

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



Zitting 1999-2000

19 juni 2000

VOORSTEL VAN DECREET

– van mevrouw Ingrid van Kessel c.s. –

houdende organisatie, erkenning en subsidiëring van wijkgezondheidscentra

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De Wereldgezondheidsorganisatie formuleerde in 1978 in Alma Ata haar verklaring rond het belang van de eerstelijnsgezondheidszorg in het kader van het programma "Health for all by the year 2000". Voor een aantal groepen in Vlaanderen was deze tekst de verwoording van een proces waar zij al enkele jaren mee bezig waren : de Vlaamse wijkgezondheidscentra ontstonden halfweg de jaren '70 vanuit een kritische beweging tegen de bestaande gezondheidszorg, meer bepaald tegen de prestatie-geneeskunde en het corporatistische karakter van de traditionele geneeskunde, en voor een meer toegankelijke gezondheidszorg. Ook wilde men een sterke wederzijdse betrokkenheid in de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener tot stand brengen. Werkgroepen werden opgericht vanuit ondermeer de nieuwe sociale beweging (Wereldscholen). De federale regering onderschreef de verklaring van Alma Ata, maar dit kreeg geen enkel wettelijk gevolg.

In het buitenland daarentegen werd door het beleid ingespeeld op de verklaring van Alma Ata : de Scandinavische landen, het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Spanje en andere creëerden een wettelijk kader waarbinnen onder andere (wijk)gezondheidscentra het licht zagen : het ging hier telkens om territoriaal ingebedde, multidisciplinaire initiatieven waar naast curatief werk, ziektepreventie en gezondheidspromotie bijzonder belangrijk waren.

De initiatieven die zich in Vlaanderen ontwikkelden, kenden enige vorm van erkenning, onder andere via de Koning Boudewijnstichting (1982). Op de conferentie van de Wereldgezondheidsorganisatie in Bordeaux in 1983 werd een wijkgezondheidscentrum uit Vlaanderen voorgesteld als een voorbeeld van de implementatie van de principes van de eerstelijnsgezondheidszorg, zoals die door de Wereldgezondheidsorganisatie in Alma Ata werd gedefinieerd. De toenmalige Vlaamse minister bevoegd voor Volksgezondheid organiseerde een symposium rond forfaitaire betaling waarvan verschillende wijkgezondheidscentra meewerkten. Na 20 jaar praktijk is er nog steeds geen formele erkenning van een voorziening, die bestaat, die werkt, en die in de loop van de voorbije jaren op vele wijzen heeft kunnen rekenen op maatschappelijke erkenning en waardering.

Tijdens de eerste periode van hun activiteiten ontwikkelden de wijkgezondheidscentra vooral initiatieven op het vlak van zorgvernieuwing via een

vast multidisciplinair team. Voorbeelden hiervan waren : intensieve thuiszorg, groepsgewijze benadering van problemen, samenwerking tussen medische sector en sociale sector (maatschappelijk werk), enzovoort. Geleidelijk aan werden steeds meer initiatieven ontwikkeld op het vlak van buurtgerichte gezondheidspromoties : via netwerkvorming werd gestreefd naar coördinatie van boodschappen rond gezondheidspromotie op buurtniveau (het project "Samenwerken aan Gezondheid te Ledeberg" van het Wijkgezondheidscentrum "Botermarkt" fungeerde bijvoorbeeld als proefproject van de Raad van Europa rond gemeenschapsgeoriënteerde gezondheidsvoorlichting en -opvoeding). Wijkgezondheidscentra speelden een actieve rol in de "Gezonde Steden"-beweging. De noodzaak om de eerstelijnszorg beter te structureren, bracht wijkgezondheidscentra ertoe een voortrekkersrol op te nemen in het stimuleren van het lokale welzijnsoverleg. Dwarsverbindingen ontstonden met de sociaal-culturele sector, de samenlevingsopbouw, het buurtopbouwwerk, enzoverder.

De uitdaging om een "evidence based medicine" te realiseren waarin, conform wetenschappelijk onderbouwde protocollen, wordt gehandeld, deed nieuwe benaderingswijzen het licht zien : een voorbeeld hiervan vormt het "diabetessprekuur". Op vele terreinen hebben wijkgezondheidscentra in Vlaanderen op deze wijze in de voorbije 20 jaar een laboratoriumfunctie vervuld, waarin een vernieuwende benadering gestalte kreeg. Vaak werd deze vernieuwende aanpak nadien overgenomen door andere organisaties.

Op vele terreinen werd deskundigheid verworven in wijkgezondheidscentra : de problematiek van migranten en de rol van interculturele bemiddelaars, het organiseren van een gestructureerde samenwerking tussen eerste en tweede lijn, de aanpak van de kansarmoedeproblematiek, het opzetten van een systematische CO-preventiecampagne, het werken met ervaringsdeskundigen, en het ontwikkelen van multidisciplinaire samenwerking. Wijkgezondheidscentra waren betrokken bij initiatieven zoals het werken met een "formularium" in de OCMW-rusthuizen in Gent, het tot stand brengen van een afspraak tussen OCMW en huisartsen in verband met de problematiek van de "mensen zonder papieren". De actie Welzijnzorg deed frequent een beroep op de expertise van wijkgezondheidscentra (cf. campagne "Arm maakt ziek. Ziek maakt arm.").

Heel wat opleidingsinstituten doen een beroep op de deskundigheid van wijkgezondheidscentra in het kader van hun opleiding : de huisartsenoplei-

ding, de opleiding verpleegkunde, de opleiding maatschappelijk werk, de opleiding diëtist, de opleiding medisch secretariaat, enzovoort. Ook de Vlaamse overheid deed regelmatig een beroep op expertise van wijkgezondheidscentra, bijvoorbeeld in het kader van VICA, VGR, VIG, en dergelijke.

Wijkgezondheidscentra hebben in belangrijke mate bijgedragen tot de “socialisering” van de huisarts in de Vlaamse gezondheidszorg. De situering van de arts in een multidisciplinair team geeft een nieuw perspectief aan de positie van de huisarts.

Op basis van de oorspronkelijke doelstellingen werden wijkgezondheidscentra uitgebouwd in buurten waar het kansarmoedeprobleem het duidelijkst aanwezig was.

Deze centra werkten aan terugbetalingstarief zodat de patiënten niet moesten betalen.

De bijdrage tot het tot stand brengen van een systeem van forfaitaire betaling in het kader van artikel 52, § 1, van de wet op de ziekteverzekering, betekende een belangrijke stap in de discussie rond financieringsmechanismen en toegankelijkheid in de gezondheidszorg. Wijkgezondheidscentra zijn laboratoria geweest van concrete vormen van patiëntenparticipatie in de (eerstelijns)gezondheidszorg. Zo werd het Alkense Buurtgezondheidscentrum opgericht door “patiënten” en wordt het tot op heden mee bestuurd door een afvaardiging van de patiëntengroep. Ten slotte hebben wijkgezondheidscentra in de voorbije jaren ook een belangrijke rol gespeeld op het vlak van werkgelegenheid: sommige centra stellen 20 tot 30 medewerkers te werk.

Wijkgezondheidscentra hebben in de voorbije jaren 80 gestreefd naar samenwerking met andere voorzieningen. Gevolgen hiervan zijn samenwerking met consultatiebureaus van Kind & Gezin en preventieve zorgcentra, samenwerking in het kader van de wachttdienst huisartsen, samenwerking in het kader van de lokale samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg; wijkgezondheidscentra spelen een rol op lokaal vlak bij het tot stand komen van Logo's en dergelijke.

In de loop van de jaren zijn steeds meer organisaties betrokken geworden bij initiatieven waarvan wijkgezondheidscentra aan de basis lagen. Een illustratie daarvan is de steeds betere samenwerking tussen wijkgezondheidscentra en de lokale huisartsenkringen.

Het is een teken van goed bestuur wanneer voorzieningen, die 20 jaar en meer bewijzen dat ze een zinvolle plaats in het welzijns- en gezondheidslandschap opnemen, ook feitelijk worden erkend via een decreet. Dat betekent een verrijking voor het welzijns- en gezondheidslandschap in Vlaanderen. Tevens sluit Vlaanderen zich hierdoor aan bij de ontwikkelingen in andere landen, waar wijkgezondheidscentra als een werkvorm binnen een gediversifieerd beleid naar voor komen. Het feit dat de wijkgezondheidscentra sinds december 1998 opgenomen zijn in het VIPA-besluit, maakt de decretale verankering niet minder zinvol, integendeel: het is geen bewijs van goed wetgevend beleid om een voorziening in de gezondheidszorg louter te definiëren via een besluit rond infrastructuursubsidies.

In het kader van de structurering van de gezondheidszorg is het wijkgezondheidscentrum een mogelijke samenwerkingsvorm, naast andere. Het is geenszins de bedoeling van de indieners van dit voorstel van decreet om samenwerkingsverbanden tussen de eerstelijnsverzorgers verplicht te maken in een strak keurslijf. Het grondbeginsel van keuzevrijheid van de patiënt staat voorop. Het voorstel wenst de mogelijkheid van erkenningen van vrijwillige samenwerking tussen eerstelijnsverzorgers in wijkgezondheidscentra te honoreren.

Wanneer men wijkgezondheidscentra definieert en erkent, moet men rekening houden met het wezen zelf van deze voorziening. De basisprincipes zijn een brede toegankelijkheid, een eerstelijnsaanpassing voor een brede waaier van problemen, een multidisciplinaire en geïntegreerde benadering, en een territoriale, wijkgebonden aanpak.

Om het continuüm van de zorgverlening, gaande van curatieve over gezondheidspromotie naar ziektepreventie, het meest optimaal te garanderen zijn multidisciplinaire teams die de vraag van de patiënt kritisch beoordelen en doorverwijzen naar de tweede lijn een aangewezen middel. RIZIV-gegevens zouden aantonen dat de medische consumptie die de wijkgezondheidscentra in de tweede lijn met zich meebrengt (radiologie, klinische biologie, nucleaire geneeskunde), beduidend onder het nationale gemiddelde ligt. Exacte gegevens zijn hierover echter niet voorhanden.

Samenwerking komt de kwaliteit van een continue zorgverlening ten goede.

Commentaar bij de artikelen**Artikel 1**

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Artikel 2

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Artikel 3

Dit artikel bepaalt dat de Vlaamse regering wijkgezondheidscentra kan erkennen. Vooraf wordt het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad gevraagd. Om erkend te worden moet cumulatief aan bepaalde voorwaarden worden voldaan.

Formeel neemt het wijkgezondheidscentrum de vorm aan van een vereniging zonder winstoogmerk.

Voor de verloning van de geneeskundige en paramedische prestaties wordt de band gelegd met het federale, door het RIZIV bepaalde forfaitaire financieringsstelsel. Meteen wordt, door deze financieringswijze op te leggen, een ongebreidelde aangroei van wijkgezondheidscentra voorkomen.

De wijkgezondheidscentra schakelen zich in in het lokale gezondheidsoverleg dat door de logo's gecoördineerd wordt.

Artikel 4

Dit artikel verduidelijkt de doelstellingen van de medewerkers met een kernfunctie van het wijkgezondheidscentrum (huisarts, paramedische medewerker en maatschappelijke medewerker) en herhaalt het belang van de registratie en de monitoring van gegevens bij het ontwikkelen van methodes om die doelstellingen te realiseren.

Het continuüm van zorgverlening, gaande van curatie over gezondheidspromotie naar ziektepreventie, staat centraal bij deze opdrachten van het wijkgezondheidscentrum.

Artikel 5

Samenwerking binnen een wijkgezondheidscentrum is cruciaal, en dat geldt tevens voor externe actoren zoals het gemeentebestuur en het OCMW (op grond van hun verantwoordelijkheid voor het plaatselijke gezondheids- en welzijnsbeleid), de regionale dienstencentra en de voorzieningen, diensten en personeel die in de thuiszorg actief zijn. Deze opsomming is niet beperkend.

Artikel 6

De erkenning hangt niet alleen af van het al dan niet voldoen aan de voorwaarden van artikel 3, maar moet eveneens worden getoetst aan de naleving van de andere artikelen van hoofdstuk II.

Artikel 7

De erkenning van wijkgezondheidscentra wordt losgekoppeld van de financieringscriteria. Om in aanmerking te komen voor subsidiëring moet een centrum gelegen zijn in een gemeente die beantwoordt aan de genoemde criteria. In het licht van de beperkte begrotingsdecreten enerzijds en de sociale prioriteiten inzake gezondheidsbeleid anderzijds, is dat een billijke prioriteitsstelling. Dat neemt niet weg dat wijkgezondheidscentra die werken in gemeenten die niet beantwoorden aan deze sociale criteria, toch voor erkenning in aanmerking komen. De waarden en de kwaliteit van de gezondheidszorg die wordt aangeboden door de wijkgezondheidscentra overstijgt immer het niveau van sociaal achtergestelde buurten.

Artikel 8

Dit artikel verwijst naar het decreet van 23 februari 1994 inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden, gewijzigd bij het decreet van 20 december 1996.

Ter uitvoering daarvan heeft de Vlaamse regering door het besluit van 17 november 1998 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering van 6 juli 1994 tot vaststelling van de totale investeringssubsidie en de bouwtechnische normen voor de preventieve en de ambulante gezondheidszorg, ook wijkgezondheidscentra onder het toepassingsgebied van het VIPA-besluit laten vallen.

Artikel 9

Dit artikel behoeft geen commentaar.

Ingrid VAN KESSEL

VOORSTEL VAN DECREET

HOOFDSTUK I

Algemene bepalingen

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

In dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° Vlaamse Gezondheidsraad : de Vlaamse Gezondheidsraad, opgericht bij decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen ;
- 2° VAR : de Vlaamse adviesraad voor erkenning van verzorgingsvoorzieningen, opgericht bij decreet van 20 december 1996 houdende oprichting van een Vlaamse Gezondheidsraad en van een Vlaamse adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen ;
- 3° Logo : samenwerkingsverband voor bovenlokaal gezondheidsoverleg en -organisatie dat zich uitstrekt over een gebied dat 100.000 tot 400.000 inwoners omvat, zoals bepaald in het besluit van de Vlaamse regering van 31 juli 1991 ;
- 4° samenwerkingsinitiatief (SIT) : het samenwerkingsinitiatief inzake thuisverzorging, bedoeld in artikel 6 en volgende van het besluit van de Vlaamse regering van 21 december 1990 houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging, gewijzigd bij besluit van de Vlaamse regering van 7 april 1998 ;
- 5° ziektepreventie : het onderdeel van de preventie dat via rechtstreekse interventies tot doel heeft welbepaalde ziekten of aandoeningen te voorkomen of door vroegtijdige detectie de kansen op genezing te vergroten ;
- 6° gezondheidspromotie : het onderdeel van de preventie dat tot doel heeft een gezonde levensstijl te bevorderen en mensen in staat te

stellen de controle over de determinanten van hun gezondheid te vergroten en zo hun gezondheid te verbeteren ;

- 7° medische discipline : de discipline die beantwoordt aan de voorwaarden van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, gewijzigd door de wet van 6 april 1995 ;
- 8° paramedische discipline : een discipline die beantwoordt aan de voorwaarden van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, gewijzigd door de wet van 6 april 1995 ;
- 9° maatschappelijke discipline : een discipline die beantwoordt aan de bepalingen beschreven in artikel 10, § 1, 7°, van het decreet van 13 juli 1994 betreffende de hogescholen in de Vlaamse Gemeenschap ;
- 10° wijkgezondheidscentrum : een voorziening met een geheel van lokalen waar multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidszorg en gezondheidspromotie worden georganiseerd, gericht op de bevolking van een geografisch omschreven gebied, met een lage drempel en een voldoende bereikbaarheid en waar een georganiseerde samenwerking is tussen ten minste huisartsen, geneeskunde, een paramedische discipline en een maatschappelijk-werkdiscipline.
- 11° eerstelijnsgezondheidszorg : die zorgverstrekking die rechtstreeks toegankelijk is voor de hulpvrager, die ambulant en extramuraal verloopt, feitelijk continuïteit biedt, niet specialistisch is en zowel integraal als polyvalent is ;
- 12° buurt : een groep van gebouwen die door de omgeving als een eenheid ervaren wordt door zijn morfologie, zijn structuur, zijn ligging en zijn geografische afbakening, en die meestal ook gekenmerkt wordt door de aanwezigheid van elementaire basisvoorzieningen ;
- 13° wijk : een samenvoeging van buurten die functioneel opgericht zijn op één centrale buurt met een ruimer assortiment aan voorzieningen voor de dagelijkse behoeften zoals banken, ziekenfondsen, een postkantoor, een diensten-centrum ;

14° gezondheidsmonitoring : het systematisch registreren en het onderzoeken van het lichamelijke, geestelijke en sociale welzijn van een bevolking ;

15° huisarts : een type arts dat wordt omschreven in het ministerieel besluit van 30 april 1993 betreffende de erkenning als huisarts wat de toepassing van de wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, alsmede het voeren van de titel van huisarts betreft.

HOOFDSTUK II

Algemene bepalingen en erkenningsvoorwaarden

Artikel 3

De regering kan, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, wijkgezondheidscentra erkennen, als zij aan de volgende voorwaarden voldoen :

- 1° ze werken op een wijk- of buurtgerichte manier. De omschrijving van het werkgebied wordt gemotiveerd ;
- 2° ze zijn opgericht in de vorm van een vereniging zonder winstoogmerk ;
- 3° ze streven een aantoonbare multidisciplinaire benadering van de gezondheid en de eerstelijnszorg na. Dat moet blijken doordat :
 - a) er een gestructureerde en geformaliseerde samenwerking is tussen ten minste een huisarts, een paramedisch medewerker en een maatschappelijk medewerker. De verloning van de geneeskundige en paramedische prestaties gebeurt door een systeem van forfaitaire betalingen zoals bepaald in artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering, gecoördineerde op 14 juli 1994 ;
 - b) de samenwerking zoals bepaald in a) betrekking heeft op de zorgverlenende en op de gezondheids- en welzijnsbevorderende aspecten van individuen en van de lokale gemeenschap in het werkgebied, bedoeld in 1° ;
 - c) de samenwerking zoals bepaald in a) en b) gedurende maximaal vijf halve dagen per week onder hetzelfde dak gebeurt, binnen

hetzelfde gebouw, en gebaseerd is op functionele samenwerkingsafspraken ;

- 4° ze stellen een maatschappelijke diagnose in hun werkgebied in de vorm van gezondheidsmonitoring. Daartoe maken ze gebruik van alle beschikbare registratiegegevens met betrekking tot gezondheids- en welzijnsproblemen ;
- 5° ze ontwikkelen methodes om cliënten te laten participeren in de werking van een wijkgezondheidscentrum en bevorderen een omvattende benadering van gezondheidsbehoeften rekening houdende met de sociaal-economische en cultureel-anthropologische leefwereld van de cliënten ;
- 6° ze waken erover dat, in het bijzonder de meest kwetsbare groepen, gelijke kansen op en gelijke toegang tot de gezondheidszorg krijgen. Om dat aan te tonen voldoen de centra, met betrekking tot de ingeschreven patiënten, aan het volgende criterium : de verhouding van rechthebbenden en gerechtigden met verhoogde verzekeringstegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 37 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, ten opzichte van het totaal aantal bij het centrum ingeschreven rechthebbenden en gerechtigden, ligt hoger dan het landelijke gemiddelde voor de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, na standaardisering voor leeftijd en geslacht ;
- 7° ze leveren een bijdrage tot het ontwikkelen van een beleid inzake lokale gezondheidsbevordering in het kader van de Logo's.

Artikel 4

De gezondheids- en welzijnsbevorderende activiteiten zoals bepaald in artikel 3, 3°, b), voldoen aan de volgende voorwaarden :

- 1° ze worden op een planmatige en actiegerichtte wijze georganiseerd ;
- 2° ze zijn etiologisch-remediërend gericht ;
- 3° ze zijn gebaseerd op de registratiegegevens zoals bedoeld in artikel 3, 4° ;
- 4° de verschillende aspecten van gezondheidspromotie en ziektepreventie bestrijken het individuele niveau, het groepsniveau en het maat-

schappelijke niveau en integreren die niveaus. Het ontwikkelen van sociale actie om gezonde levensvoorwaarden te bevorderen, kan daar deel van uitmaken.

Artikel 5

Om erkend te worden streeft een wijkgezondheidscentrum netwerkvorming na, met als partners :

- 1° het gemeentebestuur en het OCMW, en als die aanwezig zijn, de gedecentraliseerde openbare gezondheids- en welzijnsvoorzieningen ;
- 2° de regionale dienstencentra en de voorzieningen, diensten en personen die in de thuiszorg actief zijn.

HOOFDSTUK III

Erkenning en subsidiëring van wijkgezondheidscentra

Artikel 6

De regering bepaalt de erkenningsprocedure evenals de periode van de erkenning. Gedurende deze periode moet een erkend wijkgezondheidscentrum blijven voldoen aan de bepalingen van hoofdstuk II.

Artikel 7

De regering kan een erkend wijkgezondheidscentrum jaarlijks subsidiëren binnen de grenzen van de begrotingskredieten.

Het centrum komt voor subsidiëring in aanmerking als het is gelegen in een gemeente die meer ontvangt dan het gewaarborgd trekkingsrecht zoals bepaald in het decreet van 14 mei 1996 tot vaststelling van de regelen inzake de werking en de verdeling van het Sociaal Impulsfonds, of in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad. Tevens is het centrum gelegen in een achtergestelde buurt zoals afgebakend in het door de Vlaamse Gemeenschap goedgekeurde beleidsplan van de betrokken gemeente of in het door de Vlaamse Gemeenschap goedgekeurde beleidsplan van de Vlaamse Gemeen-

schapscommissie, overeenkomstig de bepalingen van het decreet van 14 mei 1996.

Artikel 8

De regering kan voorwaarden vaststellen inzake de bouwtechnische en bouwfysische normen waaraan de infrastructuur van een wijkgezondheidscentrum moet voldoen om in aanmerking te komen voor een investeringssubsidie.

Artikel 9

De Vlaamse regering evalueert jaarlijks de erkende wijkgezondheidscentra.

De erkende wijkgezondheidscentra maken een jaarverslag en een jaarplanning over aan de Vlaamse regering.

De Vlaamse regering bepaalt de nadere regels met betrekking tot de evaluatie, het jaarverslag en de jaarplanning.

Ingrid VAN KESSEL

Sonja BECQ

Trees MERCKX-VAN GOEY

Riet VAN CLEUVENBERGEN

Veerle HEEREN
