adviescommissie voor kankerpreventie, het Vlaams comité van advies van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de Vlaamse adviescommissie voor de perinatale zorg, de hoge raad voor de thuisverzorging, de wetenschappelijke stuurgroep voor Aidspreventie en -voorlichting.

In de totstandkoming van het gezondheidsbeleid is er evenwel ook nood aan adviesverstrekking over de globale ontwikkeling van de gezondheidssector alsook over de langere-termijn planning. Er is nood aan een grondig overleg om de gezondheidsproblematieken die zich aandienen fundamenteeler te kunnen bespreken en toekomstgericht over antwoorden na te denken.

Deze nood liet zich binnen de diverse sectoren (o.m. onderwijs, welzijn, huisvesting) ook voelen. Om deze reden besliste de Vlaamse regering op 21 september 1994 tot een globale herstructurering en vereenvoudiging van de Vlaamse adviesorganen.

Zij hanteerde hierbij volgende algemene uitgangspunten:

- de adviezen van inspraakorganen moeten worden gegroepeerd tot een coherent geheel per beleidssector.
- het aantal adviesorganen moet worden vermindert.
- de mogelijkheid van intersectoraal advies moet blijven.
- de levensduur van adviesorganen dient te worden vastgelegd of te worden gekoppeld aan evaluatie (horizonbepaling).
- er is een fundamenteel onderscheid tussen advies en beheer.
- in ieder adviesorgaan is de administratie vertegenwoordigd met raadgevende stem.

De oprichting van een Vlaamse gezondheidsraad in vervanging van de bestaande adviesorganen zal een eerste aanzet zijn om tot een meer globale benadering van het gezondheidsbeleid over te gaan.

Het concept van deze Vlaamse gezondheidsraad zal ontwikkeld worden in overleg met de sector zelf zodat de positieve samenwerking tussen sector en overheid behouden blijft.

### 1.3. Zorg op maat en differentiatie van voorzieningen

De Vlaamse regering opteert voor zorg op maat. Dit betekent dat het gezondheidsaanbod naadloos moet aansluiten bij de reële behoeften van de bevolking.

Het gezondheidsbeleid zal erop gericht zijn de zelfredzaamheid van het individu en de bijstandsmoge-

lijkheden in zijn omgeving te stimuleren. Daartoe zullen de diverse zorgvoorzieningen een duidelijk profiel krijgen. Ook zullen voldoende tussenschakels worden ingebouwd om een vlotte overgang mogelijk te maken tussen de verschillende verzorgingstypes. De Vlaamse overheid zal m.a.w. werk maken van een verdere differentiatie van de voorzieningen.

De toenemende complexiteit van de gezondheidsproblemen, de ver doorgedreven specialisatie van de verschillende zorgenverstrekkers en de behoefte aan een meer integrale en gepersonaliseerde benadering maken dat steeds meer verschillende zorgverleners betrokken worden bij de zorgverlening.

Deze multidisciplinaire benadering vraagt om een coördinatie van de zorg. Het is in die optiek dat de idee van "case-management" meer en meer opgang gemaakt.

In de praktijk vervullen al heel wat hulpverleners in feite de functie van case-manager en dit dient bestendigd te worden. In de thuiszorg werd door de invoering van een zorgbemiddelaarsfunctie een eerste aanzet gegeven om dit op een meer veralgemeende en gestructureerde wijze te doen. Of een gelijkaardige structurering nodig is op andere terreinen, bv. in het drugbeleid, zal verder worden onderzocht.

De samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg zullen verder gestimuleerd worden. Finaal moeten ze uitgroeien tot horizontale netwerken van de eerstelijns, waarin artsen, verpleegkundigen en paramedici praktische afspraken maken over taakverdeling en overleg.

Naarmate de eerstelijns werkers voldoende ondersteund worden, en ook de mantelzorg in het samenwerkingsmodel wordt betrokken, zullen meer patiënten in hun eigen vertrouwde omgeving kunnen verzorgd worden.

De beleidsdoelstelling "zorg op maat" kan niet los worden gezien van de actuele discussie over echelonnering van de voorzieningen.

Het belang van een echelonnering via goed afgesproken doorverwijzingsprotocols staat buiten kijf. Echelonnering is met name van wezenlijk belang voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. De Vlaamse overheid zal met de federale overheid het overleg aangaan met het oog op de invoering van deze echelonnering.

### 1.4. Responsabilisering

In de gezondheidszorg zijn er meerdere actoren. De eerste en voornaamste is het individu. In geen geval kan de overheid in de plaats treden van de individuele mensen. Zij zijn in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid.

De verantwoordelijkheid van de overheid bestaat erin dat zij al het mogelijke moet doen om de voorwaarden te creëren voor een gunstige ontwikkeling van de gezondheid van elk individu. Zij moet ervoor zorgen dat elke zorgvraag gepast kan beantwoord worden. De overheid moet ook sturend en

corrigerend optreden tegenover alle factoren die de gezondheid kunnen bedreigen.

#### *1.4.1 Het drietrapsmodel*

Het drietrapsmodel, beschreven in het project Vlaanderen 2002, blijft onverkort van kracht.

Voor de basisvoorzieningen (die inspelen op basisbehoeften of op dringende noden) moet de solidariteit van de gemeenschap volledig instaan. Op deze voorzieningen moeten de patiënten een afdwingbaar recht hebben. Dit wil zeggen dat de overheid, in samenspraak met particuliere organismen, moet waarborgen dat de mensen op deze voorzieningen een beroep kunnen doen. De overheid moet dit ook ten laste nemen.

De OCMW's hebben op het lokale niveau een spilfunctie en moeten er borg voor staan dat eenieder minstens het recht op een maatschappelijke dienstverlening en op gezondheidszorg kan doen gelden.

Daarnaast dient de overheid een ruim aanbod van belangrijke gezondheidsvoorzieningen te realiseren in samenwerking met particuliere initiatiefnemers. De rol van de overheid bestaat erin deze voorzieningen financieel te steunen, ze te coördineren en ze te programmeren, kwaliteitsgaranties in te bouwen en de efficiënte werking ervan te ondersteunen.

Op deze voorzieningen kan de patiënt geen afdwingbaar recht laten gelden. Wel moet de overheid een kwalitatief en voldoende groot en gedifferentieerd aanbod instandhouden of creëren, zodat elkeen met enige eigen inspanning en verantwoordelijkheid normale kansen heeft op het gebruik van deze voorzieningen.

Een verdere uitbouw van de gezondheidsvoorzieningen op een nog hoger, maar minder noodzakelijk niveau behoort niet tot de prioritaire taak van de overheid. Op eigen verantwoordelijkheid kunnen bepaalde personen of groepen zulke voorzieningen oprichten of gebruiken, maar de gemeenschap moet de financiering daarvan niet of slechts in geringe mate dragen. Eventueel kan de overheid - indien zij dit wenselijk acht - hiervoor fiscale stimuli instellen. Wel moet ze regulerend optreden om wildgroei te voorkomen, kwaliteit te controleren en misbruiken tegenover de hulpvrager te voorkomen. De overheid moet er eveneens over waken dat niemand van deze voorzieningen uitgesloten wordt omwille van zijn inkomen, sekse, nationaliteit of overtuiging.

In elk onderdeel van de gezondheidszorg zal de overheid in de toekomst moeten overwegen hoe ze deze drie noodzaakniveaus concreet invult, telkens rekening houdend met de draagkracht van de betrokkenen en zijn directe omgeving.

Bij de indeling in noodzaakniveaus zal de overheid haar aandacht moeten toespitsen op de meest zorgbehoevende groepen, zonder de algemeenheid van de zorgvragen en de legitimerende werking en universele zorgverstrekking uit het oog te verliezen.

#### *1.4.2. De verantwoordelijkheid van de zorgvrager*

De verantwoordelijkheid van individuen inzake gezondheidszorg veronderstelt in eerste instantie dat zij over voldoende informatie beschikken om in positieve zin een gezonde levensstijl na te streven.

De Vlaamse overheid beschouwt het als een essentiële opdracht van de ziektepreventie om via geëigende strategieën deze informatie over te brengen bij het grote publiek.

Gezonde eet- en leefgewoonten, risicovrij gedrag en het actief werken aan de eigen gezondheid zijn stuk voor stuk aspecten waarover iedereen in grote mate zelf beschikt en beslist. Precies daarom moet de responsabilisering van ieder individu in dit domein benadrukt worden.

Responsabilisering van de zorgvrager leidt ontegensprekelijk ook tot een grotere mondigheid.

De grotere kritische ingesteldheid van het publiek t.a.v. de doeltreffendheid, de transparantie en de cliëntvriendelijkheid van de zorgverlening vereist volwassen inspraakprocedures. Deze procedures moeten leiden tot een grotere betrokkenheid van patiënten en cliënten in de zorgverlening.

#### *1.4.3. De verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder*

De verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder, zij het als zelfstandige zorgverstrekker of als voorziening, situeert zich op diverse vlakken. Kwaliteit van de verstrekte zorg is zeker één van de belangrijkste verantwoordelijkheden. Essentieel is ook het engagement om de best mogelijke oplossingen en begeleidingen aan te bieden, al of niet in overleg en samenwerking met andere zorgverstrekkers.

Het streven naar kwaliteitszorg dwingt de zorgaanbieder tot een voortdurende kritische evaluatie en bijsturing van het eigen handelen. Hiertoe zullen trouwens steeds meer inzichten, methodes en instrumenten beschikbaar komen. Gezien het belang hiervan zal de overheid deze kwaliteitstoetsing als voorwaarde stellen voor verdere erkenning of beroepsbeoefening.

Om ruimte te bieden voor kwaliteitszorg zal de Vlaamse overheid meer autonomie toekennen aan de voorzieningen. De gedetailleerde kostenverantwoordingen post factum zullen worden vervangen door budgetfinanciering, gekoppeld aan een vereenvoudiging van de procedures en het invoeren van forfaitsystemen.

In eerste instantie zal deze versoepeling worden gerealiseerd voor die voorzieningen die nu reeds gesubsidieerd worden vanuit de Vlaamse gemeenschap. In een latere fase zal dit worden uitgebreid tot de ziekenhuizen, die momenteel nog via de federale overheid worden betaald.

Een forfaitair systeem zal aan de zorgaanbieders meer financiële zekerheid bieden en zal hen tevens een groter beslissingsrecht opleveren, ondermeer inzake de uitbouw van de dienstverlening en de personeelsorganisatie. Uiteraard zal de overheid blijvend waken over de uitvoering van de basisopdrachten en de kwaliteit van het aanbod.

#### 1.4.4. De verantwoordelijkheid van de overheid

Een grotere verantwoordelijkheid voor de zorgaanbieders wil niet zeggen dat ook de programmatie van diensten verlaten wordt. Planning van voorzieningen blijft een overheidsbevoegdheid teneinde zekerheid te garanderen omtrent een doelmatig aanbod van voorzieningen op basis van behoeftenstudies.

Uiteraard zal hierbij, meer dan in het verleden, aandacht moeten gaan naar de verdere integratie van de preventieve, extra-, trans- en intramurale zorgverlening evenals naar de uitbouw van volwaardige functies. Deze verhoogde aandacht moet uitmonden in groepering van voorzieningen, activiteiten en medisch-technische diensten.

De Vlaamse overheid rekent het tot haar blijvende taak om de gezondheidszorg dusdanig te organiseren dat deze voldoende toegankelijk en doeltreffend is en kwalitatief voldoende garanties biedt.

Dit vergt een inzicht in de noden op korte, op middellange én lange termijn. Zo weten we nu reeds dat de veroudering van de bevolking een invloed zal hebben op de zorgvraag, niet alleen in omvang maar ook naar de aard. Ook zullen de toekomstige trends en evoluties inzake Aids, drugs en andere problematieken nauwlettend moeten worden gevolgd teneinde het beleid tijdig te kunnen afstemmen op de evoluerende noden.

## 2. BELEIDSVELDEN

### 2.1. Monitoring en gezondheidsindicatoren

#### 2.1.1 Feiten en ontwikkelingen

De overheid heeft informatie nodig om richting te kunnen geven aan haar beleid, het te kunnen evalueren en zonodig bij te sturen.

Een gezondheidsmeting bestaat uit drie fasen eerst en vooral moet er een beschrijving komen van de huidige gezondheidssituatie en trends, vervolgens moet men op zoek gaan naar verklaringen voor deze situatie en mogelijke evoluties simuleren om tenslotte te komen tot voorstellen die ertoe bijdragen de gezondheidssituatie te optimaliseren.

#### *Doeleinden van gezondheidsmeting*

##### 1. Beschrijving

- Hoe vaak komen bepaalde aandoeningen voor ?
- Hoe gezond is een bevolking ?
- Vergelijking van bevolkingsgroepen
- Wordt de bevolking zieker ?
- Wordt verschil tussen groepen groter of kleiner ?
- Behoeft aan bepaalde vormen van gezondheidszorg ?

##### 2. Verklaring en voorspelling

- Verklaring van het vóórkomen van specifieke ziekten

- Verandering van gezondheidstoestand doorheen de tijd

- Anticiperen op de toekomst

- Specifieke vormen van medische consumptie

##### 3. Interventie

- Hoe ziekten voorkomen ?

- Hoe verschillen tussen groepen reduceren ?

- Hoe het beleid bijsturen om de gezondheidsproblemen optimaal op te vangen ?

Alles meten of registreren is materieel een onmogelijke opdracht en is ook niet zinvol. Het komt er op aan die indicatoren te zoeken die significant zijn voor de gezondheidstoestand van groepen mensen.

Tot op heden zijn er binnen verschillende deelsectoren pogingen gedaan om een gezondheidsmeting of registratie op te starten. Deze inspanningen zijn los van elkaar tot stand gekomen m.a.w. zonder onderling overleg inzake de te meten indicatoren, hun definitie en mogelijk te leggen verbanden.

Op dit ogenblik worden reeds op een relatief systematische en veralgemeende wijze gegevens verzameld op basis van :

– geboorte- en overlijdensaangiften (Administratie gezondheidszorg) ;

– peilpraktijken bij huisartsen (instituut voor hygiëne en epidemiologie) ;

– kraaminrichtingen: registratie van gegevens over elke geboorte (studiecentrum voor perinataal beleid) ;

– raadplegingen van het jonge kind (0-3 jaar) (Kind en Gezin) ;

– periodiek medisch onderzoek in het Medisch Schooltoezicht (VWVJ + Administratie Gezondheidszorg) ;

– cliëntregistratie in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (samenwerkingsplatform VMSI - FDGG) ;

– kankerregistratie (Vlaamse Kanker Liga e.a.).

Uit het overzicht blijkt dat de verzameling, het beheer en de verwerking van deze gegevens grotendeels gebeurt buiten de administratie. De ervaring inzake monitoring is dan ook grotendeels extern opgebouwd en de informatie is niet rechtstreeks beschikbaar voor de overheid.

#### 2.1.2. Algemene doelstellingen

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. Deze gezondheidsmonitoring heeft drie doelstellingen. Vooreerst moet ze basisgegevens verstrekken m.b.t. de frequentie en de evolutie van gezondheidsproblemen. Verder zullen die basisgegevens op hun beurt bruikbare werkhy-

potheses opleveren voor verder epidemiologisch en operationeel onderzoek

Ten slotte laat de gezondheidsmonitoring ook toe de gevoerde acties binnen het kader van het gezondheidsbeleid te evalueren..

Onafgezien van het nut voor het eigen Vlaams gezondheidsbeleid, is gezondheidsmonitoring ook belangrijk voor de algemene strategische planning binnen het ministerie van de Vlaamse gemeenschap. Vlaanderen dient zich uiteraard ook in te schrijven in de Europese dataverzameling zoals Eurostat en zal aan de daarvoor gestelde kwaliteitseisen beantwoorden.

### 2.1.3 Actieprogramma

– In afwachting van een geïntegreerd informatie-systeem en een systematische monitoring zal actief gewerkt worden aan netwerkvorming. Alle instanties waarmee de Vlaamse gemeenschap een overeenkomst sluit m.b.t. registratie van gegevens zullen verplicht worden hun bevindingen ter beschikking te stellen voor uitwisseling.

– Er komt ook een betere aansluiting op internationale netwerken. Ook met databanken van de federale overheid zal uitwisseling van relevante gegevens nagestreefd worden.

– De administratie gezondheidszorg zal versterkt worden op het vlak van datamanagement. Aldus zal ze een centrale rol kunnen spelen bij de bepaling en definiëring van de beleidsrelevante indicatoren en bij de interpretatie van de informatie. Tevens zal ze de integratie van diverse registratiebestanden in één samenhangend systeem kunnen voorbereiden. De methodes voor verbetering en verwerking van het verzameld materiaal zullen verbeterd en verfijnd worden, met name door deskundigheidsbevordering bij het personeel dat binnen en buiten de administratie met registratie-opdrachten belast wordt.

– Vlaanderen zal ook meewerken aan grootschalige gezondheidsenquêtes georganiseerd door het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie. Het is immers belangrijk dat met een zekere regelmaat en op een uniforme wijze in de verschillende gemeenschappen een representatief staal van de bevolking bevroegd kan worden. Deze bevraging moet inzichten opleveren m.b.t. opvattingen inzake gezondheid, de zorgvraag, het gebruik van voorzieningen ... en de evoluties hierin.

## 2.2. Internationaal beleid

### 2.2.1. Feiten en ontwikkelingen

#### a) Bevoegdheden van de Europese Unie

Reeds vóór de ondertekening van het Verdrag van Maastricht was de Europese Unie zich ervan bewust dat gezondheidsbevorderende initiatieven de sociale dimensie van de E.G. versterken en de Europese Gemeenschap dichter bij de bevolking brengen. Zo werden door de E.G. talloze initiatieven ontwikkeld op het vlak van de preventieve

gezondheidszorg: kanker, AIDS, hart- en vaatziekten, drugs, gezonde voeding, doping, jongeren, gezondheidskaart, enz...

Het Verdrag van Maastricht kende Europa expliciete bevoegdheden toe op het vlak van de preventieve gezondheidszorg. Door de invoeging van een nieuw artikel 129 kon de Europese Unie voortaan initiatieven nemen m.b.t. gezondheidsvoorlichting en -educatie, onderzoek naar oorzaken en overdracht van ziekten, en m.b.t. opleiding van gezondheidswerkers. De Gemeenschap heeft hier voornamelijk een coördinerende taak, die erin bestaat de samenwerking tussen de lidstaten te bevorderen en, indien nodig, hun activiteiten te ondersteunen. Bij dit alles wordt sterk het belang van een goede preventie beklemtoond. De Europese Commissie is intussen begonnen met de invulling van haar bevoegdheden. Einde 1993 keurde ze een algemeen actiekader goed. Momenteel wordt volop gewerkt aan de invulling van dit algemene kader door communautaire actieprogramma's inzake gezondheidsbevordering, -voorlichting, -opvoeding en -opleiding. Deze actieprogramma's hebben betrekking op Aidspreventie, preventie van bepaalde andere besmettelijke ziekten, drugpreventie en kankerbestrijding. De programma's inzake AIDS en kanker vormen het verlengstuk van vroegere acties (Europa tegen AIDS en Europa tegen Kanker).

#### b) Raad van Europa

– 'The European Health Committee' binnen de Raad van Europa

Het European Health Committee binnen de Raad van Europa werkt aan een geïntegreerde benadering tussen enerzijds de ontwikkelingen in de geneeskunde en anderzijds de juridische, sociale en ethische waarden van het individu. De activiteiten zijn geordend rond twee hoofdthema's :

- gezondheid, ethiek en mensenrechten

Hieronder vallen onderwerpen als patiëntenrechten, kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg, evenwicht tussen effectiviteit en gelijke toegang.

- gezondheidsscholing

Hieronder vallen organisatie van regelmatige bijscholingscursussen evenals gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

#### c) Verenigde Naties

– Wereldgezondheidsorganisatie (WGO)

De WGO is een gespecialiseerd orgaan van de Verenigde Naties, met als voornaamste taak : de uitvoering van de strategie 'Health for all by the year 2000' in de circa 193 lidstaten. Deze strategie is vertaald in 38 doelstellingen met als belangrijkste accenten:

- terugdringen van de verschillen in gezondheid binnen en buiten de lidstaten

- beleid voeren op basis van gegevens over de gezondheidssituatie van de bevolking



- versterken van gezondheidsbevordering en -promotie
- versterken van facetbeleid
- vernieuwen en verbeteren van de kwaliteit van de voorzieningen

Iedere doelstelling bevat een aantal indicatoren die toelaten om de vooruitgang in het bereiken van de doelstelling te meten. De cijfergegevens worden driejaarlijks aan de federale overheid bezorgd om een globaal antwoord voor de lidstaat België te verstrekken.

Een concrete actie binnen de WGO is de optimalisering van de diabeteszorg.

Reeds in 1989 werd door de WGO, de Internationale Diabetesfederatie en de vertegenwoordigers van de lidstaten tijdens een vergadering in Saint-Vincent (Noord-Italië) een gezamenlijke intentieverklaring ondertekend in verband met een gemeenschappelijke internationale aanpak van de diabeteszorg. De conclusies van deze besprekingen mondden uit in de zgn. 'Saint Vincent Declaration'.

Deze verklaring houdt in dat de overheid, in samenspraak met diabetespatiënten en zorgverleners een optimaal programma uitwerkt rond een zo goed mogelijke behandeling, onderzoek, preventie, scholing van gezondheidswerkers en het wegnemen van sociale hindernissen die diabetes-patiënten kunnen ondervinden.

In het verlengde hiervan werd een strategisch plan uitgewerkt, dat in elk land resulteerde in de oprichting van een Diabetes Task Force. Voor België wordt deze taak vervuld door de Vlaamse Gemeenschap

– VN Wereldconferentie te Peking

Tijdens de jongste VN-Wereldconferentie voor de vrouw te Peking, werd uitgebreid aandacht besteed aan de situatie van de vrouw met betrekking tot de gezondheidszorg. Uitgangspunt was de vaststelling dat de ongelijkheden tussen mannen en vrouwen nog steeds één van de voornaamste hindernissen vormen in de toegang tot de primaire gezondheidszorg. Het actieplatform in Peking bevat dan ook een warme oproep tot alle deelnemende lidstaten om een actieve en zichtbare politiek te voeren, die de ongelijkheden in gezondheidszorg, waarvan vrouwen nog steeds het voornaamste slachtoffer zijn, weg te werken door het zgn. geslachtsperspectief in alle onderdelen van het beleid in te bouwen. Dit houdt in dat een analyse van de mogelijke effecten voor respectievelijk mannen en vrouwen wordt opgemaakt, vooraleer een beleidsbeslissing wordt genomen.

c) Bilaterale samenwerkingsakkoorden

De Vlaamse Gemeenschap sluit in toenemende mate bilaterale samenwerkingsakkoorden af. Zo bevatten de bilaterale akkoorden met Polen, Hongarije, Tsjechië, Quebec, Zuid-Afrika, en recentelijk ook Chili en Catalonië concrete programma's inzake grensoverschrijdende samenwerking op vlak van gezondheidszorg.

### 2.2.2. Algemene doelstellingen

Het doel van de deelname aan de Europese en internationale beleids- of overleginstanties is mee te kunnen participeren aan het debat over preventie en gezondheidsbevordering, -voorlichting, -opvoeding en -opleiding. Vlaanderen wil aldus een bijdrage leveren tot de uitwerking van gemeenschappelijke doelstellingen en actieprogramma's. Vlaanderen zal voor wat haar bevoegdheden betreft, deze richtlijnen of aanbevelingen correct uitvoeren en zonodig in haar reglementering opnemen. Al deze acties moeten er finaal toe bijdragen de gezondheidstoestand van de Vlaamse bevolking te verbeteren. De outcome zal regelmatig gemeten worden aan de hand van een aantal relevante gezondheidsindicatoren.

### 2.2.3. Actieprogramma

– Om deze doelstellingen te kunnen realiseren zal de administratie de internationale contacten actief voorbereiden. Zij zal tevens waken over de uitvoering of naleving van de internationale richtlijnen of aanbevelingen.

– Ook door de Vlaamse Gemeenschap erkende instellingen of voorzieningen met een beleidsvoorbereidende of evaluerende opdracht zullen naargelang het thema betrokken worden bij de voorbereiding van standpunten van de Vlaamse overheid op Europese en internationale fora.

In opvolging van de VN wereldvrouwenconferentie van Peking zal systematisch onderzocht worden of de Vlaamse preventie-acties of GVO-programma's passen binnen de richtlijnen en of ze deze versterken. Het VIG krijgt hiertoe een opdracht.

Het preventiecongres dat in het voorjaar 1997 zal plaatsvinden, zal zich o.m. buigen over problematieken als : de toegang voor vrouwen tot geëigende, betaalbare, kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg, het opzetten van preventieprogramma's die bedreigende factoren wegnemen of verminderen, het onderzoek en informatieverbreiding over de gezondheid van vrouwen, het nemen van multisectoriële initiatieven gericht op bestrijding van S.O.A en HIV/Aids.

## 2.3 Preventieve en sociale gezondheidszorg

### 2.3.1. Feiten en ontwikkelingen

Terwijl de curatieve zorg als het ware gegroeid is als resultaat van de individuele vragen naar medische behandeling en het aanbod van gespecialiseerde medische hulpverlening, is dit voor de preventieve en sociale gezondheidszorg op een andere wijze verlopen. De verantwoordelijke overheid speelt hierin een belangrijke rol. Zij verwerft inzicht in de gezondheidsproblematiek en maakt de afweging tussen collectieve preventie en individuele curatie. De overheid beslist ook over de doelstellingen, de onderzoeksmethoden en de hulpmiddelen voor het voeren van preventieve acties.

De essentiële betekenis van preventie is het voorkomen van bepaalde gebeurtenissen, hier in het bijzonder m.b.t. de volksgezondheid. Preventie is gewenst met het oog op het verhogen van de levenskwaliteit. Preventie is tevens gewenst omwille van ethische redenen. Bovendien houdt preventie belangrijke waarborgen in voor de kwaliteit van de gezondheid alsook voor een lage kostprijs van de gezondheidszorg.

De gedachte wint veld dat een gemeenschap die maximaal aan preventie doet haar uitgaven voor gezondheidszorgen ziet afnemen. Daarenboven wordt algemeen ook aangenomen dat algemene preventie noodzakelijk is en vooraf moet gaan aan de initiatieven van individuele preventie.

Een gangbare definitie van 'algemene preventie' is : alle initiatieven van (interventie), coördinatie, overleg-, stimulering, informatie of waarschuwing, gericht op het voorkomen, wegwerken of neutraliseren van factoren die systematisch hinderlijk zijn voor de gunstige ontplooiing van (een gedeelte van) de populatie, of gericht op het bevorderen van factoren die deze ontplooiing in de hand werken <sup>15</sup>.

### 2.3.2. Algemene doelstellingen

Er zijn vier principiële redenen om te kiezen voor de algemene preventie :

- algemene preventie gaat naar de basis van de problemen, het is 'radicale' preventie.
- algemene preventieve acties hebben een breder bereik.
- algemene preventie is een democratisch interventiemodel.
- algemene preventie vermijdt risico's op stigmatisering.

Algemeen preventief werken plaatst ons eveneens voor een aantal moeilijkheden :

- het is moeilijker een juiste probleemomschrijving te geven omdat inzicht vereist is in de probleemwording.
- algemene preventie kan op weerstand stuiten omdat er verandering nagestreefd wordt... ook op het structurele vlak; structuren zijn minder makkelijk om te buigen dan individuen. Eventueel wordt zelfs het functioneren van de maatschappij op zich in vraag gesteld.
- daaruit volgt een moeilijkheid inzake de methoden. De traditionele preventiewerker die vooral

vertrouwd is met de individuele hulpverlening moet nu leren omgaan met grotere groepen. Belangrijk is de specifieke methodiek voor het opzetten van preventie-initiatieven.

- effecten zijn pas op langere termijn te verwachten.
- samenwerking tussen meerdere deskundigen en disciplines is nodig.
- algemene preventie ten slotte heeft veel minder traditie dan de individuele benadering. De bovenvermelde, algemene benaderingswijze sluit echter niet uit dat toch nog vele gezondheidsbedreigende factoren (zoals: verwaarlozing, mishandeling, suïcidaal gedrag, gedragsproblemen, bepaalde ziekten, groei- en ontwikkelingsstoornissen) een aanvullende, individuele benadering vragen onder de vorm van secundaire, eventueel tertiaire, preventie.

Deze interventies hebben op hun beurt pas zin als daar tevens adviezen, behandeling of remediering en begeleiding aan gekoppeld worden.

Zo bekeken bevinden algemene preventie, specifieke preventie en curatie zich op een continuüm en mogen niet los van elkaar benaderd worden, noch organisatorisch of functioneel, noch budgettair.

Daarom wil de Vlaamse overheid streven naar de uitbouw van een globale beleidsvisie rond gezondheidszorg waarin preventie een belangrijke plaats krijgt.

### 2.3.3. Actieprogramma

Op dit ogenblik kent het preventielandschap vele verschillende sectoren, actoren en methodieken. Complementariteit en doorzichtigheid zijn noodzakelijk.

De Vlaamse regering zal duidelijkheid creëren in het preventielandschap zowel wat het begrippenkader betreft als de structuren, en dit met het doel de efficiëntie van de ingezette middelen en de doelmatigheid te optimaliseren.

Voortaan zullen we spreken over preventie en gezondheidsbevordering. Zij onderscheiden zich van elkaar op het vlak van de doelgroepen waarop ze zich richten, de thematiek en aan te wenden methodiek.

Volgend begrippenkader zal voortaan worden gehanteerd:

<sup>15</sup> Frits de Cauter, Methodiek van de preventieve projectwerking, Leuven, Acco, 1990. Denkkader ontwikkeld in het raam van de welzijnszorg ; eveneens zeer goed hanteerbaar in het raam van de gezondheidszorg.

**Figuur 11 : begrippenkader voor preventieve en sociale gezondheidszorg**

	gezondheidsbevordering	ziektepreventie
doelgroepen	intermediairen	potentiele zieke
thematiek	primaire preventie (beïnvloeding van gedrag en omgeving) promotie	secundaire preventie (screenen, vaccinaties) tertiaire preventie (nazorg)
methodiek	systematisch-structureel projectmatig	screenen survey
uitvoering	overheid, organisaties en voorzieningen	overheidsorganisaties en voorzieningen
coördinatie en ondersteuning	Administratie + VIG	Administratie + IHE
Adviesorgaan	Vlaamse Gezondheidsraad	

De huidige structuren en werkwijzen zullen aan dit schema worden getoetst en aangepast. Op het gebied van de gezondheidsbevordering is het de bedoeling via geëigende technieken en kanalen de bevolking aan te zetten tot een gezonde levensstijl en in te spelen op omgevingsfactoren. De boodschap zal zoveel mogelijk positief zijn en zal om de efficiëntie en doelmatigheid te verhogen op continue wijze rond bepaalde thema's worden gevoerd waarvan door wetenschappelijk onderzoek en epidemiologische analyses is gebleken dat ze ziekten kunnen voorkomen. Hierbij kunnen ondermeer volgende thema's worden vermeld :

- gezonde beweging
- gezonde voeding
- tandzorg.

Deze thema's worden door de overheid bepaald na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad en na voorbereidend onderzoek door de Administratie en het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie (V.I.G.) dat nauwer bij de beleidsvoorbereiding en evaluatie zal worden betrokken.

De uitvoering zal hetzij door de Administratie en het VIG zelf gebeuren hetzij door hiervoor erkende voorzieningen en onder supervisie van de Administratie en het VIG.

Naast de algemene informatie aan de bevolking zal ook meer gericht gewerkt worden naar doelgroepen. De boodschap zal steeds samenhangend worden gebracht, rekening houdend met omgevingsfactoren.

Meerdere soorten intermediairen zullen op actieve wijze betrokken worden bij de gezondheidsbevordering. Enerzijds zal de Vlaamse gemeenschap hiertoe opdrachten geven via de erkenningsvoorwaarden van voorzieningen met een preventieve opdracht. Anderzijds zullen ook oproepen worden gericht naar zorgverstrekkers en organisaties om via projecten bij te dragen tot de gezondheidsbevordering.

Er zullen intermediairen opgeroepen worden die :

- reeds systematisch en op structurele wijze bepaalde groepen bereiken, zoals bv. het Medisch Schooltoezicht;

- een laagdrempelig karakter hebben, zoals bv. huisartsen en apothekers;

- nauwe contacten en invloed hebben met bepaalde groepen dankzij hun categoriale werking, zoals bv. aidsorganisaties.

Concreet zal in het kader van het herdenken van de opdrachten van het Medisch Schooltoezicht in samenhang met de PMS-centra aangeduid worden hoe de schoolartsen en sociaal verpleegkundigen een actievere bijdrage zullen leveren inzake primaire preventie. Zij zullen in de stuurgroep "Gezondheidsvoorlichting in het onderwijs" samen met de inrichtende machten van het onderwijs meewerken aan het selecteren van goede projecten. Ze zullen deze projecten mee ondersteunen in de scholen. Desgewenst zullen ze zelf projecten opzetten voor de schoolpopulatie. Ook in de scholen zelf zullen de centra aan de directie, kinderen en ouders aanbevelingen geven voor gezonde voeding, betere hygiëne. Ze zullen tevens toezien op de naleving van de aanbevelingen.

De centra voor Medisch Schooltoezicht zullen in elk geval een opdracht krijgen in het kader van drugs- en Aidspreventie in aansluiting met algemene GVO-projecten die jongeren weerbaarder maken.

Samen met de huisartsenverenigingen en hun opleidingscentra zal nagedacht worden hoe huisartsen hun preventieve taak zo efficiënt en doelmatig mogelijk kunnen invullen. Zij bieden in elk geval een breed verspreid en laagdrempelig netwerk voor informatieverspreiding en adviesverlening. Samen met de minister bevoegd voor onderwijs zal aan de universitaire onderwijsinstanties gevraagd worden in de artsenopleiding ook voldoende aandacht te besteden aan primaire preventie, naast uiteraard de secundaire en tertiaire preventie.

Categoriale organisaties zullen aangesproken worden in het kader van specifieke oproepen. Zij zullen projecten uitwerken in het kader van de gezondheidsbevordering en ondersteund worden door de Administratie en het VIG. Voor relatief sterk uitgebouwde campagnes met meerdere participerende organisaties zullen 'Coördinatoren' ingeschakeld worden om de projecten te ondersteunen en de acties op het terrein te coördineren.

Er zal tevens onderzocht worden hoe met andere intermediairen, buiten de gezondheidssfeer kan worden samengewerkt zoals bijv. jeugdbewegingen, werknemers- en werkgeversorganisaties. Op het vlak van ziektepreventie zal kritisch onderzocht worden op welke domeinen systematische screenings wenselijk zijn, op welke risicogroepen zij zich moeten richten en welke organisaties en diensten hiervoor best uitgerust zijn en de hoogste deskundigheid bezitten. Dit geldt eveneens voor de vaccinatieprogramma's. Voor de selectie van de ziekten of gezondheidsproblemen en de bepaling van de risicogroepen zal een beroep gedaan worden op wetenschappelijk onderzoek en epidemiologische gegevens. Tegelijk zal de doelstelling en de beoogde outcome voor collectieve acties bepaald worden. Via de Vlaamse Gezondheidsraad zal de wetenschappelijke wereld worden aangesproken. Het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie zal een globaal advies geven en samen met de administratie zorg dragen voor een relevante monitoring.

Volgende domeinen werden in het verleden reeds als prioritair aangeduid :

- verminderen van de morbiditeit en invaliditeit door chronische ziekten ;
- preventie van overdraagbare ziekten vb Hepatitis B ;
- preventie van hart- en vaatziekten ;
- kankerpreventie ;
- ongevallen in de privé-sfeer ;
- preventie van psychosociale problemen en zelfmoord.

Voor deze domeinen is primaire preventie eveneens aangewezen.

Om de effecten van de systematische screenings te kunnen meten is uiteraard een betrouwbare registratie vereist (zie hierover meer in hoofdstuk 2.1. Monitoring).

Er zal systematisch via kosten-batenanalyses, onderzocht worden of de overheidsmiddelen efficiënt worden aangewend. Dit geldt zowel voor de huidige screenings en vaccinaties als voor nieuw op te zetten acties. Hierbij zal eveneens onderzocht worden of een financiële bijdrage van de cliënt drempelverhogend is en of de inkomsten hiervan opwegen tegen verlies aan gezondheidsbaten.

Indien de baten van preventieve acties ten goede komen aan het RIZIV, zal aan het RIZIV gevraagd worden een bijdrage te leveren (bv. de gratis verdeling van vaccins). Indien dit overleg niet positief verloopt zal de scheefftrekking van de kosten en baten als hefboom gebruikt worden voor de eis tot snelle defederalisering.

Voor de uitvoering van de vaccinaties zal een beroep worden gedaan op organisaties en voorzieningen.

Het Medisch Schooltoezicht en Kind en Gezin hebben nu reeds een duidelijke preventieve opdracht dankzij de regelmatige preventieve onderzoeken van de kinderen op bepaalde leeftijden en het vaste

vaccinatieschema (cf. infra, hoofdstuk 2.6 : profylaxe infectieziekten).

Daarnaast zullen ook gespecialiseerde organisaties of voorzieningen op basis van hun deskundigheid erkend worden in het kader van bepaalde screeningsprogramma's. Zij zullen verplicht worden te participeren aan registratiesystemen die aansluiten op een netwerk dat vanuit de Administratie wordt beheerd. Het IHE zal mede ingeschakeld worden voor het bepalen van relevante indicatoren en het methodisch uitwerken van beleidsrelevante registratiesystemen.

Concreet zal op korte termijn op het domein van de kankeropsporing overleg worden gepleegd met de Vlaamse adviescommissie voor kankeropsporing met het oog op een reorganisatie van het huidig versnipperd aanbod zowel m.b.t. de op te sporen types van kanker als het aantal kankeropsporingscentra en de aard van de registratie. Gezien het belang van de kankerpreventie zal een Coördinator inzake kankeropsporing worden erkend dat een coördinerende en ondersteunende rol zal hebben op het werkveld.

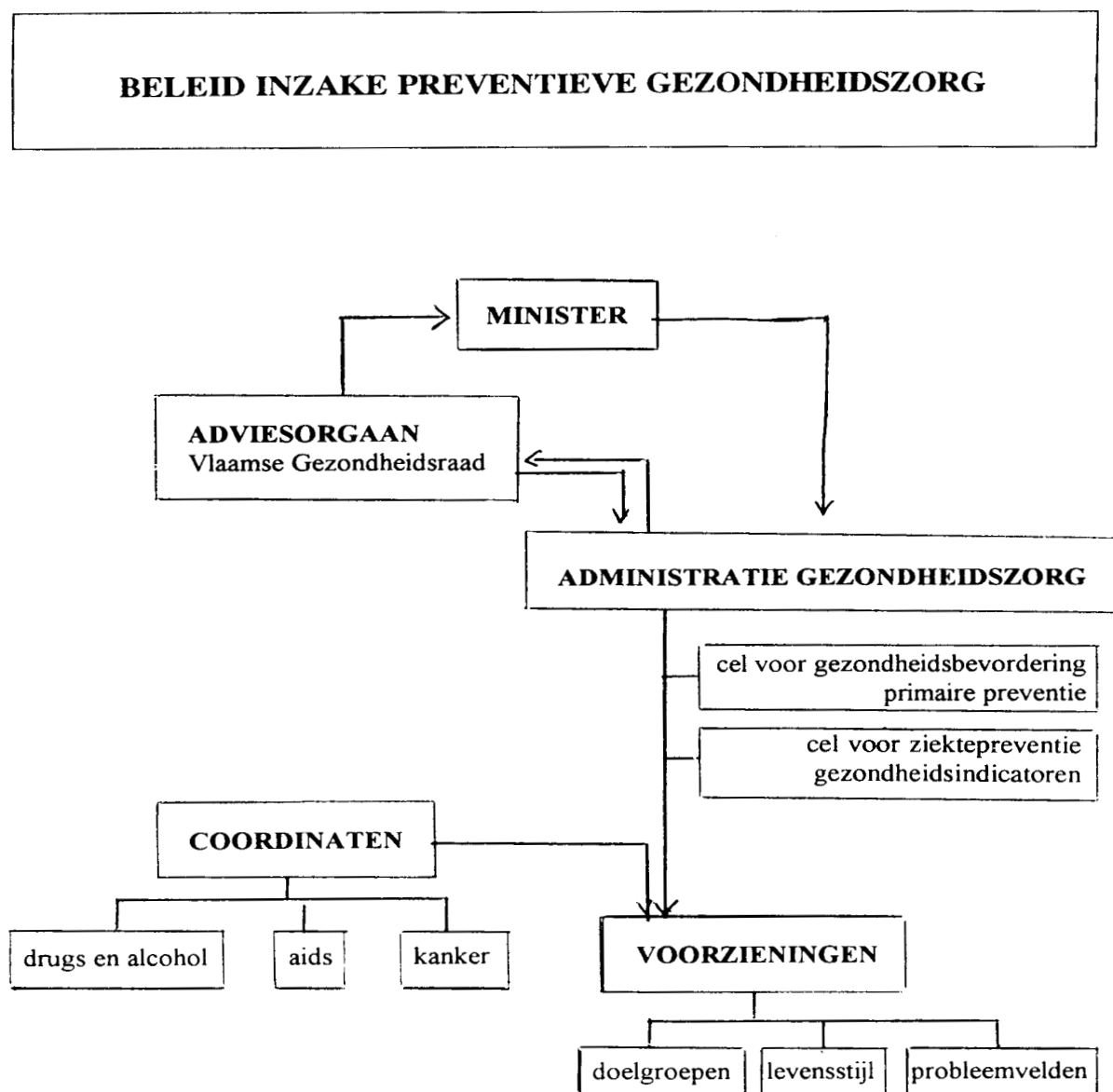
Om de bovenvermelde beleidsvisie te ondersteunen zal in de komende regeerperiode een **structurele reorganisatie** worden doorgevoerd met het doel een duidelijker lijn te trekken tussen beleidsadvisering, beleidsvoorbereiding en -evaluatie en ondersteuning van het werkveld.

De Vlaamse Gezondheidsraad zal ook op het domein van de gezondheidsbevordering en preventie een adviserende opdracht krijgen. De opdrachten van de Wetenschappelijke raad van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en van het Vlaams Adviescomité voor kankerpreventie zullen hierin worden opgenomen. De Gezondheidsraad zal voor het geheel van het gezondheidsbeleid mee de thema's kunnen bepalen en aanbevelingen kunnen formuleren m.b.t. het wetenschappelijk onderzoek.

De beleidsvoorbereidende en -evaluerende rol van de Administratie Gezondheidszorg moet sterker worden ingevuld. Daartoe zal ze worden versterkt met een cel Gezondheidsbevordering, die grotendeels de deskundigheid van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) zal overnemen. Voor het luik preventie zal de huidige cel Gezondheidsindicatoren eveneens versterking krijgen, ondermeer om een integraal monitoringsysteem voor te bereiden.

Voor belangrijke domeinen in het preventielandschap zullen Coördinatoren worden erkend met als opdracht de projecten en erkende voorzieningen in het kader van de gezondheidsbevordering of preventie te coördineren, te ondersteunen en hun effecten inzake gezondheidsbevordering of voorkoming van ziekten mee te helpen evalueren. Zij hebben tevens een signaalfunctie t.o.v. de overheid. Deze Coördinatoren zullen de deskundigheid en de personeelsleden van de huidige voorzieningen D binnen het VIG grotendeels overnemen. Momenteel zijn IPAC en VAD respectievelijk erkend op het domein van de aidspreventie en alcohol- en andere drugproblemen. Er zal ook een coördinator worden erkend m.b.t. de kankeropsporing en -preventie (zie figuur 12)

Figuur 12 :



## 2.4. Medisch verantwoord sporten

### 2.4.1. Feiten en ontwikkelingen

In de voorbije jaren hebben een aantal dramatische incidenten het beeld van het sportgebeuren op soms tragische wijze ontsierd. Het kan niet ontkend worden dat sport ook risico's met zich meebrengt.

Sinds de goedkeuring van het decreet inzake medisch verantwoorde sportbeoefening op 27 maart 1991 beschikt Vlaanderen over een wettelijke basis om eventuele risico's binnen de perken te houden. Sportmedische keuring en dopingcontrole werden met het oog hierop uitgebouwd

De regelgeving is enig in haar soort. De Vlaamse gemeenschap mag er terecht prat op gaan tot de absolute top te behoren in Europa inzake dit deel van het sportrecht.

In het bovenvermelde decreet wordt de medisch verantwoorde sportbeoefening gedefinieerd als : "Het geheel van preventieve en curatieve maatre-

gelen, bepalingen en aanbevelingen die de sportvereniging en de sportbeoefenaar in acht dienen te nemen met het oog op het fysiek en psychisch welzijn van de sportbeoefenaar." Drie basisopties vormen de krachtlijnen van het decreet, nl. integratie, responsabilisering en depenalisering

Het decreet is van toepassing op alle sportmanifestaties en voorbereidingen daartoe, die in het Nederlands taalgebied plaatsvinden, op alle sportverenigingen die er hun zetel hebben, en op alle sportbeoefenaars die er aan een sportmanifestatie deelnemen of er zich op voorbereiden. Ook sportbeoefenaars van buiten het Nederlandse taalgebied en hun begeleiders zijn onderworpen aan de bepalingen van het decreet.

Naast een aantal definities en de rechten en plichten van de sportverenigingen, roept het decreet ook een aantal raden en commissies in het leven. Het gaat om adviserende, toezichhoudende en disciplinaire organismen. Hierna worden ze schematisch voorgesteld.

### ADVIESORGANEN

Commissie voor Sportmedische Keuring

Commissie voor topsporters en topsportbeloften

Antidoping-commissie

### PREVENTIE EN BEGELEIDING

Keuringsartsen

Keuringscentra

### CONTROLEORGANEN

Controleartsen

Controlelaboratoria

### SPORTIEVE SANCTIONERING

### ERKENDE SPORTFEDERATIES

### 2.4.2. Algemene doelstellingen

De term "sport" dekt zowat alles wat met lichaamsbeweging te maken heeft en dat niet op het utilitaire is gericht. Alhoewel deze omschrijving ongenueanceerd is, duidt zij wel de veelzijdigheid en het breed spectrum aan van het "sporten."

Als maatschappelijk verschijnsel draagt de sport ook de interesse weg van het beleid. De overheid beschouwt het als haar taak erover te waken dat sportieve beweging en praktijk op een verantwoorde wijze worden ingepast in het streven naar fysisch, psychisch en sociaal welbevinden dat voor ieder persoon individueel en in groepsverband betracht wordt.

Participatie aan sportevenementen en - activiteiten zowel in als buiten competitieverband moet ook gestimuleerd worden als preventief en gezondheidsbevorderend middel met het oog op de verho-

ging van de lichaamsconditie van de jeugd en de volwassenen.

Ook voor de integratie van kansarme groepen in de samenleving, waar cultuur, welzijn en gezondheidszorg raakvlakken vertonen, kan gezamenlijk sporten spontaan leiden tot een samenhangend gevoel en tot respect voor elkaar.

### 2.4.3. Actieprogramma

- De Vlaamse regelgeving m.b.t. medisch verantwoorde sportbeoefening is uniek in Europa en leidt daardoor wel eens tot spanningen op internationale sportwedstrijden. Internationale sportfederaties en -instellingen, die een minder strikte regelgeving hanteren, hebben het soms moeilijk om zich bij de Vlaamse reglementen neer te leggen. Duidelijke afspraken en harmonisering van de relaties dringen zich op.

Dit kan onmogelijk zonder overleg, wederzijds respect, een dosis vertrouwen en begrip voor de specifieke inbreng van ieder betrokkene. De slagkracht van onze reglementering zal nog toenemen als ze toepasbaar is in de andere gemeenschappen van ons land. Om deze reden werden reeds eerder samenwerkingsakkoorden afgesloten met de Franse en de Duitstalige Gemeenschap.

Deze samenwerkingsakkoorden beogen het op elkaar afstemmen van de reglementen op langere termijn en de automatische toepassing van de disciplinaire maatregelen van één gemeenschap in de andere gemeenschappen.

Om deze samenwerkingsakkoorden te bestendigen en een wettelijke basis te creëren voor de wederzijdse toepassing van controletaken en disciplinaire maatregelen, zullen de protocols bij decreet worden bekrachtigd.

- Uit ervaring blijkt dat sommige risicosporten vragen naar één of andere vorm van regelgeving. De recente tendens tot propageren en organiseren van niet-verantwoorde gevechtssporten vergt een duidelijke uitspraak van het Vlaams Parlement over welke “ sportieve slagen en verwondingen “ al dan niet toelaatbaar zijn in Vlaanderen. De overheid draagt de verantwoordelijkheid om veilig sporten te garanderen.

De opleiding van jongeren tot risicosporten zal een decretale reglementering krijgen. Binnen een globaal raamdecreet kan de Vlaamse regering nadien de specifiek vereiste regels uitschrijven in een besluit per afzonderlijke sporttak. Triatlon, diepzeeduiken, zweefvliegen, valschermspringen en gevechtssporten komen hiervoor als eersten in aanmerking.

- Rationeel gebruik van de bestaande preventieve diensten van het medisch schooltoezicht kan het sportmedisch geschiktheidsattest voor jongeren meer inhoud geven. Hierdoor wordt een zinvolle meerwaarde beoogd bij beoordeling van de sportmedische geschiktheid van jongeren voor het beoefenen van niet-risicovolle sporten. In gemeenschappelijk overleg tussen leerkrachten lichamelijke opvoeding, schoolartsen, huisartsen en sportartsen zal de fysieke fitheid van de schoolgaande jeugd in Vlaanderen bevorderd worden.

## 2.5. Medisch schooltoezicht

### 2.5.1. Feiten en ontwikkelingen

Het Medisch Schooltoezicht (MST) is het Vlaamse preventief gezondheidsnetwerk waarbinnen de planmatige jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd.

Voor de vrije, provinciale en gemeentelijke scholen zijn er in Vlaanderen 106 onafhankelijke MST diensten actief (sept. 1995) . In 1991 stelden ze 742 personeelsleden tewerk :

156 FT equivalenten artsfuncties, evenveel verpleegkundigenfuncties en 104 FT equivalenten

administratieve functies. Ze vallen onder de bevoegdheid van de Vlaamse gemeenschap.

Voor het gemeenschapsonderwijs en een aantal gemeenschapsscholen zijn er geen afzonderlijke M.S.T-diensten. Het wettelijk verplicht medisch schooltoezicht wordt er uitgevoerd binnen de 51 gemeenschaps-PMS-centra die onder de bevoegdheid vallen van de minister bevoegd voor onderwijs.

De werking van een dienst medisch schooltoezicht wordt inhoudelijk geleid door de coördinerende arts. De administratieve directie berust bij de inrichtende macht.

### 2.5.2. Algemene doelstellingen.

Zowel inzake opdrachten als samenstelling van de medisch sociale equipes leunt het MST het dichtst aan bij Kind en Gezin en vormt er in feite het verlengstuk van.

Alle schoolgaande jongeren, van 3 tot en met 19 jaar, worden met betrekking tot hun gezondheids-toestand, hun groei en ontwikkeling door MST longitudinaal opgevolgd en begeleid. Dit leidt enerzijds tot het opsporen van gezondheidsrisico's en ziekten d.m.v. medische onderzoeken (algemeen en selectief : jaarlijks zo'n 500.000, exclusief het gemeenschapsonderwijs) en anderzijds tot het geven van correcte gezondheidsinformatie (individueel en collectief) en tot het meewerken aan gezondheidsbevordering.

Op het individuele vlak maakt het MST op geregelde tijdstippen een volledig gezondheidsbilan op van de jongere en informeert en adviseert de ouders en/of de betrokkene hierover. Het individueel medisch onderzoek wordt zowel door de verpleegkundige als door de arts benut voor een gericht informatief gesprek met elke leerling; hierin wordt duidelijkheid geboden over de eigen gezondheidstoestand.

Individuele aandacht buiten het medisch onderzoek kan nog via het vrije spreekuur dat in bijna alle secundaire scholen georganiseerd wordt.

Elk jaar wordt op die wijze nagenoeg de helft van de schoolgaande jongeren uitgebreid onderzocht. Deze onderzoeken gebeuren in specifiek uitgeruste gezondheidscentra op een gestandaardiseerde wijze, zodat zij de nuttige bouwstenen kunnen leveren om - via de informatisering - een cijfermatig beeld te krijgen van de gezondheidstoestand van groepen jongeren. De aldus verkregen informatie geeft aanwijzingen m.b.t. het lokaal en regionaal te voeren preventiebeleid.

Op het collectieve vlak waakt MST over de gezondheid van jongeren door besmettingsrisico's op te sporen en te vermijden, door adviezen te geven aan schoolverantwoordelijken met betrekking tot veiligheid en hygiëne van schoollokalen en hun omgeving. Daarenboven neemt MST zelf belangrijke taken op zich inzake gezondheidsinformatie aan leerlingen en leerkrachten en werkt MST mee aan gezondheidsbevorderende initiatieven op de school. De meest voorkomende thema's waar-

rond in alle MST's gewerkt wordt zijn : voeding, sport, hygiëne, veiligheid, middelengebruik en in het bijzonder drugpreventie, relationele en seksuele vorming, reanimatietraining, preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen e.a.

### 2.5.3. Actieprogramma

In het Vlaams regeerakkoord wordt een herziening van de MST-opdrachten in het vooruitzicht gesteld. Die herziening moet ondermeer leiden tot een integratie van MST en PMS.

Hierover starten eerstdaags verkennende gesprekken met het werkveld. Het overleg zal gebeuren in volledige samenspraak met de Vlaamse minister bevoegd voor onderwijs.

Om de integratie van MST en PMS te realiseren moeten vooraf de gemeenschappelijke kernopdrachten worden gedefinieerd. PMS en MST zullen samen moeten zoeken naar geëigende werkvormen waarbij de dienstverlening aan jongeren, ouders en scholen zo éénduidig mogelijk kan verlopen. Hieruit moet de geëigende organisatiestructuur worden afgeleid. De school wordt het werkveld, in dienst van het kind.

Het doel is te werken aan het project “ de gezonde school”. Gezondheid moet hier worden begrepen in de betekenis van wereldgezondheidsorganisatie, met name op medisch, sociaal en psychologisch vlak.

Met dit doel voor ogen is een heroriëntering van de operationele doelstellingen en de concrete strategieën van het MST één van de belangrijke opdrachten voor het Vlaamse gezondheidsbeleid.

Zo zal het MST in de toekomst meer fysiek in de school aanwezig moeten zijn. Dit zal de toegankelijkheid voor leerlingen en leerkrachten verhogen . Het zal tevens leiden tot een snellere detectie van problemen.

De huidige werkwijze zal dus worden aangepast en bepaalde medisch preventieve interventies zullen meer in de scholen zelf plaatsvinden onder de vorm van screenings. Het opmaken van een totaal gezondheidsbilan op bepaalde scharnierleeftijden blijft evenwel cruciaal<sup>16</sup>, zowel vanuit het oogpunt van de preventieve begeleiding van individuele leerlingen als van de gezondheidsmonitoring voor de totale leerlingpopulatie.

Een aanpassing van de reglementering zal het MST ertoe aanzetten te zoeken naar werkvormen waarbij nog meer nadruk gelegd kan worden op de primaire preventie.

Het werk van de sociaal verpleegkundige en dat van de schoolarts zal meer eigen accenten krijgen en hun werkzaamheden zullen in de tijd meer van elkaar gedissocieerd worden; wat - in de praktijk - betekent dat de verpleegkundige meer tijd moet kunnen vrijmaken voor het sociale werk en voor de gezondheidsinformatie en - bevordering. Dat betekent ook dat de schoolarts meer tijd moet krijgen voor specifieke leerlingbegeleiding en voor epidemiologische verwerking van de gegevens.

De administratieve ondersteuning van het MST-werk is veranderd en intenser geworden sinds de informatisering op volle toeren draait. De administratieve krachten zullen dan ook niet langer belast worden met andere dan administratieve taken.

Er zal verder gezocht worden naar optimale leeftijdsspecifieke en probleemspecifieke interventievormen waardoor enerzijds een basisaanbod voor elke leerling kan gegarandeerd blijven en anderzijds een specifieke benadering mogelijk blijft van bepaalde subgroepen en probleemgebieden.

De inhoudelijke invulling van dit alles zal door de sector, in samenspraak met de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) gerealiseerd worden.

De goede samenwerking die er al is tussen MST en vele personen en organisaties die zorg verlenen aan jongeren, zal verder uitgebouwd worden.

In het bijzonder zullen de contacten met de ouders geïntensifieerd worden en zal, zoals gezegd, gezocht worden naar één samenwerkingsmodel van MST en PMS. Met de huisartsen zullen samenwerkingsprotocollen worden uitgewerkt, opgevolgd en geëvalueerd.

Met Kind en Gezin zal een protocol worden afgesloten met het oog op het doorgeven aan MST van medische gegevens op het ogenblik dat jonge kinderen, vanaf 3 jaar, voor het eerst naar school gaan.

Er zal ook worden onderzocht hoe de preventieve opdracht van Kind en Gezin voor kinderen boven de 3 jaar geïntegreerd kan worden in het nieuwe MST-PMS-concept.

Om de uitbouw van een optimaal functionerend medisch sociaal netwerk te realiseren zal er in de sector doelgerichter gewerkt worden en zal men zowel de werkprocessen als de werkresultaten geregeld evalueren volgens vooropgestelde criteria.

Dit alles vergt heel wat creativiteit en samenspraak. Een goed overleg tussen deskundigen en beheerders is hierbij belangrijk omdat de kwaliteit van de dienstverlening zich zowel via inhoud als via organisatiestructuren vertaalt.

In functie van de totstandkoming van één organisatiestructuur van MST en PMS zal worden nagegaan welke aanpassingen aan reglementeringen en subsidiëeringsregelingen moeten worden doorgevoerd.

<sup>16</sup> O.a. omdat de lichaamstaal van een kind/jongere ter gelegenheid van een algemeen medisch onderzoek heel vaak meer zegt dan wat woorden vermogen over te brengen of een onderzoeksinstrument vermag te verduidelijken.



## 2.6 . Profylaxe infectieziekten

### 2.6.1. Feiten en ontwikkelingen

Bij elkeen kunnen ziekteverwekkende kiemen voorkomen. Deze kiemen kunnen voorkomen in de neus, keel, darm... De mens is soms ongemerkt drager van gevaarlijke kiemen alhoewel hij volkomen gezond lijkt. Handen zijn het belangrijkste transportmiddel van ziektekiemen. Door een goede persoonlijke hygiëne kan men de kans op het oplopen van zo'n kiemen al in belangrijke mate beperken.

Globaal bekeken bestaan er zes soorten veroorzakers van infectieziekten, met name : bacteriën, virussen, schimmels, éncelligen, insecten en wormen.

Bacteriën kunnen bestreden worden met geneesmiddelen. Dat is (nog) niet het geval voor de meeste virussen, zodat men voor de bestrijding ervan vrijwel steeds is aangewezen op vaccinatie. Traditionele besmettingsbronnen zijn : mensen, dieren, voedsel, zwembaden, zwemwater en zandbakken.

Infectieziekten zijn besmettelijk, maar elke besmetting komt daarom nog niet overeen met een infectieziekte. Tegenwoordig wordt het woord besmetting ook gebruikt bij bv. chemische of radioactieve vervuiling van het milieu. Besmetting is dus een ruimer begrip geworden dan infectie.

De verspreiding van infectieziekten kan voorkomen worden. Inspanningen daartoe zijn belangrijk en kunnen zowel financieel als - belangrijker nog - menselijk leed besparen.

Op 50 jaar tijd is er héél wat veranderd in het voorkómen, de diagnosestelling, de aanpak en de bestrijding van infectieziekten. In de jaren zeventig ging men er enigszins voorbarig vanuit, dat dankzij de vooruitgang in de diagnostiek, dankzij de uitbreiding van vaccinaties en de verfijning van de behandeling, de definitieve uitbanning van infectieziekten een kwestie van jaren was. Blijkbaar is men iets te optimistisch geweest. Ook in ons land blijven infectieziekten nog steeds verantwoordelijk voor een belangrijk aantal dodelijke aandoeningen. Voorbeelden van dergelijke, hardnekkige infectieziekten zijn voedselinfecties, tuberculose, meningitis, hepatitis A en B, scabies en shigellosen.

De verklaring hiervoor is niet volledig duidelijk. In elk geval blijken elementen zoals marginalisering, verstedelijking, vereenzaming, migratie, reizen en risicogedrag (druggebruik e.a.) hierbij een belangrijke rol te spelen. Ook is gebleken dat er wel degelijk grenzen zijn aan de geneeskunde.

### 2.6.2. Algemene doelstellingen

Het voeren van een efficiënt en economisch verantwoord preventiebeleid inzake besmettelijke ziekten geschraagd door volgende pijlers :

- een nieuwe reglementering
- een globaal vaccinatiebeleid
- een goede communicatie : overheid - artsenkorps
- een nieuw decreet

Op 5 april 1995 heeft de Vlaamse regering een nieuw decreet uitgevaardigd dat betrekking heeft op de profylaxe van besmettelijke ziekten. In dit decreet en de bijhorende uitvoeringsbesluiten worden de verschillende aspecten m.b.t. de verplichte melding van besmettelijke ziekten geregeld. Dit decreet vervangt de vroegere wetgeving die dateert van 1945 en van 1971.

Terwijl de vroegere wetgeving de nadruk legde op het verkrijgen van betrouwbare incidentie- en prevalentiecijfers, is de wetgeving nu gericht op het voorkomen, coördineren, onder controle houden en terugdringen van besmettelijke ziekten. Incidentiecijfers kunnen inderdaad op andere wijze bepaald worden (peilpraktijken, laboratoriumisolaties, steekproeven). De nieuwe oriëntatie in de regelgeving belet evenwel niet dat Vlaanderen haar internationale verplichtingen blijft nakomen inzake de melding van infectieziekten als polyomelitis, pest en cholera.

In principe is de melding van een infectieziekte anoniem. Als de gezondheidsinspecteur bijkomende inlichtingen wenst te hebben dan moet hij contact opnemen met de meldende arts. Deze procedure was reeds langer gebruikelijk, maar nu is zij ook in de wetteksten verankerd. Uitwerken van interventie- of profylactische maatregelen is dus per definitie teamwerk.

Ook het medisch beroepsgeheim blijft gerespecteerd. Terwijl in het verleden een melding aan de gemeentelijke overheid opgenomen was in de procedure, is dit nu niet meer het geval. De uitwisseling van ziektegegevens blijft beperkt tot medici.

De rechten van de patiënt worden extra gevrijwaard via een beroepsprocedure. De patiënt heeft het recht om bij een expertenteam van vooral universiteitsprofessoren in beroep te gaan tegen maatregelen die door de gezondheidsinspecteur zouden zijn opgelegd.

- een globaal vaccinatiebeleid

De Vlaamse overheid biedt aan de bevolking een gratis basisvaccinatie aan. Het betreft de entstoffen tegen kinkhoest, tetanus, difterie, mazelen, bof en rubella. (zie figuur 13).

**Figuur 13 : basisvaccinatie**

Geslacht	Leeftijd	Vaccin	Ziekte
jongens/meisjes	3-14 maanden	combivax	difterie, tetanus, kinkhoest
jongens/meisjes	15-24 maanden	MMR-vax	mazelen, bof, rubella
jongens/meisjes	6 jaar	Tedivax	difterie, tetanus
jongens/meisjes	11 à 12 jaar	MMR-vax	mazelen, bof, rubella
jongens/meisjes	alle leeftijden	Tevax	tetanus
meisjes	11 à 12 jaar	Ervevax	rubella
vrouwen	volwassenen	Ervevax	rubella

Kind en Gezin en het Medisch Schooltoezicht zijn de belangrijkste actoren in dit vaccinatiebeleid.

Afhankelijk van leeftijd en van de ziekte waartegen ingeënt wordt, bereikt men effectief 80 à 90 procent van de doelgroep. Dit is een zeer hoog percentage. Daardoor komen die ziekten ook kwasi niet meer voor. Op budgettair-financieel vlak overstijgen de baten ruim de kosten die aan gratis basisvaccinatie zijn verbonden. Zo bv. zouden de geraamde baten bij een veralgemeende vaccinatie tegen hepatitis B<sup>17</sup> ca. 429,9 miljoen BF bedragen terwijl de geraamde kosten voor de inenting slechts 77,4 miljoen BF bedragen. Baten en kosten liggen echter niet steeds bij dezelfde instantie.

Naast het anti-polio-vaccin, dat rechtstreeks door de federale overheid wordt betaald, zijn er nog een aantal andere vaccins die via het RIZIV worden terugbetaald. Sommige daarvan worden enkel gratis ter beschikking gesteld voor bepaalde risicogroepen.

Terwijl in het verleden vooral aspecten van algemene volksgezondheid meespeelden in het vaccinatiebeleid, komt tegenwoordig meer en meer het argument naar voren dat ouders eigenlijk de plicht hebben om hun kinderen te beschermen tegen ziekten.

- Een goede communicatie : overheid -artsenkorps

In december 1994 heeft de gezondheidsinspectie de publikatie van het Epidemiologisch Bulletin van infectieziekten, dat verscheen tussen 1985 en 1992, weer opgenomen.

Via deze publikatie wil men aan de artsen, die wettelijk verplicht zijn een reeks van ziekten te melden aan de overheid, een feedback geven van de door hen geregistreerde gegevens. Op die manier tracht men het artsenkorps ook optimaal te motiveren om ziekten te melden.

Het tijdschrift wordt aan een vierduizendtal abonnees kosteloos toegezonden. De gegevens worden ook opgenomen in het Europees bulletin voor infectieziekten.

### 2.6.3. Actieprogramma

- Om een efficiënt vaccinatiebeleid te kunnen blijven voeren, wil de Vlaamse overheid dat alle bevoegdheden én financiële middelen i.v.m. vaccinaties (zowel collectieve als individuele) aan de gemeenschappen worden toebedeeld.

In dat geval is de Vlaamse gemeenschap bereid om middelen vrij te maken voor nieuwe, kosteloze vaccinaties bv. dit tegen hepatitis B<sup>18</sup> en haemophilus influenzae type B.

Eens te meer blijkt dat om een efficiënt gezondheidsbeleid mogelijk te maken de bevoegdheidspakketten een grotere samenhang moeten vertonen. De terbeschikkingstelling van 77,4 miljoen/jaar ter bestrijding van hepatitis B brengt een besparing mee voor het RIZIV van ± 350 miljoen op jaarbasis.

- Binnen de Vlaamse administratie gezondheidszorg zal een medische permanentie worden gewaarborgd voor de opvang en begeleiding van dringende gezondheidsbedreigende toestanden.

Deze permanentie zal in eerste instantie bereikbaar zijn voor het artsenkorps . Zij kan in een later stadium eveneens ten behoeve van de lokale besturen en het grote publiek worden uitgebreid.

- Het epidemiologisch bulletin zal nieuwe impulsen krijgen met het oog op een nog betere communicatie met het artsenkorps.

<sup>17</sup> In Vlaanderen zijn ca. 400.000 mensen geïnfecteerd met het hepatitis B virus. Zo'n 40.000 virusdragers zijn permanent besmettelijk.

<sup>18</sup> Cf. de aanbeveling van de WGO en de World Health Assembly m.b.t. universele vaccinatie tegen 1997

## 2.7. Gezondheid en milieu

### 2.7.1. Feiten en ontwikkelingen

De aandacht voor de samenhang tussen milieu en gezondheid wint sinds enige decennia aan belang in de wetenschappelijke wereld. De laatste jaren is dit eveneens zo in grote lagen van de bevolking. Denken we hierbij maar aan de publieke belangstelling voor de mogelijke invloed van electromagnetische velden rond hoogspanningslijnen, de dioxine-uitstoot van verbrandingsovens voor huishoudelijk afval, de zomer- en wintersmog-episodes en de strandwaterkwaliteit.

Alhoewel de maatschappelijke bezorgdheid niet altijd in verhouding is tot het reëel bestaande risico voor de volksgezondheid, is ze dikwijls toch terecht.

Ook de Vlaamse overheid heeft het belang van de relatie tussen milieu en gezondheid ingezien en heeft terzake een aantal wettelijke initiatieven genomen. Voorbeelden zijn : het Vlaams Reglement betreffende de Milieuvergunning (VLA-REM), het bodemsaneringsdecreet en het decreet betreffende de profylaxe van besmettelijke ziekten.

#### \* De gezondheidsinspectie

De administratie Gezondheidszorg, en meer bepaald het team gezondheidsinspectie van de afdeling Preventieve en Sociale Gezondheidszorg, heeft op het domein van de milieugezondheidszorg een aantal belangrijke taken. De gezondheidsinspectie geeft in het kader van VLAREM adviezen aan de vergunningverlenende overheden (gemeente, provincie, Vlaams Gewest) en heeft binnen dezelfde reglementering ook uitgebreide inspectiebevoegdheid.

Het team adviseert ook burgemeesters en provinciegouverneurs inzake "ongezonde toestanden". De adviezen hebben zowel betrekking op problemen bij individuele personen of gezinnen (ongezonde woningen, vervuild putwater, ...) als op de effecten van lokale milieuverontreiniging voor een ruimer deel van de populatie. Zo bijvoorbeeld speelde de gezondheidsinspectie een belangrijke rol bij de aanpak van de loodvervuiling te Hoboken, de cadmiumproblematiek in de Noorderkempen en de problemen in de regio Tessengerlo.

Ook op het vlak van milieu-effectrapportering (MER) heeft de gezondheidsinspectie een belangrijke taak te vervullen.

Het team verricht ook beleidsvoorbereidend en - adviserend werk. Het opstarten van en/of deelnemen aan werkgroepen aangaande de implementatie van de adviezen van de milieuconferentie te Rio in 1992, de inhoudelijke invulling van de milieu-effectrapportering, de aanpassingen aan VLA-REM, het structuurplan Vlaanderen en het tweede milieu- en natuurrapport Vlaanderen zijn hiervan voorbeelden.

Met de ontwikkeling van nieuwe Vlaamse milieu-reglementeringen en de uitbouw van een Vlaamse

milieu-administratie, zijn ook de taken van de gezondheidsinspectie gegroeid.

De beschikbare arbeidskracht op de buitendiensten is echter beperkt gebleven tot gemiddeld twee verpleegkundigen en minder dan één voltijdse arts voor een hele provincie.

Noodgedwongen hanteert men dan een enge definitie van gezondheid, met name : "het niet voorkomen van fysieke aandoeningen". De controles van de gezondheidsinspectie worden veelal ook beperkt tot de controles in het kader van VLA-REM, en tot zwembaden en ziekenhuizen.

### 2.7.2. Algemene doelstellingen.

In overeenstemming met het Europees charter voor milieu en gezondheid (1989), de adviezen van de conferentie voor milieu en ontwikkeling te Rio (beter bekend als agenda 21) (1992), en de definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie beantwoordt het optreden van de gezondheidsinspectie in het kader van de milieugezondheidszorg aan drie belangrijke doelstellingen :

- gezondheid beogen volgens een ruime definitie : dus niet uitsluitend 'de afwezigheid van ziekte' doch veeleer 'een toestand van optimaal lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn' ;
- preventief optreden verkiezen boven curatief ingrijpen ;
- oplossingen voorstellen die passen in de nood aan een duurzame ontwikkeling.

Ook in de bedrijfsgezondheidszorg en bij de bedrijfsarts bestaat heel wat kennis en vaardigheid over ondernemingsgebonden gezondheidsrisico's. Deze know-how kan ook worden toegepast in de studie en de preventie van milieugezondheidsrisico' rond de onderneming.

Zowel nationaal , als internationaal groeit de consensus dat deze kennis en ervaring positief moeten worden aangewend en dat gezondheidsbeschermende opdrachten in het milieu moeten toevertrouwd worden aan de bedrijfsgezondheidsdiensten.

### 2.7.3. Actieprogramma.

- De Vlaamse overheid zal de samenwerking intensifiëren tussen de verschillende bevoegde departementen.

Aangezien er aan tal van beleidsdomeinen milieu- en gezondheidsaspecten verbonden zijn, is er nood aan een meer intense en daadwerkelijke vorm van samenwerking en overleg tussen alle bevoegde diensten.

- Op meerdere domeinen zullen preventieve maatregelen worden genomen om de kwaliteit van het milieu te verbeteren en gezondheidsbedreigende factoren op te sporen en te voorkomen.

Voorbeelden zijn :

- Opvoeren van de kwaliteitscontrole van het oppervlaktewater en het grondwater.

- Aanpassing van de normering voor de drinkwaterkwaliteit, onder meer op het vlak van het toegelaten loodgehalte en de cadmiumconcentratie. In 1993 publiceerde de wereldgezondheidsorganisatie immers nieuwe normen voor de drinkwaterkwaliteit, die strenger zijn dan de Vlaamse reglementering.
- Maatregelen voorstellen en informatie verspreiden i.v.m. zomersmog. In overleg met alle betrokken overheden zal een ozonplan worden uitgewerkt dat in de lente van 1996 aan het parlement zal worden voorgelegd.
- Stimuleren van het wetenschappelijk onderzoek en het nemen van preventieve maatregelen i.v.m. cadmiumverontreiniging en loodvergiftigingen.
- Evalueren van het radon-gevaar in de individuele woningen zodat gepaste preventie maatregelen kunnen genomen worden.
- De gezondheidsinspectie van de Vlaamse gemeenschap zal worden gereorganiseerd. De reorganisatie zal o.m. bestaan in de uitsplitsing van de gezondheidsinspectie in enerzijds een dienst infectieziekten (vaccinaties, preventiedecreet ...) en anderzijds een dienst milieugezondheidszorg.

## 2.8. Bedrijfsgezondheidsdiensten

### 2.8.1. Feiten en ontwikkelingen

Bedrijfsgezondheidszorg (= de praktische toepassing van de discipline 'arbeidsgezondheidskunde') maakt -samen met Kind en Gezin en Medisch Schooltoezicht- deel uit van één van de drie vormen van geprogrammeerde preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen.

De preventieve gezondheidszorg is (met uitzondering van de nationaal verplichte vaccinatie tegen polio) een volledige gemeenschapsbevoegdheid. (art. 5, §1, I, 2° van de Bijzondere Wet)

Sinds 1980 zijn de Gemeenschappen bevoegd voor de erkenning van de bedrijfsgezondheidsdiensten, de controle op de naleving van de erkenningsvoorwaarden en het eventueel intrekken van erkenningen van diensten.

Het grootste takenpakket inzake bedrijfsgezondheidszorg wordt evenwel nog steeds door de federale overheid (Minister van Tewerkstelling en Arbeid) uitgevoerd. Tot op heden ontbreekt iedere uitwisseling van informatie tussen de twee bevoegde instanties, hetgeen de goede werking duidelijk hypothekeert.

Arbeidsgezondheidskunde (= de wetenschappelijke discipline) is een tak van de medische wetenschap en behoort omwille van het preventieve karakter meer bepaald tot de sociale geneeskunde. Arbeidsgezondheidskunde werd recent erkend -zowel op het Belgische als op het Europese vlak- als een medische specialisatie.

De laatste tien jaren hebben zich belangrijke internationale ontwikkelingen voorgedaan op het vlak van de gezondheid en de veiligheid op het werk.

Ook in ons land is de discussie hierover stilaan op gang gekomen. De 'Codex over het welzijn op het werk' zal geleidelijk het oude Algemeen Reglement voor de Arbeidsbescherming (ARAB) vervangen.

De werking van de bedrijfsgezondheidsdiensten, steunt op twee pijlers : enerzijds het opmaken van een evaluatie van de arbeidstaak, anderzijds het analyseren van de arbeidsomstandigheden.

Bij de eerste opdracht staat de mens als werknemer centraal. Tijdens het periodiek medisch onderzoek wordt nagegaan welke knelpunten de werknemers ervaren in hun gezondheid met betrekking tot de arbeidssituatie. Tevens worden er actief bepaalde ziekten in de werknemerspopulatie opgespoord.

Voor de uitvoering van de tweede opdracht is een werkplekonderzoek noodzakelijk : arbeidsomstandigheden nakijken m.b.t. machines, materialen, arbeidsorganisatie en arbeidsprocédés, beroepsrisico's inschatten, ... kortom : een inzicht krijgen in de arbeidstaak met zijn fysieke en mentale belasting.

Daarenboven maken gezondheidsinformatie en -bevordering<sup>19</sup> en de organisatie van de dringende hulp bij ziekte en ongevallen ook deel uit van het takenpakket van een bedrijfsgezondheidsdienst.

Om de werking van deze diensten te ondersteunen zijn er bij wet minimumtarieven vastgelegd :

- per werknemer ,onderworpen aan de bepalingen van art. 128 van het ARAB, is er een minimumtarief bepaald van 2.920 BF/J.
- per werknemer, niet-onderworpen aan bovengenoemde bepaling, is het minimumtarief : 336 BF/J. (spilindex 114,89 voor 1994).

De bedrijfsgezondheidszorg bereikt bij wet een groot deel van de bevolking, met name alle werknemers. Niet alle werknemers zijn evenwel onderworpen aan een periodiek medisch onderzoek. De geregelde medische onderzoeken zijn beperkt tot diegenen die onderworpen zijn aan de bepalingen van art. 124 van het ARAB.

Ook in het onderwijs vindt men beroepsrisico's terug zoals beschreven in het ARAB art. 124. Daarenboven spelen er in het onderwijs nog vele andere factoren (jobinhoud, relaties onderling, -met leerlingen, directie en ouders..) een rol in het gezondheidsbeleven van het onderwijzend personeel.

<sup>19</sup> bv. campagnes rond preventie van arbeidsgebonden kankers (chemisch of fysich geïnduceerd), rond drug- of alcoholgebruik op het werk, rond psychische aspecten van arbeid e.a.

De BGZ-opdrachten worden er zelden door bedrijfsartsen uitgevoerd omdat scholen zich (omwille van de financiële drempel) nauwelijks aansluiten bij een bedrijfsgezondheidsdienst. Hier en daar worden er - op vrijwillige basis - BGZ-taken uitgevoerd door schoolartsen. De aanwezigheid van twee preventie-artsen in één school kan - mits goed overleg- voordelen hebben, maar leidt in het andere geval soms tot tegenstrijdige adviezen.

Algemeen mag gesteld worden dat een goed functionerende bedrijfsgezondheidszorg bijdraagt tot het goed economisch functioneren van de onderneming/organisatie.

### 2.8.2. Algemene doelstellingen

Het doel van de arbeidsgezondheidskunde en van de bedrijfsgezondheidszorg is het bevorderen van de gezondheid van de arbeidende mens, alsook de gezondheid van anderen voor zover zij beïnvloed wordt door industriële activiteiten in en buiten het bedrijf. Deze doelstellingen zijn in de eerste plaats preventief.

De uiteindelijke doelstelling van deze dienstverlening is -om via een totaal preventief gezondheidsbeleid- het juiste evenwicht te vinden tussen de werkende mens en zijn arbeidssituatie.

De bedrijfsgezondheidszorg wordt uitgeoefend in sterk van elkaar verschillende sectoren en ondernemingen. Bovendien kunnen de economische en sociale voorwaarden in die sectoren en ondernemingen snel wijzigen. Een grote flexibiliteit in de uitvoering van de opdrachten en taken is dus noodzakelijk.

De bedrijfsgezondheidszorg moet gesitueerd blijven binnen de globale gezondheidszorg en moet kaderen binnen het algemene gezondheidsbeleid.

### 2.8.3. Actieprogramma

- De Vlaamse overheid wil komen tot een samenwerkingsakkoord met de federale minister van Arbeid en Tewerkstelling. Dit samenwerkingsakkoord moet o.m. een oplossing bieden voor het specifieke probleem van bedrijfsgezondheidsdiensten en van bedrijfsartsen die zowel in het Vlaamse, in het Waalse, als in het Brussels gewest werkzaam zijn.

- De rol van de bedrijfsgezondheidszorg zal worden geherdefinieerd in nauw overleg met de Vlaamse Wetenschappelijke vereniging voor Arbeidsgeneeskunde, V.W.V.A.

Zo zal er o.a. in de toekomst meer klemtoon gelegd worden op de taken t.a.v. het werkmilieu en minder op de periodieke medische onderzoeken. Meer ruimte en mogelijkheden zullen worden gecreëerd voor wetenschappelijk onderzoek en voor permanente vorming en opleiding.

- De werking van bedrijfsgeneeskundige diensten zal worden verbreed tot een ruimere preventieve werking. In dit kader zullen functionele samenwerkingsvormen met veiligheidsdiensten worden nagestreefd.

In de diensten zal een grotere multidisciplinariteit worden ingevoerd met inbreng van specifieke deskundigen alnaargelang de situatie. De werknemers krijgen daarbij een waarborg van professionele deskundigheid, onafhankelijkheid in de praktijk en respect voor het medisch beroepsgeheim, overeenkomstig de International Code of Ethics for Occupational Health Professionals, ICOH.

- In het kader van het kwaliteitsdecreet zal de controle van erkende diensten worden versterkt via een nieuwe vorm van kwaliteitscontrole (intern en extern) die zowel gericht is op de werking als op het gebruik van de beschikbare middelen.

- In samenspraak met de Vlaamse minister bevoegd voor onderwijs zal de bedrijfsgezondheidszorg ook in het onderwijs worden uitgebouwd.

Ook in de onderwijssector is samenwerking tussen een bedrijfsgeneeskundige dienst en het medisch schooltoezicht belangrijk en perfect mogelijk. Op enkele plaatsen is dit reeds operationeel.

## 2.9. Centra voor menselijke erfelijkheid

### 2.9.1. Feiten en ontwikkelingen

De centra voor menselijke erfelijkheid zijn te beschouwen als zware medisch-technische diensten in de zin van artikel 44 van de organieke ziekenhuiswet. De basishormering van deze centra is aldus tot op heden een federale aangelegenheid geweest. De erkenning gebeurt door de Vlaamse regering.

In Vlaanderen zijn er vier centra die elk verbonden zijn aan een universitair ziekenhuis.

- Centrum Medische Genetica - VUB
- Centrum voor Menselijke Erfelijkheid - KUL
- Centrum Medische Genetica - UIA
- Facultair Centrum Genetica - UG

De centra voor menselijke erfelijkheid ontvangen voor hun wetenschappelijke opdracht van de Vlaamse overheid jaarlijks een werkingsubsidie.

Op 3 mei 1995 heeft de Vlaamse regering een besluit goedgekeurd dat aanvullend is t.o.v. de federale wetgeving en een aantal bijkomende opdrachten geeft aan deze centra. Hieraan is een subsidiëring verbonden. Deze opdrachten zijn de volgende :

- het erfelijk karakter van aandoeningen bestuderen en zoeken naar alternatieven ter voorkoming van erfelijke ziekten of handicaps;

- advies verlenen en ondersteuning bieden aan de ouders ondermeer door het vertalen van de onderzoeksresultaten naar de betrokken ouders en het moreel en psychologisch begeleiden van de ouders bij de verwerking;

- wetenschappelijke medewerking bieden aan de Vlaamse Gemeenschap inzake wetenschappelijk onderzoek.

Elk centrum is verplicht mee te werken aan een eenvormige registratie van genetische gegevens. Hiertoe zullen de nodige richtlijnen worden gegeven.

### 2.9.2. Algemene doelstellingen

De centra voor menselijke erfelijkheid hebben een belangrijke rol te vervullen in de predictieve geneeskunde.

Gezien het onderwerp waarmee ze zich bezighouden, mogen ze zich zeker niet beperken tot een louter medisch-technische benadering. Bio-ethische reflectie over de belangen- en waardenconflicten waarmee zij worden geconfronteerd in hun taakuitoefening behoren tot hun opdracht.

Ook in het voorkomen van misbruik van de verschillende methoden voor geslachtskeuze spelen de centra voor menselijke erfelijkheid een belangrijke rol.

Een eerste methode van geslachtskeuze is de geslachtsselectieve zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek.

Geslachtsselectieve zwangerschapsafbreking om niet medische redenen is zowel ethisch als juridisch onaanvaardbaar. De wet op de zwangerschapsafbreking laat een zwangerschapsafbreking in het tweede trimester slechts toe als er een zeer ernstige indicatie bij de moeder of de foetus aanwezig is. Een dergelijke indicatie ontbreekt per definitie bij een geslachtskeuze om niet medische redenen.

Prenatale diagnostiek dient te gebeuren in het raam van de erkende centra voor menselijke erfelijkheid. Er zijn geen misbruiken bekend van prenatale diagnostiek om geslachtskeuze om niet medische redenen mogelijk te maken. De centra voor menselijke erfelijkheid bieden voldoende medische en morele garanties om er op te kunnen vertrouwen dat langs de weg van de prenatale diagnostiek de deur naar grootschalige geslachtskeuze niet zal worden geopend.

De tweede methode van geslachtskeuze is de geslachtsselectieve embryo implantatie in uitvoering van een pre-implantatie diagnose.

Hier kan een analoge redenering worden gemaakt als voor de prenatale diagnostiek. Enkel de erkende centra voor menselijke erfelijkheid mogen de pre-implantatiediagnostiek gebruiken. Op dit ogenblik zijn er geen aanwijzingen dat deze centra deze techniek op een oneigenlijke manier zouden aanwenden om geslachtskeuze voor niet medische redenen mogelijk te maken.

Het meest zorgwekkend zijn de ontwikkelingen in het kader van de derde methode voor geslachtskeuze, nl. de zgn. spermascheiding.

Deze methode is onbetrouwbaar en onveilig. Het betreft een nog experimentele methode waaraan dan ook de terzake geldende ethische en juridische eisen inzake informed consent, advies door een deskundige commissie voor medische ethiek e.d. moeten worden gesteld.

Naar de toekomst dient ook deze methode onder de uitsluitende bevoegdheid van de centra voor menselijke erfelijkheid te worden gebracht om misbruiken te voorkomen. Voor dergelijke uitsluitende bevoegdheid is een wettelijke basis te vinden in de ziekenhuiswet en het vermelde K.B. van 14 december 1987. Artikel 1 van dit besluit noemt als een van de wettelijke opdrachten van de centra voor menselijke erfelijkheid het bepalen van het "dragerschap van erfelijke eigenschappen". De sekse van een persoon is ongetwijfeld een dergelijke eigenschap.

Op grond hiervan zal de erkenningsaanvraag van een zogeheten geslachtskliniek niet worden gehonoreerd.

Wat het ethische aspect betreft zal zo spoedig mogelijk het Raadgevend comité voor bio-ethiek om een advies verzocht worden over deze methode die, het weze nog eens benadrukt, thans niet als een reële mogelijkheid voor geslachtskeuze mag worden voorgesteld.

De leden van het Raadgevend comité voor bio-ethiek werden reeds sinds enkele maanden benoemd. In het Comité zetelen twee deskundigen aangeduid door de Vlaamse Gemeenschap en een vertegenwoordiger van de Vlaamse Gemeenschap. De installatie van het Comité zal nog in de loop van 1995 plaatsvinden. Het Comité heeft de opdracht advies uit te brengen op verzoek van ondermeer de Vlaamse regering of een lid ervan, 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.

### 2.9.3. Actieprogramma

- In het preventiecongres dat in het voorjaar 1997 zal plaatsvinden, zullen de taken en opdrachten van de centra voor menselijke erfelijkheid in het kader van een Vlaams gezondheidsbeleid verder worden uitgediept.

Ondertussen zal op korte termijn een homogene en accurate registratie worden uitgewerkt waaraan de vier erkende centra zullen deelnemen zodat er een duidelijker beeld wordt verkregen van de bereikte populatie en de gestelde problematieken.

## 2.10. Drughulpverlening en druggebruik

### 2.10.1. Feiten en ontwikkelingen

\* Het gebruik

Er bestaat nog steeds weinig of onvoldoende betrouwbaar cijfermateriaal omtrent alcohol- en druggebruik in Vlaanderen. De beschikbare gegevens zijn grotendeels afkomstig van onderzoeken die onderling niet vergelijkbaar zijn wegens het verschil in steekproefsamenstelling, in wijze van registratie, enz.

Dit probleem werd reeds eerder onderkend. In 1990 werd in het kader van de Intercommunautaire Coördinatiecommissie een samenwerking aange-

gaan tussen de gemeenschappen om tot meer overeenstemming te komen in het verzamelen van gegevens over alcohol- en drugproblemen. Dit resulteerde in 1991 in een 'overzicht van epidemiologische gegevens van 1980-1990'. In 1993 volgde een tweejaarlijkse aanvulling; in 1995 maakte de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (V.A.D.) een overzicht van de beschikbare gegevens van 1993-1994. Deze overzichtsstudies maken gebruik van :

- bevolkingsstudies, gebaseerd op enquêtes;
- registratiestudies die de kenmerken bestuderen van personen die, met betrekking tot alcohol, medicatie en andere drugs, contact hebben met o.a. hulpverlenings- en justitiële diensten;
- officiële statistieken, die verstrekt worden door officiële departementen en diensten.

Op basis van dit materiaal zijn een aantal trends weer te geven die zich inzake middelengebruik tussen 1980 en 1994 hebben voorgedaan<sup>20</sup>

Alcoholgebruik 1980-1994 :

- \* het alcoholgebruik per hoofd van de Belgische bevolking is gedaald;
- \* een toenemende groep jongeren drinkt, in vergelijking met 1990, nooit alcohol;
- \* het is niet duidelijk of jongeren die wel alcohol drinken dit in meer of mindere mate doen in 1994, vergeleken met de periode 1980-1990.

Geneesmiddelengebruik 1980-1992 :

- \* het gemiddelde gebruik van geneesmiddelen per hoofd van de bevolking is sinds 1980 fors gestegen ;
- \* pijnstillers zijn veruit de meest gebruikte medicamenten bij schoolgaande jongeren, zowel in de jaren '80 als in de jaren '90;
- \* het probleemgebruik bij schoolgaande jongeren van kalmeer-, slaap- en pepmiddelen lijkt in de loop van de jaren miniem te zijn.

Druggebruik 1980-1990 :

- \* heel waarschijnlijk is er met betrekking tot de frequentie van het gebruik van illegale drugs bij jongeren in 1994 niet veel veranderd in vergelijking met 1980. Deze bewering kan echter niet empirisch worden aangetoond;
- \* cannabis is veruit het meest populaire middel bij de schoolgaande jeugd;
- \* het gebruik van heroïne bij de schoolgaande jeugd is vrijwel onbestaande.

Een vergelijkende studie van recente bevolkingsenquêtes bij schoolgaande jongeren geeft nog enkele bijkomende evoluties weer, nl.<sup>21</sup>

\* jongeren gebruiken drugs veelal in groepsverband en bij vrienden;

\* jongens maken veel meer gebruik van illegale drugs dan meisjes;

\* het gebruik van drugs stijgt met de leeftijd. De eerste contacten met illegale drugs vinden plaats rond de leeftijd van 15-16 jaar, de eerste contacten met legale drugs ( alcohol, tabak, ...) daarentegen vinden reeds plaats rond de leeftijd van 12-14 jaar, met uitzondering van het gebruik van medicatie;

\* de relatie met de ouders en het voorbeeld van de ouders betreffende gebruik van middelen beïnvloeden sterk het druggebruik van jongeren.

Deze gegevens zullen bij de uitwerking van een concreet actieplan mee in rekening worden genomen.

\* Hulpverlening en preventie

• De drughulpverlening in Vlaanderen wordt opgenomen door diverse voorzieningen, met name :

– de psychiatrische ziekenhuizen : momenteel zijn er 40 erkend in Vlaanderen;

– de revalidatiecentra : Vlaanderen telt 3 centra met samen 37 plaatsen voor residentiële crisisopvang, 5 centra met 70-tal plaatsen voor langdurige programma's in therapeutische gemeenschappen en 4 dagcentra;

– 84 centra geestelijke gezondheidszorg : uit recente registratiegegevens blijkt dat 10% van de volwassenen zich melden met een verslavingsproblematiek; in absolute cijfers betekent dit ongeveer 3300 cliënten.

Daarnaast zijn in Vlaanderen ook 75 straathoekwerkers werkzaam. Zij werken niet altijd specifiek rond de drugproblematiek; hun centrale doelstelling is het verminderen van maatschappelijke kwetsbaarheid van de jongeren . Stoppen met gebruik kan daar één element in zijn.

Ten slotte zijn er meerdere zelfhulpgroepen actief met betrekking tot alcoholverslaving (o.a. AA-groepen), tot medicatieverslaving (o.a. Toxangroepen) en illegaal drugverslaving (o.a. Nieuwgeborenen).

• In het kader van de drugpreventie werden sinds 1988 in elke Vlaamse provincie twee preventiewerkers aangesteld binnen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Ze hebben als opdracht een meer systematische en gecoördineerde aanpak van preventie van alcohol- en andere drugproblemen te realiseren. De preventiewerkers worden ondersteund door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen.

De stijgende aandacht voor het druggebruik bij jongeren resulteerde in een groeiend aantal preventiewerkers binnen diverse organisaties met een algemeen preventieve opdracht zoals de Comités Bijzondere Jeugdzorg, de Jongeren Advies Centra, Centra Levens-en Gezinsvragen, de Polyvalente Centra,... Daarnaast werden in het kader van de criminaliteitspreventie tientallen projecten met preventiewerkers opgestart in Vlaamse steden en

20 Lenders F., Wydoodt J.P., Alcohol, illegale drugs en medicatie. Recente ontwikkelingen in Vlaanderen, Brussel, VAD, 1995.

21 Lemmens M., Het druggebruik bij de Vlaamse schooljeugd. Een overzicht van recente bevolkingsenquêtes bij schoolgaande jongeren, in : Journal Club, 1994,3.

gemeenten. Drugpreventie vormt daarbij een specifieke doelstelling.

Om deze initiatieven te coördineren werd op Vlaams niveau de coördinatieopdracht van de V.A.D. versterkt; op provinciaal niveau werd een drugpreventieplatform opgericht waaraan alle preventieactoren kunnen deelnemen om een gemeenschappelijk drijarenplan uit te werken.

### 2.10.2. Algemene doelstellingen

De gezondheidszorg heeft inzake de drugproblematiek een verantwoordelijkheid in de mate dat het druggebruik een probleem stelt voor het individu en/of zijn directe omgeving (ouders, partner, collega, ...) zowel op fysisch als op psychisch vlak.

De bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap omvat zowel de hulpverlening als de preventie. Deze domeinen zijn complementair en hebben raakvlakken met andere beleidsdomeinen zoals veiligheid, justitie, verkeer, enz. Een doeltreffend drugbeleid vergt dan ook een geïntegreerde aanpak, waarbij op elk niveau in overleg en met de nodige coördinatie wordt samengewerkt.

In Vlaanderen bestaan reeds heel wat organisaties en lopen meerdere initiatieven om de drugproblematiek te voorkomen en aan te pakken. Een goed beleid vertrekt van het bestaande en probeert de zorg te optimaliseren door de voorzieningen te stimuleren hun eigen opdracht waar te maken in afstemming en samenwerking met de andere werksorten en sectoren. Nieuwe initiatieven - zowel uitbreidingen als de uitbouw van nieuwe werksorten - worden enkel genomen op basis van een grondige behoeftenstudie en voor zover bestaande werkvormen onvoldoende een antwoord kunnen formuleren op de noden.

Vanuit deze globale optie zal het drugbeleid van de komende jaren de volgende accenten kennen :

- prioritaire aandacht voor preventie en informatie;
- een hulpaanbod op maat van de cliënt;
- samenwerking tussen de werkvormen.

#### \* Prioritaire aandacht voor preventie

De prioritaire aandacht voor preventie van druggebruik is verantwoord vanuit het leedbesparend effect voor de gebruiker en zijn omgeving; in tweede orde kan het op termijn ook kostenbesparend werken voor de gezondheidszorg.

Het druggebruik kan problemen meebrengen op fysisch, psychisch, sociaal en juridisch vlak en dit zowel voor de gebruiker zelf, zijn omgeving en/of de samenleving. De aard en de ernst van het probleem worden bepaald door meerdere factoren :

- het 'niveau' van druggebruik, o.a. soort drug, de dosis, de zuiverheidsgraad;
- persoonsgebonden kenmerken (biologische en fysische) van de gebruiker;
- de context waarbinnen het gebruik zich voordoet : de omgeving, de redenen van gebruik, enz.

De diverse niveaus waarop problemen kunnen ontstaan en de veelheid aan factoren geven aan dat in principe iedereen met drugproblemen kan worden geconfronteerd. Dit pleit voor een preventiestrategie die zich richt naar de gehele bevolking.

Een verslavingsprobleem kent bovendien een procesmatig verloop. Er voltrekt zich een leerproces op basis van conditionering; eenmaal men werkelijk is 'ingestapt', stapt men er niet zo gemakkelijk uit. In elk stadium kunnen negatieve consequenties optreden.

Dit pleit voor een vroegtijdige preventiestrategie, liefst vóór er van enig probleem sprake is.

Het preventiebeleid wil een attitude- en gedragsverandering teweegbrengen bij de (potentiële) gebruiker. Men wil hem leren neen zeggen tegen drugs, weerbaarder maken tegen groepsdruk, sociaal vaardiger maken om moeilijke situaties die aanleiding kunnen geven tot druggebruik te voorkomen of het hoofd te bieden, enz.

Deze brede doelgroep effectief bereiken is niet zo evident. Daarom is het aangewezen te werken met intermediären. Veldwerkers en verantwoordelijken binnen de onderscheiden maatschappelijke instellingen (o.a. onderwijs, jeugdwerk, gezondheidszorg, enz.) vormen de sleutelfiguren voor het bereiken van diverse doelgroepen. Door sensibilisering, vorming en ondersteuning van deze intermediären kunnen grotere groepen op een intensere en geëigende manier worden bereikt. Dit vraagt dus een structurele preventiestrategie.

Maar er is meer dat pleit voor een structurele aanpak. Een deel van het probleemgebruik kan voortkomen uit het disfunctioneren van de basisvoorzieningen zelf (o.a. onderwijs, tewerkstelling, justitie, enz.). Wijziging hierin (b.v. werken aan een beter schoolklimaat) vermindert de draaglast voor de (potentiële) gebruiker en kan preventief werken op het druggebruik.

Ten slotte kunnen problemen nog op twee manieren worden voorkomen, nl. door de mogelijkheden tot gebruik in te perken (defensief) of door nieuwe alternatieven aan te reiken (offensief).

In de defensieve strategie wordt uitgegaan van de veronderstelling dat de mens moet worden behoed voor de gevaren die hem bedreigen. Men gaat bepaalde gedragingen en/of de structurele mogelijkheden om een bepaald gedrag te stellen, inperken.

In een offensieve strategie gaat men ervan uit dat problemen het best kunnen worden aangepakt door de zelfstandigheid en de zelfstandige keuze van de mens te bevorderen. In deze optiek kan de mens meer handelingsruimte verwerven en benutten als hij weerbaar wordt gemaakt tegen de problemen die hem belagen.

Bij een defensieve aanpak ligt de klemtoon op het indijken van het probleem. Vaak gaat het hier enkel om een symptoombestrijding. In een offensieve optiek wil men teruggaan naar de oorsprong, de wortel van het probleem. Men wil niet enkel voorkomen dat het probleem erger wordt, men wil



voorkomen dat het probleem zich in de toekomst nog in dezelfde mate of voor dezelfde bevolkingsgroepen stelt.

Een beleid dat emancipatie en responsabilisering van de cliënt belangrijk vindt, kiest voor een offensieve preventiestrategie.

Het is wel zo dat wanneer een probleem dreigt uit de hand te lopen, de noodzaak om defensief in te grijpen alsnar groter wordt. Of m.a.w. hoe vroeger wordt ingegrepen, hoe groter de mogelijkheden om offensief te werken.

Het preventiebeleid inzake druggebruik zal in de komende jaren hoofdzakelijk worden geconcretiseerd in acties die zich richten naar de hele bevolking, structureel gericht zijn en zoveel mogelijk een offensief karakter kennen.

\* Een hulpaanbod op maat van de cliënt.

#### *Toegankelijk en laagdrempelig*

Het zorgaanbod met betrekking tot drugmisbruik moet toegankelijk zijn voor iedereen. Dit houdt in dat mensen omwille van hun druggebruik niet mogen worden uitgesloten van hulp en zorg : gebrekkige motivatie, beperkte persoonlijke doelstelling, financiële toestand, al of niet verzekerd zijn, justitiële (hechtenis) of medische (aids) nevenproblemen zijn geen redenen om hulp te ontzeggen.

Vanuit een 'geen-uitsluitingsbeleid' kunnen bijzondere faciliteiten (b.v. behandeling in de gevangenis) worden gecreëerd.

Laagdrempeligheid toegankelijkheid en persoonlijke bijdrage zijn voorwaarden die vooral gelden voor de eerstelijnsvoorzieningen die instaan voor een algemene sociale en psycho-sociale opvang en begeleiding. Zij moeten openstaan voor elke hulpvraag, maar ook voor informatie en advies. De gespecialiseerde voorzieningen zijn bedoeld voor personen met een verslavingsproblematiek en die gemotiveerd zijn om een behandeling te volgen of die via justitiële weg gedwongen worden tot opname.

#### *Gedifferentieerd*

De complexiteit van de drugproblematiek vraagt naar een gedifferentieerde en integrale aanpak waarbij zorg en hulp worden geboden op verschillende vlakken, bv. op medisch, psycho-sociaal, juridisch en socio-economisch vlak. Er zijn grote verschillen tussen de druggebruikers zelf inzake de aard en de ernst van hun verslaving, de specifieke risico's, de dreigende complicaties, de psychologische en sociale determinanten, ... Het is dan ook duidelijk dat er geen 'passe-partout' behandeling bestaat, dat er geen universeel therapeutisch model is.

Dit alles vraagt een gediversifieerd aanbod aan voorzieningen die instaan voor crisisopvang, verzorging, begeleiding, ontwenning, zelfhulp, nazorg, ... en een grote flexibiliteit in dispatching en samenwerking zodat elke cliënt op de juiste plaats kan worden geholpen. Dit is zorg op maat.

In het zorgaanbod primeert het subsidiariteitsprincipe : er wordt gekozen voor de minst ingrijpende interventie, gaande van zelfzorg over mantelzorg en extramurale tot intramurale zorg. Een minder ingrijpende interventie verlaagt het risico op stigmatisering en hierdoor op fixatie van het probleemgedrag.

Dit impliceert dat de zorgvoorzieningen voor de mensen een duidelijk profiel hebben en dat er voldoende tussenschakels bestaan om een naadloze overgang tussen de verschillende types mogelijk te maken.

Naargelang van de vorm en het stadium van gebruik is een ander zorgaanbod nodig :

1. Beginnend experimenteelgedrag vraagt een eerder pedagogische ondersteuning en bijsturing (door medestudenten zelf, ouders, scholen, MST, PMS,...). Objectieve en begrijpbare informatie moet druggebruik ontraden en de omgeving leren omgaan met deze situatie.

2. In de fase van meer actief zoeken met de eerste symptomen van probleemgedrag is emotionele en psychologische opvang nodig vanuit het pedagogisch netwerk van leerkrachten, PMS en MST-medewerkers of vanuit de eerstelijnsvoorzieningen zoals de huisartsen en polyvalente welzijnscentra. Elke eerstelijnsvoorziening moet signalen van druggebruik kunnen herkennen. De aanpak in de eerstelijns moet niet drugspecifiek zijn, maar moet zich richten op de achterliggende factoren en de samenhang tussen druggebruik en tal van psychosociale problemen. Dit houdt o.m. in : informatie- en adviesverstrekking aan experimenterende druggebruikers, aangepaste begeleiding van jongeren die van recreatief gebruik dreigen af te glijden naar problematisch gebruik en opvang van ongeruste ouders.

Wanneer het druggebruik problematischer vormen aanneemt zullen zij de druggebruiker motiveren om in behandeling te gaan. De eerstelijns moet ook bij doorverwijzing een vertrouwensrelatie trachten te behouden en mee te werken aan de reïntegratie in de nazorgfase. Op dit niveau, zowel bij PMS/MST-centra als bij huisartsen is er een grote behoefte aan deskundigheidsbevordering om de signaal- en eerste opvangfunctie goed te kunnen invullen. De deskundigheidsbevordering zal, in overleg met het werkveld, vanuit de V.A.D. worden geconcipieerd. De opleidingsinitiatieven georganiseerd door opleidingscentra van en voor beroepsgroepen zullen door de V.A.D. gecoördineerd en inhoudelijk worden geëvalueerd.

3. Voor de opvang van geïntegreerd en problematisch druggebruik is een divers aanbod van algemene, specifieke en gespecialiseerde zorg nodig.

De algemene zorg staat in voor :

– de begeleiding (ambulant en residentieel) van de problematische gebruiker. Daarbij staan het wegwerken van de omstandigheden die aanleiding geven tot problematisch gebruik en het leefbaar

maken en houden van leefomstandigheden, centraal ;

– de motiverende toeleiding naar ontwenningprogramma's;

– het helpen voorkomen van een strafrechtelijk optreden en indien de gebruiker in aanraking komt met het strafrecht, het geven van impulsen voor een welzijnsbenadering;

– de opvang van ouders van problematische gebruikers.

Deze zorg kan worden opgenomen door de polyvalente welzijnscentra, het OCMW, de centra begeleid wonen, de comités voor bijzondere jeugdzorg, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, ... Ook zij zullen binnen hun algemene werking deskundigheid opbouwen inzake de drugproblematiek.

De gespecialiseerde categoriale drughulpverlening levert een gedifferentieerd therapeutisch aanbod voor personen met zware verslavingsproblemen. De behandeling is zowel drugspecifiek als gericht op de achterliggende factoren.

De gespecialiseerde drughulpverlening heeft ook een consultfunctie ten aanzien van de diensten die instaan voor algemene zorg en opvang van experimenteergedrag.

Voor deze gespecialiseerde hulpverlening zullen bijzondere programmatie-, erkennings- en financieringsnormen worden omschreven. Bij het uittekenen van deze normen zal een minimale activiteiten drempel inzake verslaafde patiënten worden vooropgesteld en zal voldoende ruimte worden gelaten voor een multidisciplinair en gedifferentieerd aanbod.

Deze bijzondere erkenning kan zowel worden toegerekend aan gespecialiseerde centra voor geestelijke gezondheidszorg, de welzijnscentra met bijzondere opdracht inzake drughulpverlening, de algemene ziekenhuizen met A-dienst gespecialiseerd in drugproblematiek, psychiatrische ziekenhuizen gespecialiseerd in drugproblematiek als aan crisiscentra (residentiële revalidatiecentra), therapeutische gemeenschappen (residentiële revalidatiecentra) of dagcentra (ambulante revalidatiecentra). Op termijn moeten de RIZIV-conventies worden omgezet in ziekenhuisdiensten of gereglementeerde gezondheidsvoorzieningen. In afwachting hiervan moet in de RIZIV-conventies de verplichting worden opgenomen van functionele samenwerking en overleg met erkende gezondheidsvoorzieningen of ziekenhuisdiensten.

De hulpverlening is normaliter gericht op volledig herstel en op het wegnemen van de oorzaken. Door de aard van het verslavingsprobleem (procesmatig verloop, recidiverend karakter, motivatieproblematiek, ...) kan dit doel niet altijd onmiddellijk worden bereikt. Ondertussen is een schadebeperkende interventie (een zoveelste detox, methadon, ...) strategisch waardevol en op zich een zeer humane doelstelling. Niettemin moet de hulpverlener zelf de mogelijkheden tot een meer fundamen-

tele oplossing onderzoeken en zo mogelijk bevorderen.

#### *Kwaliteitsvol*

De kwaliteit van de drughulpverlening dient verder te worden versterkt.

De vraag naar opleiding en deskundigheidsbevordering m.b.t. opvang en begeleiding van de drugproblematiek is groot. Er heerst nog veel onzekerheid om met 'verslaafden' om te gaan. De verslavingsproblematiek moet meer aandacht krijgen in de diverse opleidingscurricula van medici, paramedici, therapeuten allerhande, maatschappelijk werkers, opvoeders, ....

Ondertussen is specifieke navorming via de verschillende beroepsverenigingen en een meer centraal opgezet vormingsaanbod en trainingen nodig.

\* Samenwerking (= netwerk) en coördinatie

Het huidige drughulpverlenings- en drugpreventieaanbod kent in Vlaanderen een grote verscheidenheid aan instellingen en initiatieven. Dit is enerzijds nodig gezien de diversiteit in vragen en in cliënteel; anderzijds wordt het risico op overlapping en onefficiënt gebruik van de middelen groter.

Om tot een efficiënt en effectief drugbeleid te komen is het nodig dat elke voorziening zich op het domein van de drughulpverlening duidelijker profileert, aangeeft welke doelstelling zij nastreeft, in welk stadium van de probleemwording zij wil intervensiëren, voor welke groep verslaafden zij een zorgaanbod wil uitbouwen, ...

Eens dit duidelijk is, is de volgende stap positionering en samenwerking in een regio. Dit komt erop neer dat elke voorziening zich inschrijft als een element in een geheel en aangeeft op welke manier ze met andere voorzieningen functioneel samenwerkt en hoe ze deze samenwerking zou kunnen optimaliseren.

Deze 'positionering in samenwerking' gaat uit van de vaststelling dat één voorziening afzonderlijk geen oplossing kan bieden aan de drugproblematiek en dat elke werksoort haar verantwoordelijkheid dient op te nemen in het totale proces.

Wanneer elke voorziening en elk initiatief zich heeft geprofileerd en gepositioneerd, kunnen functionele samenwerkingsafspraken worden gemaakt en geformaliseerd in een netwerk. Dit netwerk mag geen autonome structuur op zich worden, maar moet ervoor zorgen dat elke druggebruiker zorg op maat kan krijgen. Deze aanpak voorkomt meteen ook dat druggebruikers ongecontroleerd gaan "shoppen" tussen allerlei voorzieningen.

#### *2.10.3. Actieprogramma*

Het Vlaamse actieprogramma inzake drugbeleid zal gebaseerd zijn op vier pijlers :

- doeltreffender preventie door beter informeren ;
- deskundigheid bevorderen ;
- evenwichtige uitbouw van hulpverlening ;

- samenhang verbeteren.

De preventiecampagne zal gericht zijn naar de hele bevolking, en hierbij gebruik maken van intermediaire structuren. Zij zal een offensief, doch positief karakter hebben.

Vooraleer categoriale en gespecialiseerde diensten in te schakelen, zullen algemene eerstelijnsvoorzieningen en -werkers de drugproblematiek in een zo vroeg mogelijk stadium leren detecteren en via informatie en adviezen een eerste opvang en begeleiding realiseren. Dit vergt deskundigheidsbevordering. De schoolartsen en de centra van geestelijke gezondheidszorg zullen hierbij een actieve rol krijgen. De vereniging voor alcohol- en andere drugproblemen krijgt een ondersteunende rol.

De verder evenwichtige uitbouw van de drughulpverlening zal gebaseerd zijn op een analyse van het huidige zorgaanbod en van de behoeften. Zorg op maat zal nagestreefd worden t.o.v. alle druggebruikers en hun omgeving. Er zal gekozen worden voor de minst ingrijpende interventie gaande van zelfzorg over mantelzorg en ambulante zorg naar residentiële opvang.

- Enkel door samenhang en coördinatie van de acties vanwege justitie, binnenlandse zaken, volksgezondheid, welzijnswerk, onderwijs, jeugdwerk ... kunnen oorzaken en gevolgen van het druggebruik worden aangepakt. Overleg tussen al deze actoren kan evenwel slechts binnen één forum waaraan alle betrokken partners op een gelijkwaardige wijze participeren.

Om dit te realiseren is voor 1996 ruim 50 miljoen extra voorzien op het programma "drugpreventie en -behandeling". De inhoudelijke en concrete uitwerking van dit plan zal het voorwerp uitmaken van een aparte drugbeleidsnota.

## 2.11. Palliatieve zorg

### 2.11.1 Feiten en ontwikkelingen

Palliatieve zorg wordt gedefinieerd als het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen alsook psychologische, morele, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn.

In Vlaanderen bestaan er drie specifieke organisatievormen voor palliatieve zorgverlening :

- palliatieve eenheden, waarbij een intramurale verzorging aan terminale patiënten wordt gegeven in specifieke eenheden, die volledig los staan van het ziekenhuis.
- palliatieve functie of mobiele eenheid. In een ziekenhuis kan een pluridisciplinair team worden samengesteld uit twee of drie deskundigen die hulp en bijstand verlenen op psychisch, medisch en sociaal gebied om aldus tegemoet te komen aan de fysische, psychische en spirituele noden van de patiënten tijdens de terminale fase van hun ziekte.

De hulp en bijstand zijn erop gericht de kwaliteit van het leven te vrijwaren.

- palliatieve thuiszorgteams zijn eenheden, bestaande uit deskundigen die het verzorgend team of individuele professionele thuisverzorgers ondersteunen en begeleiden bij de uitvoering van de palliatieve thuiszorg.

Op 3 mei 1995 werd het besluit van de Vlaamse regering, houdende erkenning en subsidiëring van de palliatieve netwerken goedgekeurd. Deze netwerken zijn regionale structuren waarin zowel de intra- als extramurale zorgverleners vertegenwoordigd zijn. Ze hebben tot doel de coördinatie van de zorg en hulpverlening rond een patiënt zo efficiënt mogelijk te organiseren. Tevens willen ze, via de terbeschikkingstelling van palliatieve deskundigen, de palliatieve zorg op alle geledingen stimuleren en ondersteunen.

### 2.11.2 Algemene doelstellingen

Palliatieve zorg beoogt niet langer het genezen van de patiënt maar wel het garanderen van een optimale levenskwaliteit aan hem en zijn nabestaanden.

Palliatieve zorg is een totaalconcept van verzorging en begeleiding waarbij :

- sterven als een normaal levensproces wordt beschouwd (rustig 'mogen' sterven), de behandeling niet gericht is op het nodeloos verlengen van het leven (geen therapeutische verbetering) ;
- pijn en andere symptomen worden verzacht ;
- psychologische en spirituele aspecten in de verzorging zijn geïntegreerd ;
- de patiënt wordt bijgestaan met het oog op een maximale autonomie ;
- de naastbestaanden in de terminale fase en het rouwproces worden begeleid.

Met andere woorden : palliatieve zorg helpt de mens waardig te sterven en brengt de dood terug in onze eigen leefwereld nl. thuis. De dood is doorheen de tijd immers geëvolueerd van een sociaal gebeuren naar een strikt medisch-technisch fenomeen. Een eeuw geleden overleed 90 % van de mensen thuis, nu sterft 70 % in een ziekenhuis.

Palliatieve zorgen richten zich tot de zieke uit wiens diagnose blijkt dat :

- hij aan een ongeneeslijke en evolutieve ziekte zoals kanker, aids, of bepaalde neuromusculaire aandoeningen lijdt;
- hij een beperkte levensverwachting (6 à 8 maanden) heeft;
- geen remissie meer kan worden verwacht en een snelle en ingrijpende aftakeling op fysiek vlak en soms psychisch vlak optreedt;
- elke actieve en agressieve therapie overbodig is geworden;
- een symptomatische behandeling mogelijk is;

– hij afhankelijk is van derden voor de handelingen van het dagelijks leven en een onevenwicht dreigt tussen draaglast en -kracht voor de familie.

### 2.11.3 Actieprogramma

Het uitgangspunt van het beleid inzake palliatieve zorg is dat alles in het werk moet worden gesteld opdat personen met een specifieke diagnose waardig kunnen sterven in een omgeving die ze zelf kiezen. Dit is veelal de thuisomgeving..

Het taboe rond dood en sterven moet nog doorbroken worden. In een terminale fase waarin het medische handelen geen kwaliteiten meer kan toevoegen aan het leven, moet het aanbod van palliatieve zorgen overwogen worden. Dit vergt zowel bij hulpverleners als bij de bevolking een mentaliteitsverandering. Informatieverstrekking over wat palliatieve zorgen zijn, is hierbij een bruikbaar middel.

In dit kader zal regelmatig een bekendmakingscampagne ‘ als genezing niet meer kan ...’ worden gevoerd. Er zal ook gewerkt worden aan een ‘gids voor palliatieve zorgen’, met een overzicht van de belangrijkste wettelijke regelingen, de bestaande organisaties en contactpersonen.

Palliatieve zorg is een taak die alle zorg- en hulpverleners aanbelangt. Zij kunnen de nodige zorgen en bijstand bieden aan de stervenden en also de continuïteit van zorgverlening bieden die de patiënt en zijn omgeving verlangen.

- De vorming van professionele hulpverleners op verschillende niveaus en van vrijwilligers zal in de toekomst verder worden gesteund.

Zo werd in 1994 en 1995 in het kader van de deskundigheidsbevordering een budget voorzien voor de opmaak van een basisvormingspakket en de organisatie van beroepsspecifieke en interdisciplinaire vorming. De Federatie voor Palliatieve Zorg Vlaanderen heeft een belangrijke opdracht inzake deskundigheidsbevordering. Ook in 1996 wordt hiervoor een budget voorzien.

- Alle gezondheidsvoorzieningen zullen een palliatieve zorgcultuur moeten invoeren.

Op federaal vlak voorziet het KB van 19 augustus 1991 in experimenten palliatieve zorg. Het RIZIV verlengde deze experimenten in afwachting ...

- Via de interministeriële conferentie zal ernaar gestreefd worden om het palliatieve zorgenbeleid op federaal- en gemeenschapsniveau op elkaar af te stemmen, zodat een doorzichtig en complementair beleid tot stand komt.

De Vlaamse overheid zal de palliatieve netwerken door erkenning en toekenning van subsidies, op basis van het besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 verder aanmoedigen. Het is de bedoeling, van zodra er een federale wetgeving komt, deze van toepassing te maken op de Vlaamse erkende palliatieve netwerken zodat de subsidiëring en erkenning complementair worden.

Reeds acht palliatieve netwerken hebben een aanvraag tot erkenning ingediend. Deze palliatieve netwerken dekken ongeveer de helft van Vlaanderen. Verwacht wordt dat tegen het begin van 1996 nog nieuwe aanvragen tot erkenning zullen ingediend worden.

## 2.12. De thuisverzorging

### 2.12.1 Feiten en ontwikkelingen

Thuiszorg betreft het geheel van medische en niet-medische (ver)zorgende activiteiten die gericht zijn op de ondersteuning van de zelfredzaamheid van de zorgbehoevende in zijn thuissituatie.

Zorgbehoevende personen wensen zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, in hun vertrouwde omgeving waar zij zoveel mogelijk zelf kunnen beslissen wat zij al dan niet doen, wie bij hen komt helpen en wanneer. Vaak verkiezen zij ook thuis te blijven omdat zij gebonden zijn aan hun woning, aan hun straat en bureu, aan hun wijk, dorp of stad. Bij ongeveer 95 % van de ouderen lukt dit. Zij blijven in hun vertrouwde omgeving -ook al woont 40 % van hen alleen - en doen beroep op de thuiszorg. De thuisverpleging maakt een belangrijk deel uit van de thuiszorg. Cijfers geven aan dat dit in de toekomst nog zal toenemen.

**Figuur 14 : De kans op het gebruik van thuisverpleging volgens leeftijd<sup>22</sup>**

Leeftijd	Gebruik	1993	2000	2020
60-69	3 %	18.736	19.245	24.352
70-79	7 %	25.767	33.682	40.167
80-89	18 %	33.099	31.391	56.688
90 +	23 %	5.373	8.121	16.110
Totaal		82.974	92.439	137.317

<sup>22</sup> Planbureau, Demografische vooruitzichten 1992-2030(centraal scenario)

Het totaal aantal patiënten in de thuiszorg wordt momenteel geraamd op 101.768. Rond de eeuwwisseling zou dit oplopen tot 102.273 (+ 18%) en tegen 2020 tot 131.298 (+ 52%). De toename is het sterkst bij de oudste categorieën : het aantal personen van 90 jaar en meer dat een beroep doet op thuisverpleging zou in 2020 met niet minder dan 203% stijgen.

Een adequate uitbouw en organisatie van de thuisverzorging wordt in het licht van deze gegevens nog belangrijker.

### 2.12.2. Algemene doelstellingen

In de thuiszorg staat de zorgbehoevende en zijn omgeving centraal. Thuiszorg biedt een alternatief voor de intramurale zorg en het kader bij uitstek om zorg op maat te organiseren.

Professionele zorgverstrekkers werken hier complementair en ondersteunend ten aanzien van de zelfzorg, de mantelzorg en het vrijwilligerswerk. De zorgbemiddelaar speelt een essentiële rol in het samenspel tussen deze zorgverleners.

Om het gebruik van de thuisgezondheidszorg te bevorderen werd door het besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1990 voorzien in de oprichting van regionale samenwerkingsinitiatieven, waarbij alle partners in de thuisgezondheidszorg vertegenwoordigd zijn. Zij bestrijken een regio van minstens 25.000 inwoners.

Een eerste opdracht van deze samenwerkingsinitiatieven is de overlegplatformwerking waarbij het accent gelegd wordt op het actief stimuleren van de thuisverzorging en de ondersteuning van de thuisverzorgers.

Een tweede opdracht van het samenwerkingsinitiatief bestaat in de coördinatie en ondersteuning van de zorg en hulpverlening rond de patiënt. Deze taak wordt vervuld door zorgbemiddelaars via een zorgenplan.

Het aantal samenwerkingsinitiatieven is inmiddels uitgegroeid tot 86. Samen bestrijken ze praktisch het ganse Vlaamse landsgedeelte. Uitzonderingen vormen de regio's Lier-Turnhout, Veurne-Ieper en Halle, waar momenteel nog geen samenwerkingsinitiatieven werden opgestart, hoewel ook hier georganiseerde vormen van thuiszorg operationeel zijn.

Op het niveau van de Gemeenschap, vormt de Vlaamse Hoge Raad voor de Thuisverzorging het platform waarop alle eerstelijnsverzorgers, en organisaties die de belangen van de patiënt en de thuisverzorgers vertegenwoordigen overleg kunnen plegen. De Raad heeft een beleidsadviserende rol.

### 2.12.3 Actieprogramma

Zowel de bevolking als de ziekenhuizen en artsen zijn nog onvoldoende vertrouwd met de mogelijkheden inzake thuiszorg.

- Daarom moeten de samenwerkingsinitiatieven de bevolking op een actieve en continue wijze sensibiliseren en informeren. Zij zullen hierbij ondersteund worden door een globale Vlaamse sensibiliserings- en informatiecampagne.

- De globale werking van de samenwerkingsinitiatieven en de functie van de zorgbemiddelaar zullen binnenkort geëvalueerd worden door de Hoge Raad voor de Thuisverzorging.

Nu reeds blijkt uit praktijkgegevens dat de samenwerkingsinitiatieven een positief effect hebben. Dankzij hun werking is de eerstelijnsgezondheidszorg zich gaan organiseren. Wel hebben deze samenwerkingsinitiatieven enige stimulering en activering nodig.

In overleg met de Hoge Raad voor de Thuisverzorging zal gezocht worden naar stimuli.

- Er zal verder werk gemaakt worden van een vlotte opname- en ontslagprocedure van de patiënt en dit zowel naar transmurale als intramurale voorzieningen.

De onderhandelingen tussen de intra- en extramurale zorg moeten gebeuren vanuit het samenwerkingsinitiatief, aangezien deze alle in de regio werkzame eerstelijnsverzorgers groepeerde de thuiszorg kan coördineren.

De Hoge Raad voor de Thuisverzorging waarvan vertegenwoordigers van alle organisaties en beroepsvelden die zich met thuisgezondheidszorg bezighouden deel uitmaken, benadrukt in haar adviezen de erkenning en ondersteuning van de thuisverzorgers.

- De professionele thuiszorgdiensten (thuisverpleging, gezins- en bejaardenhulp), de transmurale voorzieningen (o.a. dagverzorgingscentra), alsook de residentiële kortopvang zullen nog beter worden afgestemd op de ondersteuning van de thuisverzorger. Vandaar het belang van een evenwichtige regionale spreiding, van continuïteit in de dienstverlening (ook in weekend) en van de betaalbaarheid voor de patiënt (bijdrage).

- Het vrijwilligerswerk in de thuiszorg zal verder worden gestimuleerd.

De thuiszorg zal als prioritair domein aangehouden worden bij de te subsidiëren autonome vrijwilligersorganisaties waardoor verzekerings- en vormingskosten van de vrijwilligers kunnen worden vergoed.

- Teneinde de patiënten en thuisverzorgers meer zekerheid te bieden over de continuering van de dienstverlening en de doorzichtigheid van het aanbod te verbeteren, zal er binnen de Vlaamse gemeenschap werk worden gemaakt van de regularisatie van de nepstatuten in de verschillende initiatieven die de thuiszorg ondersteunen (onder andere warme maaltijdbedeling, poetshulp, ...). Tegelijkertijd zal een kwaliteitstoetsing worden ingebouwd voor deze diensten.

## 2.13. Algemene ziekenhuizen

### 2.13.1. Feiten en ontwikkelingen

Vlaanderen telt momenteel 99 algemene ziekenhuizen. Daarnaast zijn er nog 24 instellingen die enkel over een Geriatrie of Sp-dienst beschikken (vooral nog erkend als ziekenhuis). Samen hebben zij 34.089 bedden ter beschikking. Daarbuiten heeft Vlaanderen 4 universitaire ziekenhuizen, waarvan één is gelegen op het grondgebied Brussel-Hoofdstad.

Achter deze veelheid van instellingen, die weliswaar gelijkaardig kunnen zijn qua grootte (aantal bedden) of qua aard (bv. universitaire ziekenhuizen), schuilen zeer uiteenlopende activiteitenpatronen. Deze zijn het gevolg van diversiteit in complexiteit van pathologie, wat in praktijk grote kostenverschillen tussen de ziekenhuizen teweegbrengt.

De acute ziekenhuizen kunnen als volgt naar grootte ingedeeld worden :

grootte (beddenaantal)	aantal ziekenhuizen
< 150	11
150 - 250	37
250- 500	38
≤ 500	13
<b>Totaal</b>	<b>99</b>

De normering inzake werking, subsidiëring en planning is een federale bevoegdheid. De gemeenschappen erkennen ziekenhuisdiensten en -functies alsook samenwerkingsvormen op basis van de organieke ziekenhuiswet. De gemeenschappen zijn eveneens bevoegd om aanvullend op de federale financiering, investeringssubsidies te verlenen. Dit gebeurt in Vlaanderen via het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden.

De laatste jaren wordt het ziekenhuisbeleid sterk beïnvloed door het debat over overtallige ziekenhuisbedden. Sinds 1984 is hun aantal reeds gedaald met 5.286 bedden, zijnde een vermindering met 14%. In het voorjaar 1994 werd de erkenning van nog eens 533 bedden ingetrokken. Deze verplichte beddenafbouw is gebaseerd op de bezettingsgraad en is grotendeels opgelegd om budgettaire redenen. Naast de sluiting van de overtallige acute ziekenhuisbedden werd er een reconversie doorgevoerd van bestaande bedden hetzij naar ziekenhuisdiensten waarvan het zorgpakket beter aansluit bij de behoeften van bepaalde ziekteprofielen hetzij naar alternatieve zorgvormen, waarvan sommige zelfs buiten de ziekenhuizen, zoals de rust- en verzorgingsbedden.

Door de vooruitgang in de medische know-how en technologie zijn er minder ziekenhuisopnames nodig en is de gemiddelde verblijfsduur gedaald. Deze inherente tendens wordt aangemoedigd door financiële prikkels tot verblijfsduurverkortung.

Anderzijds differentieert en groeit het aantal zwaar medisch technische diensten voortdurend. Dit stelt

kleine ziekenhuizen voor zware exploitatieproblemen en noodzaakt hen samen te werken en zo nodig zelfs te fusioneren.

### 2.13.2. Algemene doelstellingen van een ziekenhuisconcept

Het gezondheidsbeleid behoort sedert de staatshervorming van 1980 tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Een samenhangend beleid op het vlak van de gemeenschappen veronderstelt eenheid van bevoegdheid en middelen.

Het accent dient hier gelegd te worden op de Vlaamse belangen en de eigen identiteit van de Vlaamse instellingen. De verdediging van deze Vlaamse belangen en identiteit zal het best verzekerd worden door een Vlaamse regering die bevoegd is voor het volledige gezondheidsbeleid. Deze doelstelling wordt ook in het laatste Vlaamse regeerakkoord duidelijk gesteld.

Een duidelijke en logische bevoegdheidsoverheveling van de federale overheid naar de gemeenschappen dringt zich dan ook in de nabije toekomst op. Ter voorbereiding van deze bevoegdheidsoverdracht moet op Vlaams niveau nu reeds een logisch en coherent gezondheidsbeleid ontwikkeld worden.

Voor de acute ziekenhuizen zal in de komende jaren de aandacht toegespitst worden op een nieuw concept.

De huidige erkennings- en financieringsregels blijven teveel gebaseerd op structurele en/of kwantitatieve parameters die vaak rekening houden met historische componenten. Een ziekenhuisbeleid gebaseerd op beddenaantallen en louter kwantitatieve normen is achterhaald en dient verworpen te worden. Immers de zeer snelle evolutie in de medische technologie en kennis brengt met zich mee dat het zeer moeilijk te voorspellen valt welke patiëntengroepen op welke manier in de nabije toekomst het best zullen behandeld worden. Om adequaat op deze gewijzigde omstandigheden te kunnen inspelen, om m.a.w. zelfs bij een vlug wijzigende technologische omgeving te garanderen dat de ziekenhuizen de medisch meest aangewezen behandelingen aanbieden aan hun patienten, is een nieuw ziekenhuisconcept vereist. Dit concept mag niet sterk normerend zijn, mag niet louter uitgaan van strikte en functionele infrastructuurnormen, maar moet veel meer flexibiliteit garanderen. Dit concept moet de ziekenhuizen aanmoedigen om hun aanbod, althans binnen bepaalde grenzen aan te passen aan de wijzigende patiëntenbehoeften en medische mogelijkheden. In de huidige context wordt dit soort snelle aanpassingen sterk afgeremd, omdat er voor ziekenhuizen negatieve consequenties aan verbonden kunnen zijn, ondermeer op het vlak van erkenningsnormen of financiering.

Het nieuwe ziekenhuisconcept zal worden uitgewerkt op basis van de hiernavolgende principes :

- activiteitsmodules
- financiering
- kwaliteitsnormen
- samenwerking
- behoeftenprincipe

### 1) Activiteitsmodules

Men zal in de toekomst uitgaan van "activiteitsmodules" in plaats van bedindexen. Het gebruik van deze indexen sluit niet meer voldoende aan bij het zorgproces zelf, gedifferentieerd in functie van de pathologie, of bij het medisch handelen in de diensten.

In elk algemeen ziekenhuis moeten drie activiteitsmodules aanwezig zijn in de zorgprocessen. Dit is de minimale basis. Aan deze verplichting wordt voldaan wanneer een ziekenhuis naast de verplichte modules "chirurgische activiteiten" en "activiteiten van inwendige geneeskunde", beschikt over hetzij de basisdienst voor geriatrie, hetzij over de supplementaire module "kind-functie" (moeder- en kindzorgen samen).

Dit alles zal verplicht omringd zijn met een aantal begeleidende functies zoals intensieve, spoedopname, apotheek, labo, radiologie, fysiotherapie, operatiekwartier, liaison-psiatrie (consulentschap) en palliatieve functie. Deze begeleidende functies behoren ook tot het minimale basispakket.

De drie basisactiviteitsmodules moeten aangeboden worden in vorm van opname (nu hospitalisatiediensten), dagopname of polikliniek, zodat steeds de meest geschikte behandelingsformule kan geboden worden in functie van pathologie, leeftijd, sociale situatie, ... Zorg op maat is immers een belangrijke prioriteit in het beleid van de Vlaamse regering.

Andere activiteiten kunnen, supplementair aan het basispakket geleverd worden, zoals :

- verdere specialisaties als hartcentra, neurochirurgie, nierdialyse, ... ;
- spoedgevallendienst, dienst voor intensieve zorgen, ... ;
- méér uitgebouwd labo voor verdere gespecialiseerde onderzoeken.

Het onderscheid basismodules - supplementaire modules houdt in dat de basismodules (met begeleidende functies) als onontbeerlijk worden beschouwd om een kwalitatieve ziekenhuiszorg te kunnen aanbieden, terwijl de supplementaire modules enkel noodzakelijk zijn in functie van de behoefte van de bevolking, geografische spreiding, deskundigheid, kwaliteit en minimale kritische zorgmassa, economische overwegingen e.a.

Zowel de basis- en de supplementaire modules als de bijkomende functies dienen erkend te worden door de gemeenschappen.

### 2) Financiering

Financiering is één van de pijlers voor het ziekenhuisbeleid.

De financiering zal het gewijzigd ziekenhuisconcept als uitgangspunt nemen. Krachtens dit concept verricht het ziekenhuis basis- en supplementaire activiteiten voor uiteenlopende pathologiegroepen. Uiteraard moet daarbij een minimale kritische massa per ziekenhuis bereikt worden.

Het is aangewezen om een gemengd financieringssysteem voor te stellen, met als kenmerken :

- Er is een basisfinanciering voorzien voor elke activiteitsmodule. Deze beoogt de vaste kosten te dekken, vereist voor een basis-inrichting van de activiteit (minimale uitrusting en minimumpersoneel) op voorwaarde dat er inderdaad een minimale kritische massa aan activiteit uitgevoerd werd. Dit om te vermijden dat de overheid overcapaciteit moet financieren. Deze basisfinanciering zal identiek zijn voor alle ziekenhuizen die dezelfde activiteit aanbieden.
- Daarbovenop komt er een supplementaire financiering, die de variabele kosten zal dekken. Deze middelen zullen sterk verschillen tussen ziekenhuizen onderling, in functie van hun pathologiecomplexiteit. Ziekenhuizen met eenzelfde case-mix van patiënten krijgen evenveel middelen zodat pathologiegebaseerde financiering ontstaat.
- De vaststelling van de basis- en supplementaire middelen zal gebeuren aan de hand van een standaardkostenbenadering : er zal een vergoeding uitgekeerd worden, die moet volstaan om de kosten te dekken van de medisch, verpleegkundige... activiteiten die standaard vereist zijn voor de betrokken (voldoend verfijnd omschreven) pathologiegroep.
- Qua uitbetalingsmodaliteiten zal de voorkeur gegeven worden aan een financiering op basis van voorschotten (bv. maandelijks) i.p.v. via de verpleegdagprijs.

### 3) Kwaliteitsnormen

De kwaliteit die geleverd wordt in de Vlaamse ziekenhuizen doorstaat elke internationale vergelijking. Niettegenstaande deze positieve resultaten kan de kwaliteit in de Vlaamse ziekenhuizen nog verbeterd worden. Hiervoor is een analyse van het eigen specifieke productieproces nodig, waarbij de preventieve acties tot kwaliteitsverbetering en efficiëntieverhoging zullen leiden. Deze kwaliteitsverbetering zal een verschuiving met zich meebrengen van structuren, als voorwaarde voor erkenning van verzorgingsvoorzieningen, naar zorgprocessen, -resultaten en tevredenheid van de patienten.

Het initiatief van deze kwaliteitsverbetering zal liggen bij de instellingen zelf. De Vlaamse overheid zal enkel stimulerend en kaderscheppend optreden. De voorzieningen zullen een aantoonbaar kwaliteitsbeleid moeten voeren en dit aan de hand van een uitgeschreven kwaliteitsconcept dat in een kwaliteitsplan zal geoperationaliseerd worden. Dit plan zal concrete doelstellingen omvatten, te behalen binnen vooropgestelde termijnen.

### 4) Samenwerkingsmodellen

De ziekenhuizen hebben de laatste jaren de nood gevoeld tot samenwerking, taakverdeling en afspraken onder elkaar, waardoor zij beter/snelser kunnen inspelen op de gewijzigde medisch-technologische mogelijkheden en behoeften. Dit laat hen toe om hun rol op een kwalitatief goede en economisch verantwoorde manier te kunnen blijven vervullen. De regeringsmaatregelen met betrekking

tot beddenafbouw en forfaitarisering zijn aan dit fenomeen niet vreemd.

Deze gezondheidsinstellingen zijn tevens technologisch zeer hoogstaand uitgerust. Voor sommige zware medische uitrusting wordt zelfs de hoogste concentratie/densiteit ter wereld bereikt. Niet zelden is deze situatie ontstaan door het tegen elkaar op investeren van ziekenhuizen. Tussen talrijke ziekenhuizen dringt zich meer dan ooit een vorm van samenwerkingsverband op.

Voor de kwaliteit van het zorgproces is het van belang dat in elk ziekenhuis van een fusie, groepering of samenwerking een aantal minimale voorwaarden vervuld worden zoals minimale grootte, omzet, permanenties, personeelskader, minimale functies labo en apotheek.

Voor elke module dient genormeerd te worden wat er op eenzelfde campus moet staan, en waar, hoe er eventueel tussen meerdere campussen kan samengewerkt worden in diverse vormen (bv. campussen van 1 fusieziekenhuis, groepering, associatie,...)

"Groepering" en "fusie" zoals vandaag gereguleerd, zijn sterk geformaliseerde samenwerkingsvormen die in essentie slaan op de totaliteit van de betrokken ziekenhuizen en als dusdanig een exclusiviteitsverbintenis inhouden

Officiële samenwerking met instellingen buiten de "groepering" of "fusie" is praktisch uitgesloten. Vandaar de noodzaak om nieuwe en soepelere samenwerkingsmodellen te creëren die een antwoord bieden op de formele en inhoudelijke beperkingen van wettelijk voorziene groeperings- en fusieconstructies en onderling kunnen verschillen naar inhoud, draagwijdte en juridische vorm. Dit kan zowel gaan om één of meerdere zware medisch-technische diensten (hartchirurgie, neurochirurgie, spoedgevallen, ...) als om een klassieke dienst (pediatrie, materniteit, ...).

Voor de openbare ziekenhuizen stelt zich een specifiek probleem.

In Vlaanderen wordt 41 % van het totaal aantal bedden in de algemene ziekenhuizen beheert door een gemeentelijk OCMW.

Door de behoefte aan investeringen in uitrusting en infrastructuur, door het selectief uitbouwen van medische specialismen, en door de financiële druk wegens de beperkte budgetten worden de ziekenhuizen gedwongen om doelmatig en doeltreffend beheer hoog in het vaandel te dragen en om zich op dynamische wijze in te schakelen in een steeds evoluerend ziekenhuislandschap.

De OCMW ziekenhuizen zien zich hierbij in belangrijke mate gehinderd door de geldende regels inzake beheersvorm, beslissingsprocedures en administratieve voogdij, zoals vervat in de organieke OCMW-wet.

Deze regels bemoeilijken een soepel, gevarieerd en dynamisch beheer. De deskundigheid in de beheersstructuren moet kunnen verhoogd worden, waar nodig. De soms belangrijke deficits die de gemeentelijke begrotingen belasten, moeten worden weggewerkt.

Door de wijzigingen dd. 16.7.93 in de Bijzondere Wet op de Hervorming van de Instellingen van 8.8.80 zijn de Gemeenschappen bevoegd voor de organieke regels betreffende het OCMW, met limitatief opgesomde uitzonderingen op vlak van het bestaansminimum, de basisopdracht het beroep bij de arbeidsrechtbank, het tenlaste nemen van steun (wet 2.4.65) en de terugvordering ervan en de taalwetgeving.

### 5) Behoeftenprincipe

Een vijfde belangrijke pijler in het nieuwe ziekenhuisconcept is het "behoefteprincipe". Hierbij wordt vertrokken van de basisfilosofie dat iemand slechts een bepaald zorgpakket (activiteitsmodule) mag aanbieden, wanneer dit noodzakelijk blijkt uit de behoeften van de bevolking en indien zij of hij daartoe gemachtigd is door de overheid (in casu de gemeenschap). De behoeften worden niet enkel lokaal bepaald maar over de landsgrenzen heen.

Niet elke instelling die dat wil, mag en kan een zorgpakket aanbieden, ook al zou dit volledig gefinancierd worden door de (rijke) patiënt. Alle geldmiddelen moeten dan ook zuinig beheerd worden in solidariteit tussen begoeden en minder begoeden. Vrije concurrentie zal op zichzelf niet automatisch tot een uitzuivering van het aanbod leiden: de patiënt is bij gebrek aan kennis van volwaardige alternatieven in zijn keuzevrijheid beperkt en zal als zwakke hulpbehoevende afhankelijk blijven van de aanbieder;

Bovendien leert de recente ervaring bij nieuwe reglementeringen van medisch-technische diensten zoals hartcatheterisatie, hartchirurgie, nierdialyse, enz. dat zonder een duidelijke behoeftenbepaling die als macronorm geldt, het aanbod van diensten zeer moeilijk in de hand te houden is en er vlug wildgroei en overaanbod kan ontstaan.

Bij elke medische interventie, of activiteit moeten de volgende fundamentele vragen gesteld worden:

– is deze interventie de moeite waard?

– zoja, voor welke indicaties precies? en, hoe moet deze interventie best georganiseerd worden? (centralisatie versus decentralisatie, binnen of los van ziekenhuizen, welke andere activiteiten moeten in het ziekenhuis reeds uitgevoerd worden....)

Dit zijn specifieke vragen die in 'health care technology assessment' (globale evaluaties van medische technologieën) onderzocht worden. Op deze gegevens kunnen de erkenningsnormen worden geënt.

Deze behoeftenstudie en planningselementen moeten kunnen spelen zowel voor de basismodules als voor de supplementaire modules.

Voor de reeds bestaande diensten (activiteitsmodules) zal via activiteitsniveau en via controle op het performantieniveau, de planning i.f.v. de behoeften a posteriori moeten gebeuren.

Voor nieuw te erkennen diensten (modules) moet een behoeftenstudie leiden tot een planning a priori.



De ziekenhuizen mogen daar uiteraard zelf elementen voor aanreiken. In laatste instantie moet het echter de gemeenschap zelf zijn die de know-how heeft om de behoeftenstudie te doen of te beoordelen. Dit veronderstelt epidemiologische gegevens over morbiditeit en mortaliteit, studies van noden, pathologieën en demografische evoluties, alsook de nodige juridische instrumenten om deze planning af te dwingen.

### 2.13.3. Actieprogramma

#### 1) Defederalisering

- Een systematisch, samenhangend en globaal gezondheidsbeleid vereist dat de diverse pijlers, met name programmatie, erkenning, financiering van gebouwen en (zware medische) apparatuur, financiering van werkingskosten, alsook van medische prestaties onderling zeer goed op elkaar zijn afgestemd.

In het huidige institutionele landschap liggen deze bevoegdheden en middelen verspreid over diverse federale en regionale instanties. Deze opsplitsing is enigszins kunstmatig en beperkt de mogelijkheden om een consistent beleid te voeren. Bij gebrek aan onderlinge coördinatie kan deze versnippering van bevoegdheden aanleiding geven tot ondoelmatigheden in de gezondheidszorg : het totale budget aan middelen dat op federaal en regionaal vlak voor gezondheidszorg beschikbaar is, wordt niet op optimale wijze aangewend. Zo komt de Vlaamse gemeenschap bv. tussen in de kosten van de verplichte vaccins, terwijl de uitgespaarde behandelingskosten ten voordele van de federale instanties komen. Een degelijk coherent beleid kan, in principe, uitgebouwd worden via een nauwe, structurele samenwerking tussen de diverse instanties, maar in praktijk zal hiermee de onderlinge consistentie niet kunnen gegarandeerd worden, o.a. omdat de diverse overheden uiteenlopende beleidslijnen kunnen volgen.

- Bijgevolg bestaat een meer aangewezen oplossing uit het overhevelen van de federale bevoegdheden terzake naar de gemeenschappen.

#### 2) Kwaliteitserkenningsnormen.

- De bekommernis van de overheid voor een kwalitatief hoogstaande zorgverlening in de verschillende sectoren van de gezondheidszorg zal in de loop van deze bestuurstermijn tot uiting komen in de vorm van een kwaliteitsdecreet.

De klassieke toetsing van louter structurele elementen van de zorg voldoet immers thans niet meer. De interesse van de Vlaamse overheid is meer en meer op zorgprocessen en zorgresultaten komen te liggen. De evaluatie daarvan vergt een aantal nieuwe regels en afspraken tussen de zorgvoorzieningen en de overheid.

De Vlaamse overheid zal stimulerend en kader-scheppend optreden naar de voorzieningen toe en het initiatief in eerste instantie toewijzen aan de zorginstellingen zelf. De veldwerkers zijn immers het best geplaatst om de eigen werkzaamheden te analyseren, te meten en te verbeteren. Het interne

kwaliteitsbeleid van de voorzieningen zal, met andere woorden, de hoeksteen vormen van het nieuwe kwaliteitsdecreet. De richting die een voorziening inzake kwaliteitsbeleid wil uitgaan, de aandachtsgebieden en de doelgroepen die daartoe worden afgebakend, zullen uitgeschreven worden in een kwaliteitsconcept.

Het kwaliteitsconcept mag niet blijven steken in het stadium van de goede voornemens. Het moet operationeel worden in de vorm van een kwaliteitsplan. Zo'n plan zal moeten voldoen aan een aantal minimale voorwaarden :

- de omschrijving van het huidige en van het gewenste zorgniveau ;
- de meetcriteria waarmee de vorderingen inzake kwaliteit zullen geëvalueerd worden ;
- de termijnen waarbinnen een voorziening haar vooropgestelde doelen wil bereiken, alsook de periodiciteit van evaluatie.

Dit kwaliteitsplan zal tevens het aanknopingspunt vormen voor de overheid om externe toetsing van het gevoerde kwaliteitsbeleid mogelijk te maken.

- De erkenning van voorzieningen zal mede afhankelijk gemaakt worden van de naleving van de bepalingen van het kwaliteitsdecreet. De inspanningen die door de voorzieningen op het vlak van de kwaliteitszorg geleverd worden, zullen dus als bijzonder belangrijk beschouwd worden.

#### 3) Beddenafbouw.

De federale overheid stelde dat in de komende 5 jaren 5.000 ziekenhuisbedden moeten afgebouwd worden.

- Een eventuele bedverminderingsoperatie moet worden voorafgegaan door een vrijwillige afbouw-fase waarbij de ziekenhuizen bepaalde incentives (schadeloosstelling, recylcage, ...) krijgen in ruil voor de vrijwillige afbouw. Over de beloofde incentives moet er rechtszekerheid zijn vooraleer de operatie begint. Het is logisch een eventueel verplichte afbouw in een latere fase te baseren op objectief cijfermateriaal van bezettingsgraden, verblijfsduur, pathologiegegevens en substitutiegraad. (de mate waarin de hospitalisatie voor bepaalde aandoeningen nu vervangen wordt door een dag-opname)

Indien men dit doet moeten de gemeenschappen volledige toegang hebben tot deze geregistreerde gegevens, ook wanneer ze door het federale niveau worden ingezameld.

Arbitraire elementen zoals de manier van factureren onder één of andere kenletter t.a.v. het RIZIV, of de invloed van verbouwingswerken op de bezetting, moeten volledig geobjectiveerd in de berekeningen verwerkt zijn, volgens duidelijke vooraf bekende regels.

Er zal gepleit worden voor evenwichten in de bijdrage die elk landsgedeelte moet leveren voor de beddenafbouw. Bij deze oefening zal erover gewaakt worden dat ook operaties die in het verleden zijn doorgevoerd, in rekening worden gebracht

zodat het beddenbestand in elke gemeenschap vergeleken wordt met de respectievelijke bevolking en pathologie.

Ook moet rekening gehouden worden met speciale maatregelen die ten gunste van bepaalde landsgedelten in het verleden zijn doorgevoerd en waarvoor het federale budget een specifieke bijdrage heeft geleverd (bv. het Irisplan in de Brusselse OCMW-ziekenhuizen).

Indien de federale overheid expliciet sancties in het vooruitzicht stelt, voor het niet halen van bepaalde bezettingsnormen, riskeert dit een tegenreactie te veroorzaken, waarin ziekenhuizen hun bezetting op artificiële wijze zullen trachten te verhogen teneinde de sancties te ontlopen.

Negatieve sancties op dit vlak zijn uit den boze; het positief stimuleren van daghospitalisaties en andere behandelingsvormen zoals thuiszorg daarentegen kan de spontaan te verwachten evolutie wel gunstig ondersteunen.

Wijzigingen kunnen enkel doorgevoerd worden op basis van kwalitatieve elementen en dienen te kaderen in een globale visie op het toekomstige ziekenhuis, en niet alleen omwille van budgettaire besparingen en niet op zuiver kwantitatieve basis.

#### 4) Samenwerking.

De samenwerking tussen privé- en openbare ziekenhuizen zal efficiënter en autonomer worden georganiseerd. Hiertoe zal een decretale basis worden geboden.

Een regelgeving die de openbare ziekenhuizen de mogelijkheden biedt om zich op dynamische wijze te organiseren in het licht van de noodwendigheden dringt zich op.

In overleg met de Vlaamse Minister bevoegd voor het OCMW beleid zal worden meegewerkt aan de totstandkoming van een decretale basis die tot doel heeft dat de openbare ziekenhuizen, vergeleken met de private ziekenhuizen en met behoud van het openbaar karakter van hun dienstverlening, op een dynamische en doelmatige wijze een kwalitatieve gezondheidszorg kunnen aanbieden.

Hierbij zullen meerdere beheersformules in overweging worden genomen waaronder VZW en aanpassing van de basisregels inzake afzonderlijk beheer en vereniging hoofdstuk XII van de OCMW wetgeving.

#### 5) Bijzondere aandachtspunten.

##### \* Dagziekenhuis

Door de voortschrijdende medische en technologische evolutie en de gewijzigde maatschappelijke context stijgt de vraag naar daghospitalisatie ter vervanging van de klassieke hospitalisatie. De experimentele fase via RIZIV conventies heeft voldoende ervaring opgeleverd om dit om te zetten in structurele maatregelen.

Een juridisch en kwalitatief kader voor het dagziekenhuis onder de vorm van specifieke erkenningssnormen en een aangepaste financiering is dan ook dringend nodig. Dit geldt zowel voor het chirurgisch, internistisch, gynaecologisch, pediatriesch als geriatrisch dagziekenhuis.

gisch, internistisch, gynaecologisch, pediatriesch als geriatrisch dagziekenhuis.

Vanuit het oogpunt van kwaliteit en veiligheid voor de patiënt enerzijds en omwille van de noodzaak tot optimaal gebruik van de bestaande medisch-technische infrastructuur anderzijds moet dit daghospitaal organisatorisch en functioneel deel uitmaken van het ziekenhuis. Daghospitalisatie-activiteiten ontstaan trouwens in hoofdzaak uit de verschuiving van klassieke hospitalisatie naar daghospitalisatie binnen het ziekenhuis zelf.

##### \* Neonatale en perinatale zorg.

De Vlaamse gemeenschap heeft steeds belangstelling gehad voor de WENZ -studie (Wetenschappelijke Evaluatie van Neonatale Ziekenhuisvoorzieningen) en de omzetting hiervan in beleidsmaatregelen. Deze studie kwam trouwens tot stand in een brede samenwerking tussen gynaecologen, pediaters en neonatologen, vroedvrouwen, pediatrische verpleegkundigen, en vertegenwoordigers van zowel de federale als de regionale overheden. De voorstellen weerspiegelen dus een brede consensus. Vandaar de dringende vraag van de Vlaamse gemeenschap naar de uitvoering van de aanbevelingen van WENZ studie.

Dit omvat de omschakeling van de N.-diensten naar NIC (neonatal intensive care) waarvan de normen meer de nadruk leggen op typische neonatale intensieve pathologie. De N-functie moet afgeschaft worden en vervangen door een N\*- functie met betere bestaffing en pediatriesch toezicht. Enkel diensten die aan alle NIC-normen en bovendien de MIC (maternal intensive care)- normen voldoen komen in aanmerking voor een erkenning als MIC-dienst. Het samen voorkomen van deze twee functies wordt P\*-functie genoemd of perinataal centrum.

Er kan afgesproken worden dat N-bedden die moeten afgebouwd worden omdat ze niet voldoen aan de nieuwe normen, zullen meetellen voor het aantal bedden dat bij de komende afbouwoperatie zou moeten verdwijnen. Een aantal niet meer erkende N-bedden zou kunnen herverdeeld worden onder de diensten die wel voldoen in functie van de zwaarte van de pathologie en de bezettingsgraden.

## 2.14. Rust- en verzorgingstehuizen (R.V.T.)

### 2.14.1 Feiten en ontwikkelingen

Binnen de Vlaamse gemeenschap zijn er momenteel 12.342 R.V.T.-bedden erkend. Circa tweederde van deze R.V.T.-bedden zijn gelokaliseerd in erkende rusthuizen, de overige bevinden zich in gedesaffekteerde (=gesloten) ziekenhuizen of ziekenhuisafdelingen.

De financiering van de zorgbehoefte loopt via het zogenaamde forfait, voluit de "tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven." Deze forfaits, die in principe aan de zorgbehoefte toekomen, verschillen in verhouding tot de zorg-afhankelijkheidsgraad.

Uit de facturatiegegevens van het RIZIV blijkt dat het aantal RVT- gerechtigden (B,C) die verblijven in rusthuisafdelingen zonder R.V.T. erkenning veel hoger ligt dan het aantal erkende of geprogrammeerde R.V.T.-bedden.

Aantal RVT- rechthebbenden 1.10.92 (RIZIV)

	Brussels Gewest	Vlaanderen	Wallonië	BELGIË
RVT (B+C)	1.689	11.621	4.458	17.768
RH (B+C)	5.032	15.346	12.893	33.271
Totaal	6.721	26.967	17.351	51.039

Concreet betekent dit dat meer dan de helft van de zwaar zorgenbehoevenden die residentieel verzorgd worden een kwalitatieve verzorging binnen het kader van een R.V.T. moeten ontberen.

#### 2.14.2. Algemene doelstellingen

Inzake het zorgenbeleid voor ouderen wordt in het Vlaamse regeerakkoord het accent gelegd op :

- een betaalbare zorgverstrekking die levenskwaliteit nastreeft;
- een regionaal evenwichtige uitbouw van voorzieningen voor zorgenbehoevende ouderen op basis van een objectieve en wetenschappelijke behoeftenbepaling;
- een differentiëring en profilering van het zorgaanbod in overeenstemming met de noden van de individuele zorgaanvrager.

Voor de residentieële opvang en verzorging van zwaar zorgenbehoevende ouderen werd door de federale overheid in de jaren 80 het Rust- en Verzorgingstehuis (R.V.T.) gecreëerd. Specifieke programmatie- en erkenningsnormen werden uitgevaardigd. Een geëigende financiering van de verzorgingskosten via RIZIV-forfaits werd uitgewerkt.

De door de federale overheid opgelegde budgettaire en feitelijke koppeling van het ontstaan van R.V.T.-bedden aan de afbouw van ziekenhuisbedden heeft voor gevolg gehad dat het actueel aantal bestaande R.V.T.-bedden te laag is om aan de reële behoeften te voldoen en dat er een ongelijke spreiding is van R.V.T.-bedden zowel op geografisch vlak als tussen de rusthuizen onderling. Ook het programmatiecijfer voor R.V.T.-bedden dat nu 1,7 bedden per honderd bejaarden van 65 jaar en ouder bedraagt, heeft een zuiver budgettaire grondslag en is geen weergave van een objectieve bepaling van de behoefte aan een kwalitatief residentieel verzorgingsaanbod voor zwaar zorgenbehoevende ouderen.

#### 2.14.3. Actieprogramma

- De Vlaamse regering zal in haar overleg met de federale overheid eisen dat de middelen die vrijkomen uit de geplande afbouw van 5000 ziekenhuisbedden worden aangewend voor bijkomende

R.V.T.-bedden in rusthuizen die reeds zwaar zorgenbehoevenden opvangen en verzorgen.

De bijkomende R.V.T.-bedden zullen in eerste instantie gebruikt worden om de bestaande behoeften te dekken. Zij zullen daarom worden toegekend aan erkende rusthuizen waarin reeds een populatie van R.V.T.-gerechtigde bewoners aanwezig is, zodat het ROB-statuut hier kan omgezet worden in een volwaardig R.V.T.-statuut zowel op het vlak van financiering als op het vlak van erkenning. Om in aanmerking te komen dient de populatie van R.V.T.-gerechtigden in het rusthuis voldoende groot te zijn : voor een goede R.V.T.-werking zijn eenheden vereist met een capaciteit van minimum 25 bedden zoals voorzien in de erkenningsnormen voor R.V.T. Bovendien zullen de rusthuizen die in het verleden reeds een bijzondere inspanning hebben geleverd door de aanwerving van bijkomend personeel voor een kwaliteitsvolle verzorging van hun zorgenbehoevende bewoners bij voorrang worden gehonoreerd.

Om de behoefte aan rust- en verzorgingstehuizen, berekend op basis van facturatiegegevens van het RIZIV m.b.t. het aantal zwaar zorgbehoevenden dat in een rusthuis of RVT verblijft te dekken, moet het programmatiecijfer voor de R.V.T.-bedden verhoogd worden. Dit cijfer dient een weergave te zijn van de reële behoefte aan R.V.T.-bedden. Een herevaluatie en aanpassing van dit cijfer zal regelmatig nodig zijn in functie van de demografische ontwikkelingen.

De bijkomende R.V.T.-bedden moeten verdeeld worden vanuit een pool toegewezen aan de gemeenschaps- of gewestoverheden die elk instaan voor de toewijzing van deze bedden binnen de eigen regio in functie van de eigen specifieke lokale en geografische noden en van het eigen gevoerde ouderenbeleid.

Indien uit de bedafbouw in de ziekenhuizen onvoldoende middelen vrijkomen om te voldoen aan de reële behoeften, ontstaan door de toenemende vergrijzing van de bevolking, dan dienen andere financiële bronnen aangeboord te worden. Budgetten die vrijkomen door de realisatie van besparingen in andere sectoren of subsectoren van de gezondheidszorg kunnen hiertoe aangewend worden.

## 2.15. De psychiatrische zorgverlening

### 2.15.1. Feiten en ontwikkelingen

De geestelijke gezondheid van de bevolking wordt momenteel op de proef gesteld door een hoge graad van langdurige en structurele werkloosheid van bepaalde bevolkingsgroepen (oudere werknemers, laaggeschoolden, jongeren enz...).

Het behoud van de competitiviteit van de ondernemingen leidt anderzijds bij de werkende bevolking tot een verhoogde prestatiedruk en tot toenemende eisen inzake flexibiliteit.

Ook de gewijzigde samenlevingsvormen, de verstedelijking, de individualisering, de vereenzaming, de veroudering van de bevolking, de multiculturele samenlevingsvormen,... hebben onmiskenbaar een invloed op de geestelijke gezondheidszorg van de bevolking.

Indicatoren voor de toegenomen vraag naar geestelijke gezondheidszorg zijn ondermeer het hoge aantal zelfmoorden, de toename van de toxicomanieën en het druggebruik, het hoge verbruik van psychofarmaca, het toenemend aantal psychosomatische ziekten, depressies...

De reconversie van de psychiatrie in de jaren '90 heeft op deze maatschappelijke ontwikkelingen willen inspelen - mede geïnspireerd door de evolutie in de medische en in de sociale wetenschappen. Deze reconversie had ondermeer tot doel de reintegratie van de psychiatrische patiënten in de maatschappij te stimuleren en de chroniciteit van de behandeling af te remmen.

Na deze reconversie ziet het psychiatrisch aanbod er als volgt uit :

- intramurale zorg :
  - de Psychiatrische Ziekenhuizen en de Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ)
- transmurale zorg :
  - de Psychiatrische Verzorgingstehuizen
  - Beschut Wonen
- extramurale zorg :
  - Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG's)
  - poliklinieken
  - private praktijken
- geformaliseerde overlegstructuren

### 1. Intramurale zorg

Vlaanderen telt 40 psychiatrische ziekenhuizen. In totaal zijn er 11.898 bedden erkend. Het aantal bedden daalde sinds 1984 met 3.063 eenheden, zijnde een vermindering met 20 % . Deze ziekenhuisbedden werden grotendeels omgeschakeld naar nieuwe zorgstructuren : Psychiatrische Verzorgingstehuizen en initiatieven voor Beschut Wonen.

Tevens blijkt dat in de psychiatrische ziekenhuizen het aanbod aan dag- en nachtverpleging in A-diensten en T-diensten is gestegen.

In een aantal psychiatrische ziekenhuizen is een specifieke psycho-geriatrie dienst uitgebouwd binnen het kader van een T-dienst.

Deze dienst is gericht op de diagnose en de behandeling van ouderen met psychiatrische aandoeningen.

### 2) Transmurale zorg

In Vlaanderen zijn er 23 psychiatrische verzorgingstehuizen. In totaal werden 2.674 bedden erkend, waarvan 1.364 bedden een definitief statuut hebben en 1.310 een uitdovend statuut.

Het aantal samenwerkingsverbanden Beschut Wonen bedraagt 42, zij bieden plaats aan 2.255 patiënten.

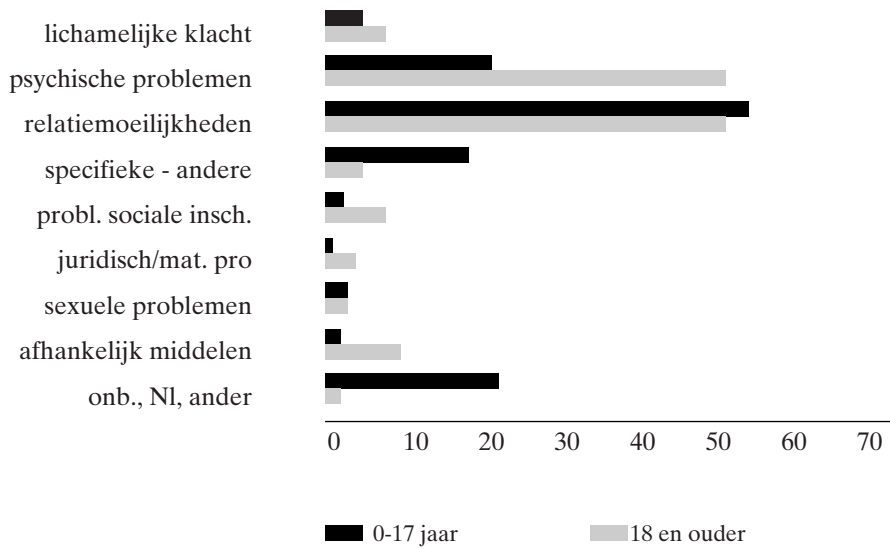
### 3) Extramurale zorg

Op dit ogenblik zijn 84 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg erkend in de Vlaamse Gemeenschap. Op basis van de programmatienorm (één centrum voor 50.000 inwoners) kunnen een 120-tal centra erkend worden. Momenteel bestaat een wachtlijst van een 10-tal aanvragen voor de erkenning van een nieuw centrum. De 84 erkende centra beschikken momenteel samen over een personeelskader bestaande uit 516 full-time equivalenten (F.T.E.). Het gemiddeld personeelskader per centrum bedraagt 6,14 F.T.E. De procentuele verdeling over de verschillende functies ziet er als volgt uit :

– psychiatrische functie :	10 %
– psychologische functie	36 %
– maatschappelijke functie :	28 %
– administratieve functie	20 %
– aanvullende functie :	6 %

De redenen waarom patiënten een beroep doen op de Centra Geestelijke Gezondheidszorg zijn zeer uiteenlopend en vaak leeftijdsgebonden. Volgende figuur geeft een zicht op de aard van de klachten waarmee de patiënt zich aanmeldt :

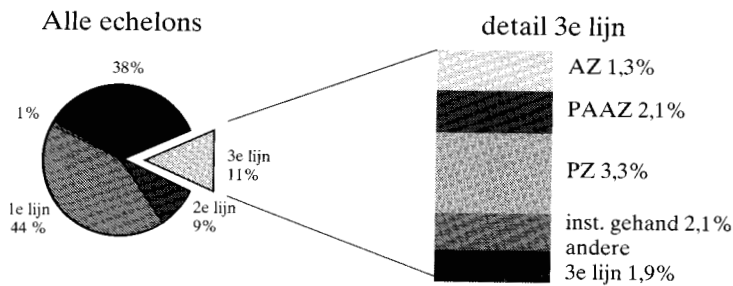
Figuur 15 : aard van de klachten in CGG's cijfers over 1989-1993



Uit de registratie blijkt dat 42 % van de patiënten meer dan één soort klacht formuleert. Psychische problemen worden door 44 % van de personen geuit; meer dan de helft van de kinderen en van de volwassenen signaleert relatieproblemen. Van de volwassenen meldt zich 10 % met verslavingsproblematiek.

De registratiegegevens van de Centra Geestelijke Gezondheidszorg geven aan dat 80 % van de verwijzingen komen uit de nulde en eerste lijn. De huisartsen blijken over alle échelons de grootste verwijzingsgroep : 22 % of bijna 1 op 4 patiënten. Bij kinderen verwijst het PMS-centrum iets vaker dan de huisarts : respectievelijk 17 % en 15 %.

Figuur 16 : echelon van verwijzers naar CGG's situatie 1993



2.15.2. Algemene doelstellingen

In de psychiatrische zorgverlening is er sedert 1990 een grondige reconversie doorgevoerd. Niet minder dan 3400 psychiatrische ziekenhuisbedden zijn omgeschakeld naar andere opvang- en behandelingsvormen nl. Psychiatrische Verzorgingstehuizen en Beschut Wonen.

Gestabiliseerde patiënten die voorheen bij gebrek aan dergelijke alternatieven te langdurig in psychiatrische ziekenhuizen verbleven, kunnen zich nu beter terug in de maatschappij inschakelen.

Het komt er nu op aan, de noodzakelijke minimum capaciteit aan psychiatrische ziekenhuizen te

behouden en om de psychiatrische behandeling te verbeteren.

Het feit dat de helft van de patiënten in de permanente PVT-bedden de woon- en leefkosten, die voorheen in de verpleegdagprijs waren opgenomen, niet kunnen betalen uit eigen inkomen is een negatief signaal inzake de toegankelijkheid van deze voorzieningen. De financiële afhankelijkheid van de patiënten t.o.v. het OCMW bevordert hun reïntegratie niet.

Aangezien de PVT en Beschut Wonen gekoppeld waren aan de afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden is er een grote ongelijkheid inzake regionale spreiding ontstaan. Het aantal plaatsen is

ook niet afgestemd op de nieuwe groep van chronische patiënten die nu instromen. Daarnaast blijken de nieuwe formules nog niet volledig te voldoen aan de behoeften van alle categorieën.

Naar aanleiding van de evaluatie van de reconversiebeweging en de optimalisering van de nieuwe opvang -en begeleidingsvormen moet gezocht worden naar formules waardoor binnen een erkende organisatie flexibel kan ingespeeld worden op de lokale behoeften en waardoor het aanbod een betere regionale spreiding krijgt .

Naast de resocialisatie en de versterking van de “care-opdrachten” in de PVT’s en in Beschut Wonen voorzorg de reconversie ook een intensivering van de “cure-opdrachten” in de psychiatrische ziekenhuizen ondermeer door een verhoging van de omkadering in de therapiediensten (T-diensten). Deze normen kunnen niet gehaald worden omwille van de niet 100 % bezetting.

Naar analogie met de algemene ziekenhuizen zal een oplossing gezocht worden voor de berekening van de personeelsnorm.

Daarnaast zullen de psychiatrische ziekenhuizen de kans krijgen om een specifiek diagnose- en behandelings- of revalidatieaanbod uit te bouwen voor specifieke patientengroepen, zoals geronto- psychiatrische patiënten, toxicomanen en drugverslaafden met psychiatrische problemen, sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten en forensische psychiatrie. Dit vergt aangepaste erkennings- en subsidiëringnormen.

#### 1) Extramurale zorg

De C.G.G. zijn tweede lijnsvoorzieningen waar in een multidisciplinaire en extramurale setting een zorgaanbod verstrekt wordt aan hulpvragers met problemen inzake geestelijke gezondheid. Een korte verduidelijking :

- tweedelijnsvoorziening : het merendeel van de cliënten komt op een C.G.G. terecht na verwijzing, een relatief kleiner deel op eigen initiatief of op initiatief van de omgeving;
- multidisciplinair : het erkende personeelskader bestaat altijd uit een multidisciplinaire equipe, waarin verschillende disciplines, eventueel met verschillend therapeutisch referentiekader, volwaardig aanwezig zijn en in team werken. De wekelijkse teamvergadering is een essentieel onderdeel van de werking;
- extramuraal : een C.G.G. maakt geen deel uit van een residentiële voorziening en biedt gespecialiseerde hulp op ambulante wijze, dit wil zeggen zonder opname van de patiënt ;

De behandeling sluit aan bij het gewone leef-, werk- en gezinsmilieu, en werkt zoveel mogelijk samen met andere hulpverleners.

- zorgaanbod : tot het basistakenpakket van elk C.G.G. behoren :

– rechtstreekse specialistische hulpverlening (multidisciplinair en multimethodisch) aan patiënten en

hun omgeving : probleemanalyse met diagnose en indicatiestelling, advies en eventuele doorverwijzing en zorgcoördinatie; sociaal-psychiatrische en psychotherapeutische behandeling, begeleiding en ondersteuning; medicamenteuze behandeling;

– dienstverlening aan en ondersteuning van andere hulpverleners en voorzieningen : adviesverstrekking, consultatie, vorming, supervisie, zorgcoördinatie en netwerkontwikkeling;

– preventieve acties, gericht op aanwijsbare risicolopende groepen in de bevolking en op te zetten in nauwe samenwerking met de eerstelijnsvoorzieningen en andere factoren op het terrein van de preventie.

Daarnaast leveren de C.G.G. ook een bijdrage tot de zorg voor bepaalde doelgroepen en probleemcategorieën, die een bijzondere aandacht en een specifieke aanpak vereisen.

- hulpvragers : er komen in de C.G.G. zowel zwaargestoorde psychiatrische patiënten die voor of na hun hospitalisatie worden geholpen als patiënten waarvoor een opname niet is aangewezen maar die duidelijk psychische stoornissen vertonen.

Er komen in de C.G.G. eveneens patiënten met relatieproblemen, slachtoffers van misdrijven, personen met alcohol- of drugproblemen. Hun problematiek vereist steeds specialistische deskundigheid voor het stellen van een diagnose, en voor het opzetten van een behandeling.

De centra hebben dus een volwaardige tweedelijnswerking voor een brede waaier van problemen.

De C.G.G. zijn ingeschakeld in een regionaal netwerk van personen en instanties die zich met de gezondheidszorg bezig houden, niet alleen op de nulde en de eerste lijn, maar ook met privé-specialisten, poliklinieken en ziekenhuizen, dus op de tweede en de derde lijn. De C.G.G. zijn ingeschakeld in de samenwerkingsverbanden rond Beschut Wonen en in de regionale overlegplat vormen van psychiatrische instellingen en diensten. Zij kunnen ingeschakeld zijn in de samenwerkingsinitiatieven voor Thuisverzorging. Meer bepaald naar de nulde en de eerste lijn toe kunnen de Centra een ondersteunende rol spelen bij de begeleiding van de werking op deze lijn of kunnen zij tegelijk de behandeling overnemen. Zij staan niet tussen de anderen op de eerste lijn te werken, maar op een andere échelon.

Naast het curatief-therapeutisch werken hebben de Centra ook een belangrijke preventieve taak. Vanuit hun centrale positie in de geestelijke gezondheidszorg en dankzij tal van contacten met sleutelfiguren in het onderwijs, met politie en rijkswacht, met huisartsen en andere instanties op de eerste lijn zijn zij goed geplaatst om preventieve acties te organiseren en coördineren. Daarnaast wordt er door de centra ook belangrijk werk geleverd bij de preventie van heropnames door hun zorg voor chronische patiënten.

### 2.15.3. Actieprogramma

#### 1) Intramurale zorg

- De zorgnoden voor specifieke doelgroepen verantwoordt een specifieke aandacht.

De psychiatrische zorgverlening voor ouderen binnen de psychiatrische ziekenhuisdiensten zoals deze de facto bestaan, vraagt om specifieke programmatie- en erkenningsnormen.

De dienst psycho-geriatrie kan tot stand komen via transformatie van de diensten die erkend zijn als T-dienst. Op het niveau van de interministeriële conferentie zal hierover met de federale overheid overleg gepleegd worden zodat de diagnose en behandeling van ouderen met psychiatrische problemen kan geoptimaliseerd worden.

De vraag vanuit de justitiële sector naar het ontwikkelen van de forensische intramurale psychiatrie, maar ook naar nazorg (probatie) zal worden ingevuld.

In verband met deze problematiek is het oprichten van 'medium security units' in de psychiatrische ziekenhuizen voor de opvang van personen die een misdrijf pleegden maar psychiatrische zorg nodig hebben, van belang. Dit moet parallel lopen met de ontwikkeling van 'high security units' binnen het gevangeniswezen. Ook de verdere uitvoering van het samenwerkingsakkoord tussen de minister van Justitie en de Vlaamse minister bevoegd voor bijstand aan personen is hierbij essentieel (welzijns-teams). Er wordt onderzocht in hoeverre in het Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis "Daelwezeth" te Rekem een medium security unit als pilootproject kan worden uitgebouwd. Na evaluatie van een dergelijk experiment kan uitbreiding van het project naar andere ziekenhuizen in functie van de noodzaak gebeuren.

Rekening houdend met het belang van de SGA-experimenten (Sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten) wenst de Vlaamse Gemeenschap een reële betrokkenheid bij de evaluatie ervan alsook informatie over de resultaten van het onderzoek.

#### 2) Transmurale zorg

Op 31 december 1995 wordt de reconversie operatie van ziekenhuisbedden naar de psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven voor beschut wonen beëindigd.

- Een evaluatie van deze reconversie onder meer inzake spreidingsproblematiek moet geschieden in overleg met de verschillende gemeenschappen die bevoegd zijn voor het erkennenbeleid.

#### 3) Extramurale zorg

- De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn met hun multidisciplinair equipewerk, hun forfaitair betaalde hulpverlening en hun regionale setting goed geplaatst om samen met de nulde en eerste lijn een preventieve functie in een regio uit te bouwen.

Hierbij dienen de Centra het overleg te plannen en met hun deskundigheid te ondersteunen. Huisartsen en hulpverleners uit de eerste lijn zullen hun

taak nog beter kunnen vervullen indien ze voor bepaalde aspecten een beroep kunnen doen op behandeling vanwege de Centra. Het doel is te voorkomen dat personen te snel in de psychiatrie terechtkomen. Dit is de voorzorgfunctie van de Centra. Om de preventieve taak naast hun therapeutische opdracht te kunnen opnemen, dienen de centra uit te groeien tot een zekere omvang. Er wordt dan ook geopteerd voor beter uitgebouwde centra dan voor het erkennen van nieuwe, te kleine centra.

- Naast het invullen van een basispakket inzake zorgaanbod, zullen de centra een bijdrage leveren tot de zorg voor bepaalde doelgroepen en probleemcategorien die een bijzondere aandacht vereisen. Binnen een regio moeten de behoeften worden ingevuld. Hiertoe kan overleg worden gepleegd binnen de psychiatrische samenwerkingsverbanden.

Er zal meer aandacht gegeven worden aan zwaarder gestoorde en chronische psychiatrische patiënten. Voor deze groep is de opname in een instelling een noodzakelijke tussenfase voor een behandeling. Deze zal erop gericht zijn de betrokkene zoveel als mogelijk te integreren in de maatschappij. Bij deze behandeling zijn de centra met hun ambulante aanbod een onmisbare partner in de organisatie van een nazorg-functie.

Zowel in de context van Beschut Wonen als erbuiten hebben de Centra een opdracht voor de rehabilitatie van chronische patiënten en dit middels het uitbouwen van extramurale dagactiviteiten die ook openstaan voor psychiatrische patiënten die niet in een initiatief Beschut Wonen verblijven.

De extramurale hulpverlening zal mee instaan voor de globale benadering van zwaarder gestoorde of weinig gemotiveerde patiënten. Tot deze globale aanpak behoren onder andere de psychotherapeutische behandeling, de crisisinterventie, het aanleren van sociale vaardigheden en het begeleiden bij wonen en werken.

De Centra zullen ook hulp bieden aan bejaarden met psychiatrische en/of psychosociale problemen, en hun naaste familieleden. De aandacht moet daarbij niet alleen gaan naar vereenzaming en depressie, maar ook naar dementieproblemen. Hiervoor is een nauwe samenwerking met de initiatieven voor thuiszorg vereist. Diagnostische en therapeutische ondersteuning kan verleend worden aan rusthuizen en RVT-diensten die met deze problematiek geconfronteerd worden.

In de mate dat etnische en culturele achtergronden bij bepaalde personen leiden tot zware integratieproblemen en aanleiding geven tot ernstige psychopathologie moet hiervoor een gepaste specialistische hulpverlening worden geboden. Om inzicht te krijgen in de leefwereld van de migranten en het vertrouwen van deze groep te bekomen, zal worden samengewerkt met integratiecentra en migrantenorganisaties.

De centra zullen verder ook een bijdrage leveren inzake preventie en hulpverlening op het vlak van alcohol- en andere drugproblemen.

Zij zullen dit doen binnen het algemene beleidsplan dat door de Vlaamse overheid wordt ontwikkeld.

In het kader van het akkoord tussen de minister van Justitie en de Vlaamse overheid zal ook bijzondere aandacht besteed worden aan de problematiek inzake geestelijke gezondheidszorg van gedetineerden en hun omgeving. Daarnaast dienen de reeds opgezette samenwerkingsverbanden met de centra voor slachtofferhulp verder te worden ontwikkeld, evenals met de centra voor kindermishandeling.

- Ten slotte wordt van de Centra in de stedelijke agglomeraties verwacht dat zij meewerken met de initiatieven die zullen ontwikkeld worden in het kader van de aanpak van de grootstedelijke problematiek.

Dit kan gaan van het afstemmen van hulpverleningsmethodes op de specifieke behoeften van kansarmen en multi-probleemgezinnen tot het adviseren vanuit de eigen deskundige invalshoek bij de organisatie van een gezondheidsbeleid op lokaal vlak.

Dit alles vergt, hoe dan ook, een actiever optreden van de Centra en een leren beheersen van de wachtlijsten. In de huidige situatie is het aangewezend dat een regionale specialisatie tot stand komt. De regionale samenwerkingsverbanden zijn een ideaal platform om tot afsprakenregelingen te komen tussen diensten onderling en met de instellingen. Het goed onderling doorverwijzen is hierbij belangrijk. Voorafgaandelijk dienen elkaars wensen, mogelijkheden en beperktheden kenbaar gemaakt te worden.

## 2.16. Vlaams Infrastructuurfonds voor persoonsgebonden aangelegenheden (V.I.P.A.)

### 2.16.1. Feiten en ontwikkelingen

Op 1 juli 1994 traden het VIPA-decreet en zijn uitvoeringsbesluiten in werking voor de sector van de preventieve en ambulante voorzieningen (gezondheidscentra, centra voor medisch schooltoezicht, centra voor geestelijke gezondheidszorg en consultatiebureaus voor respiratoire aandoeningen) alsook voor de bejaardenvoorzieningen. Sinds 1 januari 1995 is de nieuwe subsidieregeling ook van toepassing voor de sector van de verzorgingsinstellingen (ziekenhuizen, RVT en PVT).

Elk project waarvan op datum van inwerkingtreding van het decreet een ontwerp is goedgekeurd of waarvan een vastlegging is gebeurd, wordt afgevoerd volgens de vroegere procedure.

Overzicht van de vastleggingskredieten - 1996

sector	vastleggingskrediet
rustoorden	1.505.700.000
ziekenhuizen	3.909.000.000
centra voor geestelijke gezondheidszorg	25.600.000

opz Geel en Rekem- onderhoudswerken	25.200.000
gemeenschapsinstellingen	53.400.000
centrum voor opleiding en vervolmaking van de kaderleden te Overijse	1.000.000
gezondheidscentra, centra voor medisch schooltoezicht, consultatiebureaus voor respiratoire aandoeningen	16.900.000
<b>totaal</b>	<b>5.537.000.000</b>

### 2.16.2 Algemene doelstellingen

De belangrijkste krachtlijnen van deze nieuwe subsidieregeling zijn uitvoerig uiteengezet in de recent verschenen VIPA-brochure : grotere toegankelijkheid en doorzichtigheid, een vereenvoudiging van de procedure, meer zekerheid voor de initiatiefnemer, een duidelijker financieel engagement van de overheid, responsabilisering van de bouwheer en de invoering van kwaliteitsnormen op het vlak van infrastructuur.

### 2.16.3. Actieprogramma

#### – Verzorgingsinstellingen

De engagementen die in het kader van de oude subsidieregeling reeds vóór 1 januari 1995 waren aangegaan voor de sector van de verzorgingsinstellingen moeten, naast het opstarten van de nieuwe VIPA regeling, vlot gehonoreerd worden. De budgettaire weerslag van de subsidiëringdossiers die nog lopende zijn in het kader van de oude subsidieregeling wordt geraamd op 9 miljard Fr. De realisatie van deze dossiers is gespreid over meerdere jaren in functie van de vordering van de bouwwerken.

- Om voor nieuwe initiatieven voldoende ruimte te creëren zal in 1995 en 1996 een tiende van de beschikbare vastleggingskredieten gereserveerd worden om een eerste uitvoering te geven aan het decreet. Bovendien wordt vanaf 1996 een bijkomend investeringsbudget van 500 miljoen frank voorzien.

- Voor de afhandeling van de subsidiëringdossiers voor de algemene ziekenhuizen zullen volgende prioriteitscodes worden gehanteerd :

Code 1 : uitrusting / apparatuur voor projecten in aansluiting op werken in oude procedure

Code 2 : brandveiligheidswerken

Code 3 : dringende aanpassingswerken in functie van

- erkenningsnormen
- functionele vereisten

Code 4 : beperkte aanpassingswerken in functie van

- erkenningsnormen
- functionele vereisten noodzakelijk voor een kwalitatieve verzorging



Code 5 : fusieprojecten van kleinere ziekenhuizen in functie van :

- rationalisatie
- schaalvergroting (tot max. 4 à 500 bedden)

Code 6 : totaalprojecten van ziekenhuizen (nieuwbouw, uitbreiding, herconditioneringswerken) in functie van

- grote aanpassingswerken
- modernisering
- rationalisatie
- actualisering
- erkenningsnormen
- functionele vereisten

Een verdere verfijning van deze criteria wordt in het vooruitzicht gesteld. Zo zal ook bij de beoordeling van de masterplannen en de aanvragen tot subsidiëring van grote projecten voor de algemene ziekenhuizen meer dan vroeger gekeken worden naar het bestaan van een duidelijk toekomstperspectief voor het ziekenhuis. Dit toekomstperspectief dient gezien te worden in het licht van de evoluties die momenteel bezig zijn in de ziekenhuissector, met name de tendens naar schaalvergroting, meer samenwerking en nood aan duidelijke taakafspraken tussen ziekenhuizen onderling.

- Voor de investeringen in psychiatrische ziekenhuizen worden dezelfde prioriteiten gehanteerd als voor de algemene ziekenhuizen. Bijkomende klemtonen worden gelegd op veiligheid, humanisering en positieve beeldvorming, specifieke doelgroepen (om kinderpsychiatrie), alternatieve vormen van behandeling, partiële hospitalisatie.

Voor PVT's werd drie jaar geleden een specifiek impulsprogramma goedgekeurd dat de realisatie voorziet van nieuwbouw voor alle definitieve PVT-bedden over een periode van tien jaar. Voor uitdovende PVT's worden enkel brandveiligheidswerken en humaniseringswerken betoelaagd die ertoe moeten bijdragen dat erin wonende psychiatrische patiënten op een kwaliteitsvolle manier kunnen worden opgevangen.

- Voor de rust- en verzorgingstehuizen (RVT) worden aanpassingen voor de functie van RVT en voor goede verzorging en verpleging prioritair gesteld.

## 2) Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Voor het eerst kunnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg een beroep doen op subsidies voor de bouw of aankoop van eigen huisvesting. Wegens het ontbreken van een dergelijke subsidiëring was de kwaliteit van de huisvesting in vergelijking met andere deelsectoren in het algemeen wat achter gebleven. Verschillende centra worden in hun werking gehinderd door gebrek aan ruimte of door functionele tekortkomingen van de beschikbare lokalen. Slechts enkele zijn erin geslaagd om met eigen middelen in een aangepaste infrastructuur te voorzien.

- Op lange termijn zullen alle erkende centra voor geestelijke gezondheidszorg moeten beschikken over een volwaardige huisvesting, aangepast aan hun doelstellingen en werkmethodes.

Er zal een globaal plan worden opgesteld zodat aan de centra een perspectief kan geboden worden met een voorstel tot spreiding van de subsidiebeslissingen in de tijd.

Op basis van een rondvraag aan alle centra werd een eerste balans opgemaakt van de behoeften. Van de 84 erkende centra deelden er 20 mee geen investeringssubsidie te zullen aanvragen omdat zij reeds zelf investeringen hadden gedaan of omdat de bestaande huisvesting voldoet. 52 centra gaven te kennen een beroep te zullen doen op de subsidieregeling binnen een termijn van 1 tot 5 jaar. De resterende 12 centra hadden nog geen duidelijke beslissing genomen.

Ongeveer 70 % van de aanvragen zouden betrekking hebben op aankoop met verbouwing, 20 % op verbouwing en 10 % op nieuwbouw.

Dit jaar werd op de begroting een investeringskrediet van 25,2 miljoen Fr. voorzien voor de centra.

De aanvragen zullen chronologisch worden behandeld, zonodig zullen binnen de beschikbare budgetten prioriteiten worden vooropgesteld.

Bij de beoordeling van de plannen moet worden overwogen of :

- de bestaande huisvesting voldoet aan de functionele vereisten inzake beschikbare ruimte, geluidsisolatie tussen de lokalen en algemene staat van onderhoud.
- het centrum beschikt over een personeelskader waarvan de maximale omvang reeds is bereikt ofwel goed kan worden ingeschat, zodat de vereiste omvang van de huisvesting kan bepaald worden.
- het voorgesteld project voldoet aan de technische normen waaraan de infrastructuur van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg moet voldoen.
- het functioneren van het centrum beantwoordt aan de oriëntaties die in een globaal beleidskader voor de geestelijke gezondheidszorg wenselijk zijn.

Als bijkomend element wordt eveneens rekening gehouden met de eventueel dringende omstandigheden die in de aanvraag aanwezig kunnen zijn.

Daarnaast zullen ook aanvragen worden ingediend voor de aankoop van een woning. In deze situaties is de initiatiefnemer afhankelijk van de kansen die zich op de vastgoedmarkt aandienen en van de onderhandeling met de verkoper. Dit type investering kan veel minder gepland worden in de tijd en vereist een zekere urgentie in de behandeling.

## 3) Gezondheidscentra en Centra voor Medisch Schooltoezicht.

De meeste gezondheidscentra en centra voor medisch schooltoezicht werden gebouwd tussen einde jaren zestig en einde jaren zeventig.

De visie inzake jeugdgezondheidszorg is ondertussen sterk geëvolueerd waardoor in heel wat centra de bestaande infrastructuur niet langer beantwoordt aan de huidige behoeften.

Van de bestaande centra voldoen er momenteel 83 niet aan de kwaliteitsnormen inzake infrastructuur

opgelegd via de VIPA-reglementering. Deze centra blijven wel verder erkend (de erkenningsnorm is immers niet gelijk aan de bouwnorm).

Uit een rondvraag blijkt dat 30 centra zich op korte of middellange termijn wensen te conformeren aan deze kwaliteitsnormen en hiertoe een aanvraag tot subsidiëring zullen indienen.

De begroting voorziet momenteel een jaarlijks vastleggingskrediet van 16,9 miljoen Fr.

Ingeval de vraag naar bouwsubsidies groter is dan het beschikbare budget zullen de verschillende individuele dossiers getoetst worden aan volgende criteria :

- De erkenningsnormen voor de gezondheidscentra dateren van 1961. Indien deze normen zouden aangepast worden aan de hedendaagse functionele vereisten dan kunnen bestaande centra die niet aan de normen beantwoorden prioritair een beroep doen op bouwsubsidies.
- De bezettingsgraad van de kringloop. Een goed beheer van de beschikbare financiële middelen voor bouw of verbouwingen impliceert dat de gesubsidieerde infrastructuur optimaal benut wordt. Centra met een voldoende bezette kringloop zullen daarom bij voorrang in aanmerking komen voor een bouwsubsidie. De bezettingsgraad in andere centra uit de regio vormt eveneens een element van beoordeling.
- De kwaliteit van de bestaande infrastructuur. Een centrum moet voldoen aan de actuele functionaliteitsbehoeften. De mate waarin bestaande gebouwen tekortkomingen vertonen zal de rangorde van prioriteit mede bepalen.

- Verbouwingen versus nieuwbouw.

Het bouwen van nieuwe centra krijgt geen prioriteit, tenzij :

– de oppervlakte van de bestaande infrastructuur het onmogelijk maakt dat de initiatiefnemer aan de bouwkundige normen van de VIPA-reglementering voldoet ;

– de verbouwing meer dan 75 % van een nieuwbouw kost.

Bij de behandeling van de eerste subsidiëringdossiers met betrekking tot de hierboven vermelde voorzieningen zijn nog een aantal knelpunten op reglementair vlak naar voor gekomen. Om een oplossing hier voor te bieden zullen de bestaande VIPA-besluiten aangepast worden.

#### 4) Beschut wonen.

Tot op heden hebben initiatieven Beschut Wonen geen toegang tot investeringstoelagen. De initiatieven Beschut Wonen ontwikkelen een eigen identiteit t.o.v. de psychiatrische ziekenhuizen.

Deze initiatieven hebben nood aan een centraal aanloopadres voor begeleiders en bewoners voor de volgende activiteiten : teamoverleg, medische verzorging, individuele consultaties, opvolging van dossiers, registratie, coördinatie. De kosten verbonden aan deze infrastructurele maatregelen kunnen niet verhaald worden op de bewoners.

Aangezien investeringstoelagen in belangrijke mate aan de noden dienaangaande tegemoet komen zal de VIPA reglementering in die zin worden aangepast.

BIJLAGE

## Lijst van gebruikte kenletters

- A : dienst neuro-psiatrie voor observatie en behandeling
  - A1 : dagverpleging in A-dienst
  - A2 : nachtverpleging in A-dienst
  - B : dienst voor TBC-behandeling in het kader van een algemeen ziekenhuis
  - C : dienst voor diagnose en heekundige behandeling
  - D : dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling
  - E : dienst voor kindergeneeskunde
  - F : gesloten psychiatrische dienst
  - G : exclusief geriatrische diensten
  - H : dienst voor gewone hospitalisatie
  - I : dienst voor intensieve verzorging (voor de instellingen die de bestaande I-bedden niet afzonderlijk opgeven zijn deze meestal begrepen in C of D)
  - K : dienst neuro-psiatrie voor kinderen
  - K1 : dagverpleging in K-dienst
  - K2 : nachtverpleging in K-dienst
  - L : dienst voor besmettelijke aandoeningen
  - M : kraamdienst in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek
  - N : dienst voor intensieve neonatale zorgen
  - NN : neonatale functie
  - O : open psychiatrische dienst
  - P : dienst voor neuro -psiatrie
  - S : dienst voor specialiteiten
  - T : dienst neuro-psiatrie voor behandeling
  - T1 : dagverpleging in T-dienst
  - T2 : nachtverpleging in T-dienst
  - TF : dienst voor psychiatrische gezinsverpleging
  - V : dienst voor behandeling
  - VP : psycho-geriatrie (gebruikelijk erkend onder T of V)
  - VR : dienst voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen in progressieve omschakeling
-