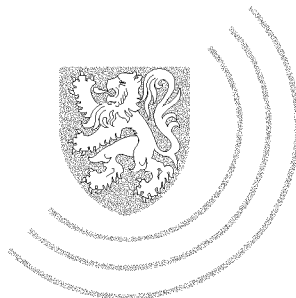


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1998-1999

27 oktober 1998

BELEIDSBRIEF

Gezondheidsbeleid

Beleidsprioriteiten 1998-1999

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

INHOUD

	Blz.
0. Inleiding	3
1. Kwaliteit van zorg	5
1.1. Een aantoonbaar kwaliteitsbeleid in Vlaamse verzorgingsvoorzieningen	5
1.1.1. Arrest van het Arbitragehof van 15 juli 1998 : groen licht voor het kwaliteitsdecreet	5
1.1.2. Concretisering van het kwaliteitsbeleid in de Vlaamse verzorgingsvoorzieningen ...	6
1.1.3. De ontwikkeling van een toetsingsmodel voor de externe toetsing van verzorgingsvoorzieningen : van inspectie naar visitatie	8
1.1.4. Wetenschappelijk beleidsgericht onderzoek naar klinische kwaliteitsindicatoren stimuleren	9
2. Preventie	10
2.1. Uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen	10
2.1.1. De samenwerkingsverbanden voor bovenlokaal gezondheidsoverleg en -organisatie (de LOGO's)	10
2.1.2. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)	12
2.1.3. Het wetenschappelijk epidemiologisch en operationeel opvolgingsonderzoek	15
2.2. Gezondheid en milieu	17
2.3. Registratie en monitoring	21
2.4. Centra voor Leerlingenbegeleiding	22
2.5. Drugpreventie	23
2.5.1. VAD, project ter implementatie van een uniform registratiesysteem binnen de drughulpverlening	23
2.5.2. VAD, project ter implementatie van een centrale preventiedatabank binnen de Vlaamse Gemeenschap	24
2.5.3. Regionale programmatie en onderlinge afstemming	24
2.5.4. VAD, vorming van beginnende preventiewerkers	25
2.5.5. VAD, vorming voor intermediairen over de drugproblematiek	25
2.5.6. Overleg, coördinatie en samenwerking op provinciaal vlak	26
2.5.7. "Opkickers" voor jongeren	26
2.5.8. VAD, De Druglijn	27
2.5.9. Bevraging van leerlingen en participatieve risico-analyse	27
2.6. Medisch Verantwoord Sporten	28
3. Samenhang	32
3.1. De Vlaamse Gezondheidsraad en de Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen	32
3.2. Geestelijke Gezondheidszorg voor de psychische noden van de 21e eeuw	35
3.2.1. Algemeen kader	35
3.2.2. De centra voor geestelijke gezondheidszorg	35
3.3. Ouderenzorgbeleid : voorzien van voldoende verzorgingscapaciteit	38
3.4. Thuisgezondheidszorg	39
3.5. Palliatieve netwerken	40
3.6. Een vernieuwde VIPA-procedure	40
3.7. Veralgemening van het zorgstrategisch plan voor verzorgingsvoorzieningen	43
BIJLAGEN :	
1. Nota "de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw"	44
2. Antwoord op het voorstel van resolutie van Yolande Avontroodt betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugpreventie	76
3. Resolutie betreffende de band tussen milieuvervuiling en hormonale stoornissen, inzonderheid vruchtbaarheidsstoornissen bij de mens	77
4. Resolutie betreffende een grondige optimalisering van kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuisdiensten	80

0. Inleiding

Stap voor stap werd de voorbije jaren een Vlaams gezondheidsbeleid opgebouwd, gebaseerd op de verwachtingen, noden en behoeften van de Vlaamse bevolking.

In de laatste fase van deze bestuurstermijn zal het gezondheidsbeleid vooral gericht zijn op het consolideren van een aantal ontwikkelingen, waarvoor de start in de voorbije jaren gegeven is, én op het leggen van een stabiele basis voor toekomstgerichte vernieuwingen.

Dat is het geval voor:

- de coördinatie en structurering van de preventieve gezondheidszorg (samenwerkingsverbanden lokaal gezondheidsoverleg (LOGO), Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG), ..) ; aan het Vlaams parlement zal een kaderdecreet inzake preventieve gezondheidszorg ter goedkeuring worden voorgelegd ;
- de herstructurering van de geestelijke gezondheidszorg die vastgelegd zal worden in een ontwerp-decreet, waarin de basis zal gelegd worden voor een modernisering van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en voor de toekomstige werking via netwerken ;
- de uitvoering van het kwaliteitsdecreet in verschillende subsectoren van de gezondheidszorg ;
- de hervorming van de sector medisch schooltoezicht (MST) door de geplande uitvoering van het decreet tot oprichting van de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) ;
- de verdere uitbouw en ondersteuning van het Meldpunt 'milieu en gezondheid', tegelijkertijd met een herorganisatie van de gezondheidsinspectie in functie van de milieuproblematiek ;
- het realiseren van een betere ondersteuning van de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg (SIT's) ;
- de integratie van de Vlaamse palliatieve netwerken en de federale regelgeving terzake ;
- de verfijning van het Vlaams ziekenhuisconcept, aansluitend op de filosofie van de noodzakelijke netwerkvorming over alle sectoren heen, en de gezamenlijke uitbouw van zorgprogramma's of zorgcircuits ;
- de ontwikkeling van het zorgstrategisch plan als algemeen instrument voor de raming van de omvang, aard en spreiding van het zorgaanbod in functie van de behoeften van de bevolking.

Tegelijkertijd zal er worden verder gewerkt aan de ontwikkeling van nieuwe beleidsinstrumenten met het oog op een stevige wetenschappelijke fundering voor het gezondheidsbeleid van de toekomst.

Hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan de uitbouw van een epidemiologische gegevensbank voor Vlaanderen, aan de integratie van gezondheidsregistraties in een beleidsondersteunend gegevenspakhuis (datawarehouse). Ook nieuwe methodes voor regelgeving en betoelaging worden op punt gezet, bijvoorbeeld via het instrument van het convenant, en het opvolgen van beleidsuitvoering via resultaatindicatoren.

Al deze projecten zijn stuk voor stuk bouwstenen die moeten leiden tot een globale visie op de toekomstige gezondheidszorg in Vlaanderen. De verschillende sectoren, en de uiteenlopende problemen en invalshoeken van waaruit men met gezondheid bezig is, moeten aldus in al hun specificiteit tot hun recht kunnen komen, evenwel zonder lacunes of tegenstellingen, in een zo naadloos mogelijk gezondheidszorgsysteem. Kortom : "eenheid in verscheidenheid" als streefdoel van het Vlaams gezondheidsbeleid.

Om dit doel te bereiken moet de bevoegdheid voor het gezondheidsbeleid volledig worden overgeheveld naar de Gemeenschappen.

De nieuwe Vlaamse regering die in de loop van 1999 zal gevormd worden, zal bij haar aantreden hoe dan ook geconfronteerd worden met de gevolgen van de onafgewerkte staats-hervorming inzake het gezondheidsbeleid.

Iedereen die voorstander is van een samenhangend gezondheidsbeleid dat de patiënt centraal stelt, ziet in dat een opsplitsing

- a) tussen een preventief (Gemeenschapsbevoegdheid) en een curatief (grotendeels een federale bevoegdheid) gezondheidszorgbeleid ;
- b) tussen investeringstoelagen van de ene overheid (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden) en werkingstoelagen van een andere overheid voor dezelfde verzorgingsvoorzieningen (voor de intramurale sector, bijvoorbeeld) of werkings-toelagen vanuit twee overheden voor dezelfde verzorgingsvoorzieningen (voor palliatieve netwerken, bijvoorbeeld) ;
- c) tussen een regelgevende overheidsinstantie die vanuit een theoretische achtergrond normen uitvaardigt (tot dusver meestal de federale overheid voor de intramurale sector) en een toetsende overheidsinstantie die via inspectie de situatie te velde goed kent (de Gemeenschappen) ;

niet langer verdedigbaar is op grond van rationele argumenten.

De versnippering van bevoegdheden over teveel overheidsinstanties leidt onvermijdelijk tot te dure administratiekosten en inefficiëntie van het beleid - op een ogenblik dat kostenbeheersing in de sector van cruciaal belang is - , om niet te spreken over de bijzonder klantenvriendelijke effecten die de huidige toestand tot gevolg heeft. De meeste burgers, ook individuele verzorgingsvoorzieningen, hebben het bijzonder moeilijk om klaar te zien in de te ingewikkelde overheidsstructuren en de haast onoverzichtelijke verkaveling van bevoegdheden.

Dit gebrek aan samenhang en transparantie vormt niet alleen een probleem voor de mensen en de voorzieningen, maar bemoeilijkt ook de democratische controle op het gezondheidsbeleid door het parlement.

De laatste jaren nam bovendien het aantal dossiers, dat aanleiding gaf tot een conflict tussen de federale overheid en de Vlaamse Gemeenschap, toe.

De analyse van de actuele situatie is zonneklaar: de bijzondere wet van 8 augustus 1980 die de bevoegdheden tussen federale overheid en de Gemeenschappen tot vandaag regelt, is dringend aan grondige herziening toe.

Tot een gelijkaardig besluit is ook de commissie staats-hervorming in het Vlaams parlement gekomen. Aangezien de wijziging van deze wet een bijzondere meerderheid vereist en een federale aangelegenheid is, zullen grote inspanningen worden gedaan om te komen tot een gedefederaliseerd gezondheidsbeleid, een gezondheidsbeleid dicht bij de mensen.

1. Kwaliteit van zorg

1.1. Een aantoonbaar kwaliteitsbeleid in Vlaamse verzorgingsvoorzieningen

1.1.1. Arrest van het Arbitragehof van 15 juli 1998 : groen licht voor het kwaliteitsdecreet

Het decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen en het besluit van 23 juli 1997 houdende uitvoering van dit decreet vormen de hoekstenen voor de verdere uitbouw van een kwaliteitsbeleid in de Vlaamse verzorgingsvoorzieningen. Het Arbitragehof heeft op 15 juli 1998 de beroepen die ingesteld werden door de federale Ministerraad, de vzw Vlaams Artsensyndicaat en de Franse Gemeenschapsregering verworpen.

De belangrijkste passages uit het arrest worden in het kort weergegeven :

“Wat artikel 5 § 1, I, 1°, a, van de bijzondere wet betreft :

B.5.4. In tegenstelling tot wat de verzoekende partijen en de Franse Gemeenschapsregering betogen, kunnen de in het bestreden decreet vervatte maatregelen, in zoverre zij van toepassing zijn op inrichtingen voor zorgverstrekking, niet worden beschouwd als “organieke wetgeving” in de zin van het voormelde artikel 5, § 1, I, 1°, a.

Artikel 3 van het bestreden decreet bepaalt niet alleen uitdrukkelijk dat de verplichtingen van het decreet gelden “onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op haar van toepassing zijn”, bovendien staat het aan de verzorgingsvoorziening zelf haar visie op en de doelstellingen van het interne kwaliteitsbeleid uit te werken en te bekrachtigen. Het decreet bevat zodoende slechts een - weliswaar met het oog op de erkenning of het behoud van de erkenning verplicht te volgen - kader en het machtigt de Vlaamse regering om thema's aan te geven die moeten worden ontwikkeld, doch het decreet betreft geenszins de inhoudelijke invulling daarvan. Het staat aan de verzorgingsvoorzieningen zelf inhoudelijk gestalte te geven aan dat beleid. Daarbij moeten zij uiteraard de voorschriften van de federale ziekenhuiswetgeving, ook die welke specifieke aspecten van kwaliteitswaarborging inhouden, in acht nemen. Het decreet staat er geenszins aan in de weg dat zij zulks doen of kunnen doen. Het decreet verschaft hun veeleer een bijkomend instrument om de naleving daarvan te verzekeren. Aldus heeft de decreetgever geen afbreuk gedaan aan de basisregels en de krachtlijnen van het ziekenhuisbeleid, waarvoor de federale wetgever bevoegd is gebleven.

De decreetsbepalingen dienen zo te worden begrepen dat de kwaliteitscoördinator de nodige initiatieven kan nemen om het beoogde kwaliteitsbeleid bij die personen of organen in gang te doen vinden, zonder zich evenwel in hun plaats te kunnen stellen en zonder dat hij in zijn hoedanigheid van coördinator aan die personen bevelen kan geven. Aldus is de decreetgever binnen de hem toegewezen bevoegdheidssfeer gebleven en raakt hij niet aan de federale bevoegdheid inzake de organieke wetgeving betreffende de ziekenhuizen.”

“Wat artikel 5, § 1, I, 1°, b), van de bijzondere wet betreft :

Evenwel, het feit dat de uitvoering van het decreet belangrijke inspanningen en, minstens in een eerste fase, bijkomende uitgaven vergt, heeft op zich niet tot gevolg dat het moet worden beschouwd als een regeling betreffende “de financiering van de exploitatie, wanneer

deze geregeld is door de organieke wetgeving” als bedoeld in artikel 5, § 1, I, 1°, b), van de bijzondere wet. Uit de parlementaire voorbereiding van die bepaling blijkt dat dit bevoegdheidsvoorbehoud de financiering van de ziekenhuizen uit federale middelen betreft, zoals vervat in de wet op de ziekenhuizen, inzonderheid de financiering van de investeringen en van de werkingskosten, evenals de regeling inzake de financiering van de tekorten van openbare ziekenhuizen (*Gedr. St.*, Senaat, 1979,1980, nr. 434/2, p. 122). Het bestreden decreet betreft niet een dergelijke regeling aangezien de eventuele meerkosten niet ten laste van de federale financiering kunnen worden gelegd. Bijgevolg schendt het decreet die bepaling niet.”

“Wat de uitoefening van de geneeskunst betreft :

B.5.10. De vzw Vlaams Artsensyndicaat en de Franse Gemeenschapsregering zijn bovendien van oordeel dat artikel 5, § 1, I, van de bijzondere wet is geschonden nu het bestreden decreet alle personeelsleden van de verzorgingsinstellingen beoogt, en derhalve ook de artsen, die verplicht zijn de wijze waarop zij de geneeskunde beoefenen aan te passen aan het door het decreet beoogde kwaliteitsbeleid.

B.5.15. Begrepen als een geheel van maatregelen met het oog op een nog betere zorgverstrekking in het belang van de patiënt, evenwel zonder in te grijpen in de wijze waarop de genees- en verpleegkunde wordt uitgeoefend, meer bepaald wat de diagnostische en therapeutische vrijheid betreft, passen de aangevochten bepalingen in de bevoegdheidssfeer van de decreetgever.”

“Ten aanzien van het middel afgeleid uit de schending van de artikelen 10 en 11 van de grondwet :

B.6.3. De verzoekende partij klaagt ook een verschil in behandeling aan tussen artsen werkzaam in ziekenhuizen die onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap vallen en artsen die werkzaam zijn in ziekenhuizen die onder de bevoegdheid van de Franse Gemeenschap of van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie vallen.

Een verschillende behandeling in aangelegenheden waar de gemeenschappen en de gewesten over eigen bevoegdheden beschikken, is het mogelijk gevolg van een onderscheiden beleid, wat is toegelaten door de autonomie die hun door of krachtens de Grondwet is toegekend. Een zodanig verschil kan op zich niet worden geacht strijdig te zijn met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet. Die autonomie zou geen betekenis hebben, mocht een verschil in behandeling tussen bestemmingen van regels die in eenzelfde aangelegenheid in de verschillende gemeenschappen en gewesten toepasselijk zijn, als zodanig worden geacht strijdig te zijn met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.”

1.1.2. Concretisering van het kwaliteitsbeleid in de Vlaamse verzorgingsvoorzieningen

Ter ondersteuning van de uitvoering van het kwaliteitsbeleid, heeft de Vlaamse regering een studieopdracht toegewezen aan een externe adviseur. Deze studieopdracht gebeurt in samenwerking met een stuurgroep, een werkgroep van deskundigen uit het werkveld en uit de administratie, en een projectteam.

Deze opdracht bestaat uit :

- het definiëren en uitwerken van kwaliteitsindicatoren voor de opgelegde kwaliteitsthema's;
- het uitwerken van de minimale vereisten van een kwaliteitshandboek en -plan ;
- het uitwerken van een toetsingsmodel voor de opvolging van de vorderingen inzake kwaliteit in de voorzieningen.

Na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad werden de eerste kwaliteitsthema's aangeduid voor de algemene en psychiatrische ziekenhuizen en voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Deze thema's werden gekozen [uit een lijst van mogelijke thema's, voorgesteld door de Administratie Gezondheidszorg en de Vlaamse Gezondheidsraad] aan de hand van drie criteria:

1. Mate van aansluiting met artikel 4 van het kwaliteitsdecreet : draagt het thema bij tot een kwaliteitsbeleid, gericht op verantwoorde zorg en respectvolle omgang met en behandeling van de patiënt ?
2. Impact : is het thema belangrijk voor de patiënt en de maatschappij ? Is er voldoende verbeteringsruimte ? Wordt het door de sector als een belangrijk thema ervaren ?
3. Haalbaarheid : kan een succesvol kwaliteitsbeleid rond het thema gevoerd worden ?

Sector	Thema 1	Thema 2	Thema 3
Algemene ziekenhuizen	Onthaal	Geneesmiddelendistributie	Ziekenhuisinfecties
Psychiatrische ziekenhuizen	Onthaal	Geneesmiddelendistributie	Zorgcommunicatie
Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	Onthaal	Problematische Afsluiting	

Deze thema's worden als volgt omschreven :

- Onthaal : de verbetering van de begeleiding en bejegening van de patiënt vanaf het eerste contact met de voorziening tot de eerste interventie door een zorgverstrekker.
- Geneesmiddelendistributie : het voorkomen van fouten in de distributie van geneesmiddelen die bestaat uit het voorschrijven, de bevoorrading, het verstrekken van voor de patiënt duidelijke informatie, de voorbereiding, het klaarzetten, het toedienen en de registratie
- Ziekenhuisinfecties : de preventie verbeteren van de meeste voorkomende ziekenhuisinfecties.
- Zorgcommunicatie : het verbeteren van de intra- en interdisciplinaire communicatie met betrekking tot de patiëntenzorg binnen een voorziening en bij het ontslag van de patiënt (o.a. door de uitbouw van een interdisciplinair patiëntendossier en behandelplan) met het oog op het optimaliseren van de efficiëntie en continuïteit van de zorg.
- Problematische afsluiting : het verbeteren van de benadering van de patiënt bij het niet in onderling overleg afbreken van de behandeling door de patiënt of door de zorgverlener.

Kwaliteitsindicatoren die aan de onderscheiden thema's worden gekoppeld, zullen de evolutie meten op het vlak van kwaliteit en nagaan of concrete acties tot verbetering hebben geleid. Indicatoren dienen als knipperlichten te worden beschouwd voor verdere interpretatie en analyse. Deze signaalfunctie zal informatie geven voor het opsporen van een mogelijk gebrek aan kwaliteit.

Indicatoren zijn de weergave van een observatie of meting waarvan verwacht wordt dat deze een aanwijzing kan geven over een aspect van kwaliteit en/of prestatie.

Samen met de opgelegde thema's en indicatoren zal een minimale structuur van kwaliteits-handboek en -plan worden gepubliceerd. Op dat ogenblik wordt het kwaliteitsdecreet in de betreffende sectoren echt operationeel.

Om alle belanghebbenden op de hoogte te brengen van de concrete verwachtingen van de overheid, voortvloeiend uit het kwaliteitsdecreet en de uitvoeringsbesluiten, vindt in de periode november-december 1998 voor elk van de bovenvermelde sectoren een communicatiedag plaats. Tevens zal een uitgebreide informatiebrochure met betrekking tot het kwaliteitsdecreet en de uitvoeringsbesluiten ter beschikking worden gesteld van alle directies van de betrokken verzorgingsvoorzieningen.

Twee deskundigen inzake kwaliteitszorg in de verzorgingssector werden begin 1998 aangesteld als kwaliteitsconsulent bij de administratie gezondheidszorg. Deze consulenten kunnen vanaf heden door de verzorgingsvoorzieningen geraadpleegd worden met betrekking tot alle aspecten van kwaliteit, kwaliteitszorg en het kwaliteitsdecreet.

De voorzieningen moeten binnen een termijn van zes maand na de publikatie in het Belgisch Staatsblad van de lijst van verplichte thema's en indicatoren, een eerste versie van het kwaliteitshandboek en -plan ter goedkeuring voorleggen aan de Vlaamse minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid.

De Vlaamse algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg vormen de eerste sectoren voor wie kwaliteitsthema's (onderwerpen van kwaliteitsbeleid) zullen gedefinieerd worden.

Het kwaliteitsdecreet is echter van toepassing op alle verzorgingsvoorzieningen die de Vlaamse overheid om betoelaging of een erkenning vragen.

In de loop van 1999 zullen ook de kwaliteitsthema's worden gedefinieerd voor de ziekenhuis-RVT's, voor de palliatieve netwerken en voor de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg.

1.1.3. De ontwikkeling van een model voor de externe toetsing van verzorgingsvoorzieningen: van inspectie naar visitatie

Eén van de nieuwe elementen van het gezondheidsbeleid die vervat zitten in het kwaliteitsdecreet betreft de externe toetsing van het kwaliteitsbeleid van de voorzieningen.

Het decreet stelt hierover immers dat de Vlaamse regering haar eigen ambtenaren (inspectieleden) maar ook andere openbare of private instanties kan aanwijzen of erkennen en machtigen om het kwaliteitsbeleid van de verzorgingsvoorzieningen te toetsen.

Het ligt in de bedoeling om een toetsingsmodel te ontwikkelen dat zowel de controletaken met betrekking tot kwaliteitsbewaking aan de hand van normen, standaarden of criteria als de opdrachten om de door de voorzieningen tot stand gebrachte kwaliteitsverbetering te registreren en te stimuleren, integreert.

In de praktijk impliceert dit de invoering van een visitatiesysteem, dat onderzoekt en toetst of de minimale kwaliteit wordt gehaald en of de vereiste inspanningen op vlak van kwaliteitszorg worden geleverd (een grondige, periodieke doorlichting van de voorziening). Op basis van deze bevindingen kunnen dan adviezen worden geformuleerd ter verbetering van het beleid van de voorziening.

Een dergelijk visitatiemodel dient gebaseerd te zijn op verschillende pijlers en kan progressief en modulair opgebouwd worden: toetsing van de kwaliteit van zorg, van de financiële prestatie van de voorziening en van de technische, veiligheids- en hygiënische aspecten van de voorziening. De bedoeling is immers om aldus een beeld van de globale prestatie van een verzorgingsvoorziening te kunnen krijgen. Een multidisciplinaire samenstelling van

een visitatieteam rond een kern van inspectieleden, aangevuld met externe deskundigen, is daartoe onontbeerlijk.

In de loop van de komende winterperiode zal een concreet voorstel voor de invoering van een dergelijk visitatiemodel kenbaar worden gemaakt, nadat een extern adviesbureau de verschillende mogelijkheden heeft bestudeerd.

1.1.4. Wetenschappelijk beleidsgericht onderzoek naar **klinische kwaliteitsindicatoren** stimuleren

Na overleg met de minister-president, bevoegd voor wetenschapsbeleid, heeft de Vlaamse regering 7 miljoen frank voorzien voor het uittesten van een set van Amerikaanse klinische kwaliteitsindicatoren in een aantal Vlaamse algemene ziekenhuizen in de loop van 1998 en 1999.

Deze ziekenhuizen zullen - op vrijwillige basis - aangesloten worden op een gegevensbank waarin de meetresultaten, bekomen aan de hand van klinische kwaliteitsindicatoren, terecht komen van meer dan 1100 - in hoofdzaak Noordamerikaanse - ziekenhuizen. De betrokken ziekenhuizen zullen feed-back krijgen over hun positionering ten opzichte van de andere ziekenhuizen.

De klinische kwaliteitsindicatoren die zullen ingevoerd worden, zijn in de loop van de jaren tachtig ontworpen door Professor V. Kazandjian te Baltimore in Maryland (Verenigde Staten).

Dit pilootproject moet een antwoord kunnen geven op de vraag of zelfmonitoring van Vlaamse ziekenhuizen aan de hand van deze indicatorensets haalbaar is en een meerwaarde oplevert voor de (zelf)evaluatie van deze voorzieningen.

2. PREVENTIE

2.1. Uitbouw van een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen

De gezondheid van de Vlaamse bevolking vormt het vertrek- en referentiepunt van het Vlaams gezondheidsbeleid. Dit uit zich onder meer in het vooropstellen van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen die zo effectief en efficiënt mogelijk moeten nagestreefd worden. De Vlaamse overheid is, in samenspraak met alle betrokkenen, volop bezig het actuele gezondheidslandschap toekomstgericht te oriënteren met het oog op een betere gezondheidsstatus van onze bevolking. Hierbij staat ook de uitbouw van een doelgerichte en performante preventieve gezondheidszorg op de agenda.

De veranderingen in de preventieve gezondheidszorg zijn al een tijd aan de gang. Aan de basis daarvan ligt het besluit van de Vlaamse regering van 19 december 1997 tot wijziging van het besluit van 31 juli 1991 inzake de gezondheidspromotie. Dit besluit is een aanloop tot een kaderdecreet. Dit kaderdecreet dat binnenkort aan het Vlaams parlement voorgelegd wordt, zal de basisstructuren in de preventieve sector in Vlaanderen met de bestaande actoren, LOGO's, Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (werknaam VIGZ) en wetenschappelijk operationeel onderzoek.

Als onderdeel van de preventie heeft de gezondheidspromotie tot doel 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. Op basis van de doelstellingennota wordt de gezondheidspromotie op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap gecoördineerd, georganiseerd en geëvalueerd door de Vlaamse minister, die hiervoor een beroep kan doen op de voorzieningen, de LOGO's, het op te richten VIGZ en het wetenschappelijk operationeel onderzoek. Krachtens het besluit van 19 december 1997 heeft het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) de opdracht, samen met de voorzieningen en de LOGO's, concrete vorm en inhoud te geven aan het beleid inzake de gezondheidspromotie.

2.1.1. De samenwerkingsverbanden voor bovenlokaal gezondheidsoverleg en -organisatie (de LOGO's)

Het besluit van de Vlaamse regering van 19 december 1997 betekende een grondige hervorming van het landschap van de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen. De nadruk werd gelegd op lokaal gerichte acties en lokale actoren, die via netwerkvorming werken aan een meer efficiënte en effectieve preventieve gezondheidszorg. Deze LOGO's zullen de komende jaren werken rond volgende vijf gezondheidsdoelstellingen :

- In het jaar 2002 moet het aantal rokers in Vlaanderen, zowel voor vrouwen als voor mannen en specifiek voor jongeren met 10% gedaald zijn.
- In het jaar 2002 moet de consumptie van vetrijke voeding op significante wijze gedaald zijn ten voordele van vetarme en vezelrijke voeding.

- In het jaar 2002 moet de borstkankerscreening bij vrouwen doelmatiger verlopen. Het aandeel van de op evidentie gebaseerde screenings bij de doelgroep van 50-69 jaar moet toenemen tot 80%. Het aantal vrouwen uit de specifieke doelgroep dat bereikt wordt, moet toenemen tot 75%.
- In het jaar 2002 moet het aantal dodelijke ongevallen in de privé-sfeer en in het verkeer afnemen met 20%.
- In het jaar 2002 moet de preventie van infectieziekten op significante wijze worden verbeterd, met name door het verder verhogen van de vaccinatiegraad voor aandoeningen als polio, kinkhoest, tetanos, difterie, mazelen, bof en rubella.

Elk van deze doelstellingen wordt grondig uitgewerkt in werkgroepen, van methodiek tot concreet actieplan en indicatoren.

Op korte termijn moet deze know-how ondergebracht worden in het op te richten VIGZ, als onderdeel van de gezondheidspromotie of van de ziektepreventie.

Het is alleszins de bedoeling dat de LOGO's vanaf 1 januari 1999 op het werkveld van start kunnen gaan met de concrete implementatie van deze doelstellingen.

De opstartfase van de LOGO's is bijna afgerond. Na een intense periode (voorjaar 1998) van overleg en informatie met verschillende partners - bijvoorbeeld gemeentebesturen en OCMW's, provincies, de Vlaamse Gemeenschapscommissie, huisartsen, Vlaams Huisartsenparlement (VHP) en de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVH) zijn in Vlaanderen de netwerken grosso modo uitgetekend. Vanaf september werd overgegaan tot het oprichten van samenwerkingsverbanden (vzw's) met rechtspersoonlijkheid, zodat de convenanten tussen de LOGO's en de Vlaamse Gemeenschap uiterlijk op 15 november afgesloten kunnen worden.

Bij het tot stand komen van het gezondheidsoverleg en uiteindelijk de vorming van de LOGO's spelen de provincies een stuwende rol. Dit hangt ondermeer samen met de traditie die in sommige Vlaamse provincies de voorbije jaren ontwikkeld is op het vlak van de preventieve gezondheidszorg. Daarnaast wordt het gezondheidsoverleg ook door andere partners uit het werkveld gestimuleerd.

Men kan vaststellen dat de verschillen in de gezondheidsstructuur variëren naargelang de provincie. In sommige provincies is alles provinciaal gestructureerd, terwijl andere provincies meer het privé-initiatief stimuleren. In die zin is het belangrijk om rekening te houden met de reeds bestaande initiatieven op het werkveld.

Enkele provincies opteren voor een provinciale koepel waaronder de LOGO's als autonome werkeenheden gesitueerd worden. Andere provincies laten elke LOGO op zich een vzw vormen.

De LOGO's zullen minimum een aantal taken moeten opnemen. In het besluit staan er vier opgesomd (zie hoofdstuk II, art. 21 ter).

Ten eerste zullen de LOGO's moeten werken aan de gezondheidsdoelstellingen die door de Vlaamse regering en de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) opgesteld zijn.

Ten tweede zullen de LOGO's op een uniforme wijze lokale gegevens moeten verzamelen die onderling vergeleken en bestudeerd zullen worden door het VIGZ in samenspraak met de wetenschappelijke onderzoekers.

LOGO's moeten ook het overleg organiseren over de verschillende sectoren heen en met de verschillende gezondheidspartners om de plaatselijke noden te onderkennen en de regionale prioriteiten vast te leggen.

Naast de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, moeten er ook lokale preventieve acties gepland en uitgewerkt worden naargelang de plaatselijke behoeften en problemen en dit in afspraak met de lokale overheden.

Om die opdrachten te vervullen, zal er een team aangesteld worden dat uit twee en een half voltijds equivalent (VTE) bestaat. De teams worden gedurende hun eerste werkjaar begeleid bij hun werking en bij het opstellen van een volledig beleidsplan. De selectie van deze multidisciplinaire teams wordt begeleid door het begeleidingsproject (UIA). Vanaf 1 januari 1999 start overigens een opleiding voor de teamleden, waarbij veel aandacht wordt gegeven aan het opstellen van implementatieplannen voor de gezondheidsdoelstellingen.

De convenanten worden voor drie jaar afgesloten. Door het convenant zullen beide partijen er zich toe verbinden om datgene waartoe ze zich inzetten ook daadwerkelijk te realiseren. Aan de ene kant verbindt de Vlaamse gemeenschap zich tot het financieel ondersteunen van de LOGO voor een bedrag van maximum 7 miljoen BEF per jaar per LOGO, aan de andere kant zal de LOGO een beleidsplan en begroting voor drie jaar indienen dat ter goedkeuring aan de bevoegde minister zal voorgelegd worden.

Dat beleidsplan zal volgens artikel 21 quinquies van het besluit een aantal minimale krachtlijnen moeten bevatten, zoals:

- de aanstelling van het team,
- de gezondheidsdoelstellingen en de lokale programma's volgens prioriteit,
- de uitvoering van de opdrachten en de wijze waarop dit gebeurt,
- de prestatie- en effectindicatoren,
- de samenwerking, verantwoordelijkheid, taakverdeling en inbreng van middelen van de verschillende partners en overheidsbesturen.

Na die drie jaar volgt er een evaluatie en kan het bedrag, voorzien voor werkingskosten, verminderd of vermeerderd worden.

2.1.2. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG)

a. Opdrachten en afspraken met de overheid

De Vlaamse regering zal het VIG financieel ondersteunen via het afsluiten van een **convenant** voor een periode van telkens drie jaar. In deze convenant worden de respectievelijke taken, verantwoordelijkheden en middelen vastgelegd met als doel een betere dienstverlening aan de bevolking te verzekeren.

Een convenant heeft verder als meerwaarde dat de doelstellingen en prestaties heel concreet geformuleerd worden, en dat het mogelijk wordt om permanent de uitvoering van het beleid te volgen, te evalueren en bij te sturen. De convenant wordt als prestatieverbintenis afgesloten, waarbij voor de eerste jaren gewerkt wordt met prestatie-indicatoren; stelselmatig worden effectindicatoren mee opgenomen.

De indicatoren worden ingebouwd in een **beleidsplan**, dat als basis dient voor het convenant. Dit beleidsplan geeft aan:

- de *resultaatgebieden* waarop de evaluatie van het VIG jaarlijks en/of voor de periode van de overeenkomst zal doorgevoerd worden.
- de *prestatie-indicatoren* aan de hand waarvan de *VIG-prestaties* op de genoemde resultaatgebieden en doelstellingen door de minister zullen geverifieerd en geëvalueerd worden.

De in het beleidsplan beschreven 8 *resultaatgebieden* omvatten het geheel van opdrachten en functies die het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie moet vervullen, gelet op haar oprichtingsbesluit (Besluit van de Vlaamse Regering van 31 juli 1991) en het Besluit van

19/12/1997 tot wijziging ervan. De resultaatgebieden geven aan welke prestaties van het VIG kunnen en mogen verwacht worden en worden als volgt gedefinieerd:

1. Relevante en bruikbare methodieken en werkingsinstrumenten voor de Vlaamse gezondheidspromotie ontwikkelen en valideren.
2. Toetsing van de kwaliteit van gezondheidspromotieprojecten: aan de hand van vooraf bepaalde en gevalideerde criteria verzamelt het VIG systematisch informatie over de kwaliteit van de planning, implementatie en evaluatie van initiatieven inzake gezondheidspromotie.
3. Promotie en verspreiding van kwaliteitsvolle gezondheidspromotiemethodieken.
4. Adviesverlening: op vraag van klanten professionele raad en advies geven vanuit het eigen werkterrein of vakgebied, namelijk gezondheidspromotie.
5. Vorming: het aanbieden van een georganiseerde overdracht van kennis en vaardigheden onder gestructureerde vorm en voor meerdere mensen tegelijk.
Vorming verschilt van adviesverlening in die zin dat adviesverlening meestal op vraag van de klant gebeurt, een ad hoc karakter heeft en overdracht van kennis en vaardigheden niet als prioritaire doelstelling vooropstelt. Bij adviesverlening gaat het eerder om het begeleiden en helpen sturen van processen.
6. Beleidsinformatie verstrekken: het betreft relevante informatie inzake gezondheidsbevordering die wordt geleverd aan de bevoegde en betrokken ministers, kabinetten en administraties van de Vlaamse Gemeenschap, de federale, Europese en internationale overheden, instellingen en organisaties.
7. Externe informatie aanbieden: het gaat over informatie inzake gezondheidspromotie die niet door het VIG zelf gegenereerd wordt maar door deze organisatie via moderne en gepaste communicatietechnieken en een gerichte en integrale bibliotheekdienst wordt aangeboden.
8. De sectorale en intersectorale consensus en samenwerking m.b.t. gezondheidspromotie stimuleren

Aldus geformuleerd geven de 8 resultaatgebieden de domeinen aan waarop het VIG zich kan ontwikkelen tot:

- een erkend en gewaardeerd *deskundig onderzoekscentrum* inzake de ontwikkeling van aangepaste methodieken en instrumenten (1, 2);
- een erkende en gewaardeerde *tweedelijsorganisatie* die eerstelijnsorganisaties op methodologisch vlak deskundig ondersteunt (3, 4, 5, 7);
- een erkende en gewaardeerde *gesprekspartner* voor de overheid, LOGO's en voorzieningen (6, 8).

Uit de opsomming van de prioritaire klantengroepen per resultaatgebied blijkt dat het VIG drie te onderscheiden groepen van klanten heeft:

- de groep van voorzieningen en professionele gezondheidswerkers die effectief gezondheidspromotie-activiteiten doorvoeren of ervoor verantwoordelijk zijn (vooral resultaatgebied 1 tot en met 5, 7 en 8);
- de bevoegde minister, de bevoegde administratie en het Vlaams parlement (vooral 6)
- het bredere publiek (7)

De 8 resultaatgebieden worden dan vertaald in 16 *doelstellingen* die op een duidelijk operationeel niveau zijn gedefinieerd. Per doelstelling zijn één of meerdere produkten of diensten als te leveren *prestaties* opgenomen, evenals *indicatoren* aan de hand waarvan deze prestaties zullen gemeten worden. Zo is bijvoorbeeld onder resultaatgebied 5 (externe informatie) het aanbieden van een gerichte en integrale bibliotheekdienst als doelstelling opgenomen. Eén van de te leveren prestaties hierbij is de bibliografische attendering van beleidsinformatie, tijdschriftartikels en nieuwsbrieven. De maandelijkse publikatie van een attenderingsbulletin geldt hiervoor als indicator.

Een systeem van enveloppefinanciering zal hieraan gekoppeld worden. De overheid wenst zich minder in te laten met de wijze waarop voorzieningen als het VIG hun opdrachten vervullen en welke projecten ze wensen te financieren, maar het resultaat van die werkzaamheden zal daarentegen bijzondere aandacht krijgen en als heel belangrijk worden ingeschat. De subsidie aan het VIG bedraagt voor de vaste kosten maximum 25 miljoen BEF en voor de variabele kosten maximum 10 miljoen BEF. Dit bedrag wordt verhoogd met telkens de 2,5 miljoen BEF van de vier B-voorzieningen die integreren in het VIG. Dit komt neer op een maximum van 45 miljoen BEF.

Het afsluiten van convenanten is één van de instrumenten die door de overheid aangewend worden in haar poging de beleidsondersteunende organisaties in een klimaat van vertrouwen zelf hun verantwoordelijkheid te laten opnemen. De actieve betrokkenheid van de doelgroep bij de voorbereiding van de convenant door rechtstreekse onderhandelingen, zal bovendien de motivatie aanwakkeren om de afspraken correct na te leven. Voor de overheid is het mogelijk om door middel van convenanten snel enig beleidsresultaat te boeken zonder de vaak lang aanslepende procedures te volgen die eigen zijn aan de publiekrechtelijke besluitvorming.

b. Het VIG en de voorzieningen

Voor het nieuw besluit van 19/12/1997, bestond het VIG uit een kern en een aantal voorzieningen. We kunnen vier voorzieningen onderscheiden: de voorzieningen A, B, C en D. De tien erkende A-voorzieningen, waaronder de mutualiteiten en het Rode Kruis, kregen jaarlijks een subsidie van één miljoen frank. Gezondheidspromotie is slechts een deel van hun werking.

De vier B-voorzieningen kregen elk 2,5 miljoen BEF. Met het nieuwe besluit worden de B-voorzieningen aangespoord om zich te integreren in het VIG. De erkenningen van twee van de vier B-voorzieningen, zijnde KKAT¹ en Proges² liepen af op 31/12/1997. Zij hebben zich sedertdien aangesloten bij het VIG. De erkenningen van KVIP³ en VOEG⁴, de andere B-voorzieningen, lopen respectievelijk af op 31/12/1998 en 31/05/1999. Tot dan zullen ze onafhankelijk werken, maar zijn er al besprekingen bezig om op een zo vlot mogelijke manier te integreren met het VIG. Door de integratie zal er efficiënter kunnen gewerkt worden.

De Vlaamse vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) kreeg als C-voorziening jaarlijks 60,5 miljoen BEF. Na verloop van tijd wordt de C-voorziening VRGT volledig afgebouwd. Dit betekent niet dat hun werk verloren gaat, wel dat dit via andere kanalen zal gebeuren. Dit jaar (1998) wordt een overgangsjaar. Het is de bedoeling dat de personeelsleden opgevangen worden door onder andere de administratie gezondheidszorg, de LOGO's en het VIGZ. De gezondheidsinspectie zal instaan voor de

¹ KKAT: Koördinatie Comité Anti Tabak

² Proges: Promotie Gezondheid op School

³ KVIP: Koördinatie Veiligheid In de Privésfeer

⁴ VOEG: Voeding en Gezondheid

bron en contactopsporing van TBC. Het VIGZ zal naast haar andere taken ook een structurele oplossing moeten uitwerken voor de implementatie van TBC-bewaking. De centrale werking van de VRGT zal binnen het VIGZ komen met een uitbreiding van de werking naar astma en CARA (chronisch aspecifieke respiratoire aandoeningen).

De twee D-voorzieningen, VAD⁵ en IPAC⁶, kregen op hun beurt elk 20 miljoen BEF.

Het IPAC wenst haar werking te kaderen binnen de gezondheidspromotie en tevens haar activiteiten uitbreiden van de strikte AIDS-gerelateerde problematiek naar het domein van de ganse Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA) en het bevorderen van de seksuele gezondheid en relatievorming. Die brede doelstelling veronderstelt dat er niet enkel doelgroepgericht zal moeten gewerkt worden maar tevens via de LOGO's het brede publiek zal moeten aangesproken worden. Een integratie van het IPAC binnen het VIGZ is dan ook de logische optie. De convenant met het IPAC zal dan ook afgestemd worden op deze integratie op termijn.

Het is ook de bedoeling om het projectmatig financieren van de organisaties die zich specifiek toeleggen op de AIDS-problematiek bij specifieke doelgroepen drastisch te verminderen. Het IPAC zal beschikken over een enveloppe. Daardoor kunnen zij, als experts op hun vlak, zelf nagaan welke projecten er al dan niet interessant zijn. De allocatie van de subsidie zal veel efficiënter en effectiever verlopen. Het koppelen van prestatie-indicatoren aan de financiering zal de controle op het daadwerkelijk uitvoeren van hun programma's mogelijk maken.

c. Integratie van de ziektepreventie binnen het VIGZ

Gelet op het feit dat er zich een kennis- en ervaringsaccumulatie zal voordoen binnen het VIG aangaande de ontwikkeling en uitvoering van preventiestrategieën, is het aangewezen dat de werkzaamheden van het VIG zich kunnen uitbreiden tot het domein van de ziektepreventie. Hierbij is het de taak van het VIGZ om met alle partners die betrokken zijn in een bepaald deelgebied van de ziektepreventie om uniforme methodologieën en organisatievormen te ontwikkelen en samenwerkingsprotocollen af te spreken. Dit zal gebeuren door functionele werkgroepen met een permanent kader die gecoördineerd zullen worden door een 'netwerkmanager'. Wij denken onder andere aan functionele werkgroepen rond borstkankerscreening, baarmoederhalscreening, infectieziekten (vaccinatie), respiratoire aandoeningen, seksueel overdraagbare ziekten en seksuele gezondheid, milieugebonden aandoeningen enz.. Later kunnen er functionele werkgroepen bijkomen (bv. rond osteoporose, huidkanker, dementie, enz...). Het VIGZ zal tevens instaan voor een permanente ondersteuning en begeleiding van de LOGO's.

De integratie van de ziektepreventie binnen het bestaande VIG wijst erop dat gezondheidspromotie en ziektepreventie complementair zijn en niet altijd duidelijk te onderscheiden.

2.1.3. Het wetenschappelijk epidemiologisch en operationeel opvolgingsonderzoek

We merken dat bij de concrete vertaling van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen er een nood bestaat aan een duidelijke structuur voor de centrale planning en coördinatie van de thema's die aansluiten bij ziektepreventie en voor een vertaling ervan (begeleiding en opleiding) naar de LOGO's. Voor de LOGO's en de buitenwereld is het belangrijk één herkenbare structuur te creëren. Wat de gezondheidspromotie betreft, heeft het VIG. reeds zijn plaats

⁵ VAD: Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen

⁶ IPAC: Inter Provinciaal Aids Coördinaat

verworven. Op het gebied van ziektepreventie bestaan er nog geen analoge structuren. Door de verdwijning van de Vlaamse Adviescommissie voor Kankerpreventie is daarenboven een nood ontstaan aan een organisatorische structuur voor de secundaire kankerpreventie. Principieel is het niet goed verschillende deelsectoren van ziektepreventie onder te brengen in verschillende externe organisaties met kortdurende financiering. Gebleken is dat deze veel tijd besteden aan het ijveren voor een maximale ondersteuning van hun werking. Dit geldt bijvoorbeeld voor het onderbrengen van de koepel baarmoederhalskanker bij het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid - Louis Pasteur (WIV). Om dezelfde reden zou het ook weinig aangewezen zijn de koepel borstkankerscreening toe te vertrouwen aan de bestaande referentiecentra.

Versnippering en leemten in Vlaanderen stellen we ook vast op het vlak van het epidemiologisch en operationeel opvolgingsonderzoek. Een deel van het epidemiologisch onderzoek is momenteel uitbesteed aan het WIV. (bijvoorbeeld de huisartspraktijken, het Aidsregister, de gezondheidsenquête). Andere epidemiologische gegevens komen van het kankerregister binnen de Vlaamse Liga ... (VLK) of bevinden zich binnen de administratie (Vlaamse gezondheidsindicatoren).

Op vele domeinen ontbreken ook goede epidemiologische gegevens en het onderzoek ervan om te komen tot operationele beslissingen. Eén domein waarin dit de laatste tijd erg duidelijk wordt is de invloed van milieu op de gezondheid. Maar ook een goede opvolging van de implementatie van de gezondheidsdoelstellingen vereist goede epidemiologische gegevens en de verwerking ervan. Hierbij is het van het grootste belang dat Vlaanderen de gegevens op een uniforme wijze gaat registreren. Hier merken we op het terrein een grote veelheid van programma's wat de onderling vergelijking en samentelling van de gegevens bemoeilijkt. Naast de tak gezondheidspromotie en ziektepreventie laat ook hier de nood zich voelen voor één Vlaamse wetenschappelijke instelling voor epidemiologisch en operationeel onderzoek.

Eenzijds is er het VIGZ dat zich zal concentreren op het uitwerken van uniforme methodologieën en samenwerkingsprotocollen in overleg met de verschillende actoren die expertise hebben op dit domein in Vlaanderen. Het VIGZ zal ook zorgen voor de permanente begeleiding en ondersteuning van de LOGO's. De uitvoering van de programma's zal verlopen via de LOGO's die daarvoor mede ondersteund zullen worden door Vlaamse verenigingen zoals de WVVH, VLK en andere voorzieningen. De uitvoering op lokaal vlak via de LOGO's waarin een brede waaier van maatschappelijke relevante actoren in het gebied van de gezondheidsbevordering en ziektepreventie thuishoren, zal des te performanter zijn aangezien een gedraggerichte gezondheidsbevordering en ziektepreventie zich ook richt op sociale systemen als geheel waarin mensen wonen, werken, leren, behandeld worden of zich amuseren.

De snelle ontwikkeling van de nieuwe media, elektronische technologie en communicatie strategieën is een andere reden voor een coherente aanpak op Vlaams niveau en een duidelijke herkenbaarheid. Deze aspecten hebben te maken met een geharmoniseerd documentatie centrum, een professionele aanpak van de communicatie en informatieverstoring, deskundigheidsbevordering t.o.v. de LOGO's (bijscholing op afstand, educatieve software, bulletin boards op Internet). Een databank sharing zorgt voor een vlotte weg van informatie naar alle niveaus.

Anderzijds is er nood aan performant epidemiologisch en operationeel opvolgingsonderzoek.

Op vele domeinen ontbreken immers relevante epidemiologische gegevens en het onderzoek ervan om te komen tot operationele beslissingen.

Eén domein waarin dit probleem zich de laatste tijd acuut stelt, is de invloed van milieufactoren op gezondheid.

Er is behoefte aan de ontwikkeling van een *kenniscentrum voor milieu en gezondheid* ten behoeve van de overheid, maar tevens toegankelijk voor een breed publiek.

Het kenniscentrum moet het volgende kunnen aanduiden : welke stoffen hebben schadelijke effecten ? waar komen dergelijke stoffen voor ? welke is de samenstelling van producten (naar analogie van het antigifcentrum).

Een andere behoefte is de wetenschappelijke *evaluatie* van bepaalde operationele systemen, zoals screening- en vaccinatiecampagnes en het becijferen van de al dan niet aanwezige gezondheidswinst die kan toegeschreven worden aan bepaalde procedures of strategieën.

Een derde behoefte kan omschreven worden als het *verzamelen en leveren van epidemiologische gegevens* - zelf of door derden gegenereerd - om het gezondheidsbeleid continu mee te kunnen onderbouwen en ondergebracht in een raadpleegbare gegevensbank bij de administratie.

Daarnaast kunnen *tijdelijke behoeften om wetenschappelijk verantwoord advies* te kunnen verstrekken in functie van de beleidsvoering. Bijvoorbeeld: onderzoek naar oorzaken van regionale variatie in het voorkomen van ziekte- en sterftepatronen, onderzoek naar internationaal gangbare of in andere landen gebruikte registratiesystemen, onderzoek naar het al dan niet op evidentie gebaseerd zijn van bestaande of voorgestelde procedures (vb: polysomnografie, alternatieve werkwijzen in de gezondheidszorg), onderzoek naar een optimale screeningprocedure,...

De organisatie van het epidemiologisch en operationeel wetenschappelijk onderzoek kan op een verschillende manier georganiseerd worden. Het is duidelijk dat dit zal gebeuren in overleg met de minister bevoegd voor wetenschapsbeleid. Ofwel kan dit gebeuren in een eigen Vlaams wetenschappelijk instituut. Een andere optie kan zijn dat die taken toegewezen worden aan de VITO. Ofwel kunnen bepaalde facetten binnen het WIV blijven maar dan zal de Vlaamse overheid met het WIV convenanten afsluiten met duidelijk bepaalde resultaatdomeinen die getoetst zullen worden aan de hand van prestatie- en effectindicatoren.

Een overkoepelende structuur tussen de wetenschappers en het VIGZ met tevens vertegenwoordigers van de administratie en het kabinet zal ervoor zorgen voor een coherente aanpak van de gezondheidspromotie en ziektepreventie in Vlaanderen.

2.2. Gezondheid en milieu

Het is duidelijk dat omgevingsfactoren een belangrijke invloed kunnen hebben op de menselijke gezondheid. Alhoewel deze invloed zowel positief als negatief kan zijn, is het uiteraard alleen de mogelijk ongunstige gezondheidsbeïnvloeding die zorgen baart en meer dan ooit een doelgerichte en doeltreffende aanpak vraagt.

Fysisch milieu

a) Ontwikkeling van een gestructureerde aanpak voor milieugerelateerde ziekteclusters: veralgemeend onderzoek in Vlaanderen

Meer dan ooit tevoren staat de relatie tussen milieu en gezondheid in de publieke belangstelling. Mensen maken zich, soms terecht en soms onterecht, zorgen over de invloed van

hun directe leefomgeving op hun gezondheid en welzijn. De media rapporteren frequent over milieuvervuiling en vermoede milieuziekteclusters.

Enerzijds bestaat er dus een duidelijke maatschappelijke behoefte om een gefundeerd antwoord op die ongerustheid te krijgen. Anderzijds zijn de relaties tussen milieu en gezondheid dikwijls niet eenvoudig. Kant en klare oplossingen voor de problemen waarmee de overheid op dit vlak geconfronteerd wordt zijn niet steeds voorhanden.

Met ingang van 1998 is op de Vlaamse begroting jaarlijks een bedrag van 50 miljoen beschikbaar bestemd voor een globaal en grootschalig onderzoek dat de relatie tussen gezondheid en milieu in Vlaanderen in kaart moet brengen. Dit is het passend antwoord op de toenemende bezorgdheid van de bevolking omtrent deze problematiek, onder meer aangebracht vanuit het Meldpunt Milieu en Gezondheid, en dat overgenomen is door de wetenschappelijke wereld. Concreet komt dit tegemoet aan de vraag vanuit de Vlaamse Gezondheidsraad. In haar advies stelt de Vlaamse Gezondheidsraad het volgende :

'De toenemende bezorgdheid voor gezondheidseffecten van milieuverontreiniging heeft het besef doen groeien dat terzake meer feitelijke gegevens beschikbaar moeten zijn. Een efficiënte werking van de preventieve diensten veronderstelt een vlotte beschikbaarheid van informatie. Er bestaat een zeer grote nood aan openheid van bestuur en toegankelijkheid van informatie inzake gezondheidseffecten van allerlei 'milieufactoren' in de ruimste zin van het woord. In Vlaanderen zijn zowel de nodige know-how en technologie, als de artsen en publieke belangstelling aanwezig om belangrijk wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar de gezondheidseffecten van milieufactoren'

De nood aan dergelijk grootschalig onderzoek was overigens gebleken naar aanleiding van de verschillende, punctuele onderzoeken die de laatste jaren werden uitgevoerd in antwoord op bekommernissen vanuit de bevolking, met name in volgende dossiers : loodverontreiniging in Hoboken, PAK's in Zelzate en de dioxineproblematiek rond de afvalverbrandingsovens, en meer specifiek in Wilrijk.

Deze onderzoeken waren op zich zeer waardevol. Ondanks de korte termijn waarbinnen de onderzoeken werden uitgevoerd, vooral om de mensen snel relevante informatie te kunnen verstrekken, leverden zij een aantal belangwekkende resultaten op en vormden ze de aanzet tot een programma voor de verdere wetenschappelijke onderbouwing van een milieugezondheidsbeleid.

De gevoerde onderzoeken leverden met name inzichten op in verband met de te nemen voorzorgsmaatregelen. Daarenboven bleek uit de onderzoeken, en meer specifiek uit het onderzoeken in Wilrijk, dat geen *meetbare* gezondheidseffecten konden waargenomen worden. Wetenschappelijk gezien betekent dit evenwel nog niet dat er geen milieugebonden gezondheidsproblemen *kunnen* optreden. Om hierover meer duidelijkheid te krijgen kan enkel een grootschalig en over lange termijn gespreid toxicologisch en epidemiologisch onderzoek inzicht bieden.

De relatie tussen milieu en gezondheid is zeer complex. Gezondheid wordt immers bepaald door een veelheid van factoren, waarvan het milieu er slechts één is, naast zovele andere als levensstijl, voedingsgewoonten, erfelijke kenmerken enz. Dit blijkt ook uit het verslag van de commissie Baeyens. Ter illustratie volgend citaat uit het recent verslag van de commissie Baeyens : *'Er bestaat tussen de deskundigen terzake geenszins een consensus over het relatieve belang voor de volksgezondheid van milieuverontreiniging in het algemeen. Wat het kankerrisico betreft, bijvoorbeeld, lopen de meningen uiteen van 'verwaarloosbaar' (ca 1%) tot zeer belangrijk (mogelijk tientallen procenten).*

In een bevolking zoals de Vlaamse is de blootstelling bijzonder homogeen, zodat het bijna onmogelijk is epidemiologisch een verband aan te tonen tussen een bepaald gevaar, een blootstelling aan een welbepaald agens, en een pathologie of zelfs maar een biologisch ef-

fect. Eén van de redenen van deze homogene blootstelling ligt in het feit dat, zelfs voor luchtpolluenten zoals dioxines en polycyclische aromatische koolwaterstoffen, de blootstelling hoofdzakelijk door de voeding plaatsgrijpt. Gezien het vrij homogene voedselconsumptiepatroon doorheen het hele Vlaamse Gewest (bijna iedereen doet zijn inkopen in een paar grote warenhuisketens) resulteert dit in een vrij homogene blootstelling. Daarnaast dragen ook de alomtegenwoordigheid van het verkeer en het pendelen van vele Vlamingen uit landelijke streken naar grootsteden, bij tot het homogeen karakter van de blootstelling' (einde citaat).

Het is dus logisch dat vanuit de wetenschap ook niet altijd eenduidige boodschappen kunnen gegeven worden.

Het onderzoek dat gepland is, omvat daarom twee luiken, een toxicologisch en een epidemiologisch luik. De methodologie waarop beide luiken zich zullen steunen is gebaseerd op het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, uitgewerkt in breed overleg met wetenschappers uit diverse disciplines, en op advies van de Vlaamse Instelling voor technologisch Onderzoek (VITO).

Het toxicologische luik moet onder meer een antwoord bieden op volgende vragen :

- is er een verhoogde aanwezigheid van stoffen in het menselijk lichaam die kankerverwekkend zijn of aanleiding geven tot hormonale afwijkingen, tot geboorte-afwijkingen of tot allergieën ?
- stellen we relevante verschillen vast tussen de aanwezigheid van toxische stoffen in het lichaam van mensen die wonen in potentieel verontreinigde gebieden ('zwarte' gebieden) en in niet-verontreinigde gebieden ('witte' gebieden) ?

Om bijvoorbeeld na te gaan of het wonen in de buurt van een verbrandingsoven tot verhoogde dioxineconcentraties in het bloed leidt - wat erg relevante informatie zou zijn - is het noodzakelijk om de dioxinebelasting in bloedstalen van de doelgroep te vergelijken met **normaalwaarden** in de Vlaamse bevolking. Over deze normaalwaarden beschikken we tot op heden niet. Dergelijke referentiewaarden zijn nodig vooraleer we aan enige interpretatie kunnen doen. Vermits buitenlandse studies aantonen dat dioxineconcentraties erg variëren tussen individuen (bv. in functie van leeftijd en voedingsgewoonten) moeten we eerst deze gegevens verzamelen in de algemene Vlaamse bevolking. Het grootschalige, toxicologisch onderzoek zal toelaten om deze normaalwaarden voor Vlaanderen vast te stellen. Zo zullen we beschikken over een referentiepunt voor heel Vlaanderen waarmee bevindingen uit specifieke onderzoeken kunnen vergeleken worden.

Het epidemiologische luik bestaat in een permanente registratie van milieugebonden gezondheidsaandoeningen die zich bij de hele Vlaamse bevolking manifesteren en van de mate waarin deze zich voordoen. Deze permanente registratie zal toelaten om gebeurlijke trends te detecteren over heel Vlaanderen en/of om gebeurlijke afwijkingen te detecteren tussen gebieden onderling. Hierbij wordt gewerkt vanuit het concept van het Informatiesysteem Gezondheidszorg (ISG), waarbij mogelijke complementariteit gezocht wordt m.b.t. mogelijke milieugerelateerde gezondheidseffecten.

De epidemiologische gegevens, aangevuld met de jaarlijks geregistreerde Vlaamse gezondheidsindicatoren, zullen toelaten om preventief op te treden wanneer uit het epidemiologisch onderzoek bepaalde signalen worden opgevangen.

Deze beide onderzoeksluiken - die als 'veldwerk' kunnen beschouwd worden - zullen daarboven worden ondersteund door bijkomend technologisch en beleidsgericht onderzoek waarvoor thans door de Vlaamse minister bevoegd voor wetenschapsbeleid oproepen worden georganiseerd in samenspraak met de Vlaamse minister bevoegd voor gezondheidsbeleid.

Dit gezondheidsonderzoek zal afgestemd worden op de onderzoeksprojecten die in het kader van enerzijds het Programma Beleidsgericht Onderzoek en anderzijds de onderzoekslijn Strategische Technologieën voor Welzijn en Welvaart (STWW), vanuit het Instituut voor Wetenschap en Technologie (IWT) opgestart worden.

Zo werd een oproep georganiseerd rond het thema : Mogelijkheden tot effectgerichte leefmilieumonitoring, binnen het Programma Beleidsgericht Onderzoek. Hierbij wordt o.m. een inbreng verwacht naar beschikbare technieken (technisch en epidemiologisch) van biomonitoringsmethodes, relevantie hiervan voor algemene en specifieke milieumonitoring en de praktische herkenbaarheid van deze technieken.

Binnen het STWW-programma wordt gevraagd naar ontwikkeling van innovatieve diagnosesmethodes, en -technieken die, bij voorbaat een vroegtijdige opsporing toelaten van gezondheidsrisico's, door meer betrouwbare of snellere verbanden te leggen tussen het voorkomen van potentieel gezondheidsschadende contaminanten in milieu of voeding en mogelijke veranderingen in de gezondheidsrisico's op vlak van de bevolking.

Vanuit bepaalde invalshoeken wordt gesteld dat blootstelling eerder homogeen is. Het is derhalve niet wenselijk enkel de relatie milieu en gezondheid enkel binnen de grenzen van het Vlaams Gewest te onderzoeken. Zo zal overleg gepleegd worden met de bevoegde diensten van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

b) Heroriëntering van de gezondheidsinspectie binnen de administratie gezondheidszorg

Teneinde beter te kunnen inspelen, enerzijds op de nood aan steeds verdergaande specialisatie, anderzijds op het almaar toenemend belang van de factor milieu in het gezondheidsbeleid, werd in 1998, op basis van een uitgewerkt Proces Implementatie Plan, beslist over te gaan tot een inhoudelijke, organisatorische en geografische hertekening van de gezondheidsinspectie.

Concreet betekent dit dat de centrale coördinatiecel en de provinciale inspectiediensten enerzijds, zullen opgesplitst worden in een cel infectieziekten en een cel milieu, anderzijds, dat het aantal vestigingsplaatsen teruggebracht wordt van 5 provinciale naar 3 regionale, met behoud van de coördinatiecel te Brussel. Verder zal er een uitbreiding van het thematisch deskundig personeel gerealiseerd worden.

In 1999 zal gestart worden met de implementatie van dit project. Dit betekent:

1. het opstarten van de procedure om het aangepaste personeelskader via interne mobiliteit en/of aanwerving te realiseren;
2. het voorzien in de nodige infrastructuur en uitrusting voor de grotere entiteiten, zowel centraal als lokaal en het opzeggen/overdragen van locaties die op termijn verlaten worden.
3. de (her)oriëntering - opleiding - standplaatswijziging van een aantal van de bestaande personeelsleden.

c) Meldpunt Milieu en Gezondheid

Gelet op het aantal klachten die geregistreerd werden door het telefonisch meldpunt Gezondheid en Milieu (meer dan 300 gedurende het eerste halfjaar) is het duidelijk dat dit meldpunt tegemoet komt aan een bestaande behoefte bij de bevolking. Het is dan ook aangewezen dat dit meldpunt niet alleen behouden blijft, maar ook uitgebreid wordt om de huidige globale registratiebenadering te kunnen aanvullen met een individuele klachtenanalyse. De LOGO's kunnen hier in de toekomst een rol spelen.

In 1999 zal er, mede in het kader van de geplande reorganisatie van de gezondheidsinspectie en de oprichting van het VIGZ en het wetenschappelijk opvolgingsonderzoek verder werk gemaakt worden van :

- de nodige bijsturing en aanpassing ;
- het verder uitwerken van een grondig registratie- en analyse systeem ;
- het uitwerken van een gestructureerd opvolgingsplan.

2.3. Registratie en monitoring

Er bestaan heel wat gezondheidsgegevens in Vlaanderen. Deze worden verzameld voor verschillende doeleinden en op verschillende manieren. Ze vertonen lacunes en overlappingsen, ze gebeuren ofwel exhaustief en continu ofwel op steekproef en discontinu. De kwaliteit van de gegevens varieert fel en het gebruik ervan is vaak niet optimaal.

De Vlaamse Gemeenschap levert op het gebied van registratie heel wat inspanningen en dit op twee manieren: deels onder eigen beheer (bv. Gezondheidsindicatoren) en deels via uitbesteding (bv. kankerregister, kankerscreening, MONICA, Medisch schooltoezicht). De kosten van de door de Vlaamse Gemeenschap gefinancierde of gesubsidieerde registratieprojecten bedragen 77,6 miljoen frank in de begroting 1998.

Een eerste analyse van een aantal lopende registratie- en onderzoeksprojecten leverde, naast een aantal pertinente beschouwingen i.v.m. de afzonderlijke projecten, ook een referentiekaard op om dergelijke projecten voor te bereiden, te begeleiden en te beoordelen.

Dit kader omvat:

- 1) het toetsen van de doelstellingen aan overheids- en WGO-doelstellingen,
- 2) de noodzakelijkheid van het specifieke project voor het bekomen van de geleverde informatie,
- 3) de kwaliteit van de gegevens,
- 4) de beschikbaarheid van de informatie,
- 5) het nut van de registratie voor de sectoren en voor het beleid.

Hierbij werd een belangrijke klemtoon gelegd op de bruikbaarheid van de gegevens voor het beleid en, meer in het bijzonder, het vinden van de passende noemer bij de teleenheden die moet toelaten een "dekkingsgraad" voor een bevolking te berekenen. Om het effect van programma's en de evolutie van gezondheidsfenomenen te kunnen meten moeten immers ook de onderliggende (sub-)populaties gekend zijn.

Verder werd er gepleit voor de uitbouw van een informatiesysteem voor gezondheid met de kerngedachte dat een systeem meer is dan de som van de deelsystemen. Het naast mekaar brengen van de verschillende bronnen levert vaak een ander beeld en andere inzichten op dan wanneer dezelfde bronnen voor elke sector apart worden bekeken.

Om deze registratie- en onderzoeksprojecten te optimaliseren in termen van uitkomsten, zowel op het gebied van individuele gezondheid van de geregistreerde als voor het gezondheidsbeleid, wordt een informatiesysteem voor gezondheid opgezet. Het tracht door harmonisatie van de verschillende registraties en door analyse van het gegevensmateriaal

- de werking van de afzonderlijke registraties te verbeteren en
- het beleid beter te onderbouwen door het verschaffen van de nodige gegevens die de overheid moeten toelaten een efficiënt gezondheidsbeleid uit te bouwen.

Hierin spelen preventie, kwaliteitsbewaking, evaluatie voor bijsturing en het opsporen en verhelpen van ongelijkheden tussen burgers op het gebied van gezondheid een belangrijke rol.

Een aantal belangrijke taken i.v.m. gezondheidsinformatie kunnen slechts op een holistische manier ingevuld worden en omvatten volgende functies:

1. een **synthetische functie**: de inhoudelijke integratie van de beschikbare informatie (registraties, enquêtes, al dan niet gepubliceerde informatie) en nieuwe inzichten op informatiegebied bewerkstelligen, evenals het opvolgen van de verschillende informatiebronnen en het aanreiken van relevante informatie aan het beleid.
2. een **bewakende functie**: erop toe zien dat de verzamelde gegevens bijdragen tot het verzekeren en verbeteren van de kwaliteit van de verstrekte diensten.
3. een **initierende functie**: het realiseren van de complementariteit van de bestaande registraties en dit zowel op individueel als op geaggregeerd niveau.

Om deze doelstellingen te verwezenlijken wordt een progressieve strategie voor harmonisatie van registraties gevolgd:

- 1) *inhoudelijk* worden een aantal "clusters" gevormd. Registraties die inhoudelijk met elkaar te maken hebben worden in contact gebracht, sectoraal en beleidsmatig relevante gegevens worden geïdentificeerd en de gegevensstromen worden uitgetekend.
- 2) *vormelijk* worden de modaliteiten van gegevensuitwisseling vastgelegd conform aan de technologie ontwikkeld binnen het management informatiesysteem (MIS) van het departement Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC) van het ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

Het departement besliste zelf registratiegegevens op te slaan in een gegevenspakhuis (datawarehouse) en te verwerken in management informatiesystemen. Naast gezondheidsgegevens zijn ook registratiegegevens van de andere twee departementen en algemene strategische gegevens aanwezig, zodat beleids⁷- en bedrijfsinformatie⁸ snel en naar maat van de vraag kunnen geproduceerd worden, zonder onderbreking van het operationeel proces en zonder belasting van het operationeel niveau.

De informatica-capaciteiten (hardware, software) en het personeel werden daarvoor versterkt, ondermeer door de integratie van vier personeelsleden uit de administratie gezondheidszorg. De hier uitgewerkte technologie en het gegevenspakhuis (datawarehouse) zullen maximaal gebruikt worden voor het functioneren van het Informatie Systeem Gezondheid.

2.4. Centra voor Leerlingenbegeleiding

In het regeerakkoord werd vastgelegd dat PMS en Medisch Schooltoezicht zouden geïntegreerd worden. Het ontwerp-decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding concretiseert deze doelstellingen.

Het voorontwerp van decreet werd in mei 1998 door de Vlaamse regering principieel goedgekeurd. Nadat de adviezen werden ingewonnen van de Vlaamse Gezondheidsraad, de Vlaamse Onderwijsraad en de Sociaal-Economische Raad Vlaanderen en nadat er onderhandeld en overlegd werd met de inrichtende machten en de vakbonden werd een aangepast voorontwerp goedgekeurd door de Vlaamse regering.

⁷ Beleidsinformatiesystemen (BIS) zijn systemen die de beleidsinformatie verschaffen die nodig is voor het realiseren van de externe doelstellingen inzake maatschappelijke uitdagingen.

⁸ Bedrijfsopvolgingssystemen (BOS) leveren de bedrijfsinformatie die nodig is voor de organisatie en het leiden van het departement met het oog op het realiseren van de interne doelstellingen Beter besturen en klantvriendelijkheid.

De debatten over dit ontwerp-decreet zullen in het najaar starten in het Vlaams parlement. De krachtlijnen van het ontwerp-decreet zijn reeds kenbaar gemaakt aan de betrokken sectoren. Het decreet beoogt een grotere transparantie voor de gebruiker, meer doelmatigheid en doeltreffendheid van de zorg- en dienstverlening en een bijzondere aandacht voor de meest kwetsbare doelgroepen.

De financiering en subsidiëring van de centra gaat uit van een grotere lineariteit. Toch werden correcties ingebouwd, waardoor aan individuele centra met een grotere taakbelasting extra omkadering kan worden gegeven. Hiervoor worden de criteria van densiteit en kansarmoede gehanteerd.

De integratie van PMS en MST gebeurt binnen de beschikbare budgettaire middelen. Toch kunnen door een herschikking van middelen een aantal belangrijke zaken in het vooruitzicht gesteld worden:

Zo kan de administratieve ondersteuning in de centra voor alle netten op dezelfde wijze bepaald worden. De gesubsidieerde contractuelen die vóór de hervorming in de PMS-sector instonden voor administratieve ondersteuning of voor de begeleiding van migranten worden statutair.

Vanaf 1999 zullen de interculturele bemiddelaars die verbonden zijn aan het Vlaams Centrum voor integratie van Migrantten kunnen opgenomen worden in de équipes medisch schooltoezicht. Hierdoor komen zij ook in aanmerking om op 1 september 2000 te worden overgedragen naar de centra voor leerlingenbegeleiding.

De wijze waarop personeel van PMS en MST zal overgedragen worden naar de centra voor leerlingenbegeleiding is nog niet vastgelegd. Het uitgangspunt is in elk geval dat PMS- en MST-personeel bij de overdracht gelijkberechtigd moeten zijn.

Aangezien het decreet hoofdzakelijk een kader schetst waarbinnen de centra voor leerlingenbegeleiding actief zullen zijn, dienen nog bijzondere bepalingen in uitvoeringsbesluiten vastgelegd te worden, onder meer wat de medische opdrachten van de CLB-équipes betreft. Vanuit het gezondheidsbeleid zal de aandacht daarbij vooral gaan naar de operationalisering van de strategische doelstellingen, zoals die in het decreet zijn ingeschreven.

2.5. Drugpreventie

De zeven acties, waaronder het Vlaamse programma inzake drugproblematiek is opgebouwd, zijn omstreeks oktober 1996 gestart.

2.5.1. VAD, project ter implementatie van een uniform registratiesysteem binnen de drughulpverlening

De doelstelling van het project is het ontwerpen en implementeren van een uniform registratiesysteem voor alle diensten en voorzieningen die drughulpverlening organiseren en dit rekening houdend met de afspraken gemaakt binnen het Europees Drugsobservatorium te Lissabon.

Subsidiëringsvoorwaarde :

De VAD zal bij de verdere uitvoering van dit registratieproject rekening houden met de richtlijnen die zullen worden uitgevaardigd in verband met de harmonisering van de bestaande registratiesystemen met het oog op de uitbouw van een "InformatieSysteem Gezondheid" op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap. De VAD zal hiertoe op vraag van de Vlaamse overheid deelnemen aan het intersectoraal overleg terzake.

2.5.2. VAD, project ter implementatie van een centrale preventiedatabank binnen de Vlaamse Gemeenschap

De doelstelling van het project is de verhoging van de efficiëntie en effectiviteit van drugpreventieprojecten door :

- in eerste instantie de uitwerking van een monitoringsysteem van drugpreventieactiviteiten in de verschillende sectoren ;
- in tweede instantie de realisatie van een databank van preventieprojecten.

Subsidiëringsvoorwaarde :

De VAD zal bij de verdere uitvoering van dit registratieproject rekening houden met de richtlijnen die zullen worden uitgevaardigd in verband met de harmonisering van de bestaande registratiesystemen met het oog op de uitbouw van een "InformatieSysteem Gezondheid" op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap. De VAD zal hiertoe op vraag van de Vlaamse overheid deelnemen aan het intersectoraal overleg terzake.

2.5.3. Regionale programmatie en onderlinge afstemming

In uitvoering van het derde actiepoint van de drugnota werd in april 1996 aan alle erkende centra voor geestelijke gezondheidszorg gevraagd om binnen hun werkingsgebied na te gaan op welke manier de regionale programmatie en de onderlinge afstemming konden worden versterkt van zowel de hulpverlening als de preventie ten aanzien van illegale drugs.

Er werden een twintigtal projecten ingediend, waarvan er 12 werden goedgekeurd en gefinancierd. De meeste waren eerder bescheiden qua opzet en hadden betrekking op het opstarten of verder ontwikkelen van deelaspecten van een globaal aanbod, in een grootstedelijk gebied met reeds bestaande gespecialiseerde voorzieningen.

De voornaamste doelstellingen die geformuleerd werden:

- de ontwikkeling van de methodiek therapeutisch advies, waarbij beginnende gebruikers door het parket onmiddellijk naar het centrum geestelijke gezondheidszorg worden opgestuurd voor advies en eventueel oriëntatie naar begeleiding;
- het opzetten van groepen om de omgeving van beginnende gebruikers te begeleiden in de omgang met de nieuwe situatie;
- de ambulante hulpverlening aan jongeren met risicogedrag ten aanzien van illegale middelen en waarbij manifeste psychopathologie aanwezig is;
- de nazorg van gebruikers die een residentieel programma, geheel of gedeeltelijk gevolgd hadden in een therapeutische gemeenschap;
- het versterken van de preventiewerking die reeds langer in de sector bestaat en gecoördineerd wordt door de VAD.

In ander minder stedelijke regio's met een beperkter aanbod van gespecialiseerde diensten, werd de ontwikkeling en coördinatie van een beleid inzake drughulpverlening en -preventie vertrekkend van de bestaande algemene voorzieningen als doelstelling vooropgesteld.

In oktober 1997 werd de financiering van deze projecten omgezet in een convenant-formule. Een convenant is een overeenkomst tussen de Vlaamse Gemeenschap en een voorziening of een netwerk van voorzieningen waarbij een grote vrijheid gelaten wordt in de organisatie-

aspecten van de opdracht, maar de nadruk helemaal ligt op de te leveren prestaties en de te behalen resultaten.

De potentiële meerwaarde van een covenant-model in deze materie ligt op twee vlakken:

- ten eerste wordt een covenant altijd afgesloten op basis van een beleidsplan dat door meerdere partners samen wordt opgesteld. Het is duidelijk dat om de regionale programmatie en de onderlinge afstemming van een bepaald zorgaanbod te optimaliseren, alle betrokken sectoren zouden moeten participeren;
- ten tweede stelt het covenant-model ook de te behalen resultaten in de kijker en dwingt ons om meer dan vroeger te werken aan evaluatiemethoden van de kwaliteit en de produktiviteit van wat opgezet wordt.

2.5.4. VAD, vorming van beginnende preventiewerkers

De doelstelling van het project is het opzetten, uitbouwen en begeleiden van specifieke vormingsmodules voor beginnende drugpreventiewerkers en -hulpverleners die in de uiteenlopende drugssectoren werkzaam zijn. De specifieke vormingsmodules bevatten zowel basispakketten als vervolprogramma's en er wordt voorzien in stagemogelijkheden, intervisie en supervisie voor de cursisten.

Specifiek vanaf het tweede werkingsjaar zal het samenwerkingsverband aandacht besteden aan:

- het vergroten van het aanbod aan vorming inzake preventie ten behoeve van de hulpverleners;
- het stimuleren van de deelnemers om meer gebruik te maken van de stagemogelijkheid;
- het regelmatig bijwerken van de gezamenlijke overzichtsbrochure.

De stuurgroep die het project begeleidt en samengesteld is uit twee vertegenwoordigers van elke organisatie zal bij het begin van elk kwartaal een geactualiseerd overzicht van de effectief geplande vormingen aan de administratie voorleggen.

Het project werd goedgekeurd voor het tweede werkingsjaar vanaf 1 december 1997 tot en met 30 november 1998.

De subsidie voor dit tweede werkingsjaar bedraagt zes miljoen frank (6.000.000 frank) voor personeels- en werkingskosten. Elk van de drie vermelde verenigingen kan voor maximum twee miljoen frank (2.000.000 frank) uitgaven terugbetaald krijgen.

De vzw VAD is de verantwoordelijke coördinator voor het project, zowel op inhoudelijk als op financieel vlak.

2.5.5. VAD, vorming voor intermediairen over de drugproblematiek

De doelstelling van het project is het aanbieden van en initiëren van intervisie ten behoeve van intermediairen zoals huisartsen, onderwijskrachten, begeleiders van jongerenwerkingen, socio-culturele werkers, opvoeders, medewerkers in PMS- en MST centra enz. ... zodat deze in staat zijn in een zo vroeg mogelijk stadium drugproblematiek te detecteren, er adequaat op te reageren en er terzake efficiënt rond samen te werken.

Tijdens het tweede projectjaar zal het vormingsaanbod voor de verschillende doelgroepen verder worden uitgewerkt en geëvalueerd en zullen de trainingssessies voor de medewerkers van de CGG's worden uitgebreid.

Tevens zullen initiatieven voor drie nieuwe doelgroepen worden ontwikkeld: kansarmen, migranten en justitie. Ook zullen voor onderwijs en jeugdwerk regionale initiatieven worden geïmplementeerd via navormingsprogramma's. Waar nodig zal bijkomend didactisch materiaal worden aangemaakt.

Het project werd in het subsidiebesluit van 21 oktober 1996 principieel goedgekeurd voor een periode van drie jaren met ingang van 1 oktober 1996.

2.5.6. Overleg, coördinatie en samenwerking op provinciaal vlak

Deze subsidie wordt toegekend voor de organisatie van een samenwerkingsverband binnen de provincies en het Brussels hoofdstedelijk gewest tussen de drugpreventie en de -hulpverlening bij problematisch druggebruik.

Er werden daartoe overeenkomsten afgesloten tussen de provinciale Preventieplatforms Middelengebruik en de sector hulpverlening in de provincie.

Het samenwerkingsverband zal een actieprogramma voor drie jaar opstellen, waarin prioritaire aandacht moet gaan naar:

- ervarings- en informatie-uitwisseling tussen beide sectoren;
- wederzijdse deskundigheidsbevordering;
- opmaak van een aanpasbaar provinciaal vademecum bestemd voor de eerstelijns werkers die met de drugsproblematiek kunnen geconfronteerd worden;
- detectie van hiaten of knelpunten inzake drugpreventie of -hulpverlening op lokaal vlak.

Naast deze prioritaire activiteiten kunnen de samenwerkingsverbanden eigen initiatieven nemen, doch deze mogen niet gelijklopend zijn met de activiteiten die reeds door andere instanties over heel Vlaanderen worden georganiseerd in uitvoering van de punten van het Vlaams actieprogramma zoals vermeld in hoofdstuk IV van de Drugnota van januari 1996.

De Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw (VAD) staat in voor de coördinatie tussen de provincies en bewaakt de eensluidendheid met het Vlaamse drugbeleid. De VAD zal met het oog op eventuele verdere subsidiëring na het werkingsjaar een evaluatieverslag opmaken met aanbevelingen om waar nodig het actieprogramma bij te sturen. Daartoe zal het samenwerkingsverband voor 15 januari 1998 bij de VAD een voorlopig verslag indienen over de werking gedurende 1997, alsook een concreet voorstel m.b.t. de planning en begroting voor 1998.

2.5.7. 'Opkickers' voor jongeren

'Opkikker' is een drugpreventiehappening met als motto 'beter drugvrij' en is gericht op scholieren uit het Vlaams secundair onderwijs. Dit jongerenfestival vond plaats op 19 februari 1998 in Flanders Expo te Gent en vormde de bekroning van een voorafgaande campagne waarbij alle scholen werden uitgenodigd om een drugpreventieproject in te sturen. Affiches, folders en persartikels ondersteunden deze bekendmaking. Alle scholen die een project instuurden werden voor de happening uitgenodigd.

Doelstelling:

Het thema 'beter drugvrij' verwijst naar de doelstelling van de happening en van de campagne: je hoeft geen drugs te gebruiken om erbij te horen. Het gaat om een positieve campagne, en niet om een anti-campagne. Achterliggende idee is om de niet-gebruikende meerderheid van de jongeren in de schijnwerpers te plaatsen.

De VAD stond in voor de inhoudelijke voorbereiding en opvolging van de campagne en de happening.

2.5.8. VAD, De Druglijn

Doelstellingen :

Bij de Druglijn kan men terecht met om het even welke vraag rond drank, drugs en medicatie. Deze telefoondienst staat open voor iedereen: zowel voor gebruikers en hun vrienden en familieleden als voor mensen die beroepsmatig met alcohol- en andere drugproblemen te maken krijgen. Men kan er terecht met vragen naar informatie over de produkten zelf, vragen naar hulp en vragen naar preventieve aanpakken.

Subsidiëringsvoorwaarden :

De VAD zal zorgen

- voor de deskundigheidsbevordering van de medewerkers;
- dat de Druglijn elke weekdag bereikbaar is van 12 tot 21 uur en s' zaterdags van 15 tot 21 uur op het groene nummer 078-15.10.20. Buiten deze uren wordt via een antwoordapparaat meegedeeld welke dienst mensen verder kunnen inschakelen wanneer hun vraag een snel antwoord behoeft;
- voor de analyse van de oproepen en de evaluatie hiervan.

De continuering van de Druglijn werd principieel goedgekeurd voor drie jaar vanaf 1 januari 1997.

2.5.9. Bevraging van leerlingen en participatieve risico-analyse

Naar aanleiding van de recente resolutie in het Vlaams Parlement zal VAD vanaf het schooljaar 1998-1999 op grote schaal leerlingen en scholen begeleiden m.b.t. de drugproblematiek. De bedoeling van het project kan op verschillende niveaus worden omschreven:

voor de scholen:

- ° onder de aandacht van een drugbeleid op school door een nieuw aanbod in dit kader aan te bieden;
- ° samenwerking tussen school en PMS en MST-centra bevorderen;
- ° zicht krijgen op een aantal aspecten m.b.t. genotmiddelen bij leerlingen: gebruik, attitudes rondom gebruik, vrijetijdsbesteding, beleving van de sfeer op school en in de klas, beleving van het schoolbeleid rond drugs;
- ° gebruik van de resultaten
 - binnen de school: met leerkrachtenteam, PMS en MST: feedback op het gevoerde drugbeleid en op het schoolklimaat + aanzetten tot verbetering/aanpassing van het gevoerde beleid

- met de leerlingen: bespreking van resultaten en planning van reeks preventieve activiteiten op maat van de leerlingen (op basis van de specifieke resultaten en suggesties in handleiding)
- met de ouders: feedback van resultaten via ouderavond, schoolkrant, ... met als doel het bespreekbaar maken van druggebruik bij jongeren en druggebruik op school (eventueel aanzet voor vormende activiteit voor ouders).

op Vlaams niveau :

- zicht krijgen op gebruik van genotmiddelen bij jongeren van 12 tot 18 jaar, op hun attitudes rondom drugs en druggebruik, vrijetijdsbesteding, beleving van de sfeer op school en in de klas, beleving van het schoolbeleid rond drugs;
- gebruik van de resultaten:
 - ° aanzetten tot evaluatie van drugbeleid op school (via beoordeling leerlingen) (VAD);
 - ° detectie van noden en knelpunten rondom de verschillende aspecten in de bevraging en aanzetten tot verdere conceptontwikkeling ter ondersteuning van de scholen (VAD).

Doelgroep

Alle Vlaamse scholen worden uitgenodigd om deze bevraging bij hun leerlingen te laten uitvoeren. De bevraging gebeurt anoniem en klassikaal bij alle 12 tot 18-jarigen binnen alle onderwijsrichtingen. De verwerking gebeurt door VAD op 2 niveaus: op het niveau van de school (terugspelen van resultaten op korte termijn) en op Vlaams niveau (verwerking van geanonimiseerde gegevens). Het streefdoel is om 1/3 van de Vlaamse jongeren te bevragen (200.000 leerlingen).

2.6. Medisch verantwoord sporten in Vlaanderen

De Vlaams overheid neemt binnen het gezondheidsbeleid ook haar verantwoordelijkheid om de sportieve burgers ertoe aan te sporen op medisch verantwoorde wijze hun sport te beoefenen. Deze bekommernis heeft verschillende aspecten :

- ♦ wanneer jonge mensen aan sport doen en zich verder willen engageren naar de topsport en competities toe, moeten zij begeleid worden om dit te doen in overeenstemming met hun leeftijd en hun lichamelijke ontwikkeling en zonder toe te geven aan de verleidingen om tot excessen over te gaan ;
- ♦ voor risicosporten en risicodoelgroepen moet er een permanente opvolging van de gezondheidstoestand georganiseerd worden ;
- ♦ het gebruik van dopingproducten moet worden beteugeld teneinde de gezondheid van de sporter op lange termijn te vrijwaren. Door de belangrijke, soms zelfs excessief hoge geldsommen die in de sportwereld te verdienen zijn, kan de competitiedrang de sporter tot het nemen van ongeoorloofde risico's verleiden.

Vooraf het dopinggebruik is in de internationale sportwereld en in de media een vaak besproken en gevoelig probleem. Dit is nog maar eens gebleken bij de gebeurtenissen die zich hebben voorgedaan in de zomer van 1998. Hiermee is duidelijk dat het probleem van dopinggebruik nog niet in alle sporttakken onder controle is.

Jaarlijks organiseert de Vlaamse Gemeenschap talrijke controles Medisch Verantwoord Sporten bij sportcompetities, volgens de eigen procedure, zoals beschreven in het decreet

van 27 maart 1991 en haar uitvoeringsbesluiten. Daarvan blijken gemiddeld ongeveer 5 % positief te zijn (weigeringen mee te werken aan de controles of positief bevonden).

De mogelijkheden om dopinggebruik op te sporen zijn in grote mate afhankelijk van de ontwikkelde wetenschappelijke opsporingstechnieken : de overweging, dat opsporingsmethoden altijd dreigen achterop te lopen op de inventiviteit van de dopinggebruiker, mag de opsporingsinspanning niet hypothekeren. Terecht is er reeds op gewezen dat inzake de strijd tegen de doping, de Vlaamse overheid een voortrekkersrol speelt, in vergelijking met andere landen.

Een aantal maatregelen en verbeteringen in de Vlaamse reglementering en de toepassingen ervan zullen in 1999 worden doorgevoerd om de efficiëntie van de dopingbestrijding te verhogen.

Het actieplan bestaat uit twee luiken, namelijk de verfijning van de algemene organisatie van de dopingcontroles en maatregelen om de regelgeving medisch verantwoord sporten te verbeteren

Verfijning van de algemene organisatie van de dopingcontroles

- 1) Het Belgisch Interfederaal Comité en de Vlaamse sportfederaties zullen uitgenodigd worden om een charter Medisch Verantwoord Sporten uit te werken. Dit charter zal ondertekend worden door iedereen die zich bij een sportfederatie aansluit. Naast engagementen rond medische begeleiding en bijscholing zal dit charter de medewerking van de individuele sporten aan de georganiseerde controles verzekeren.
- 2) Er zal gestreefd worden naar een onderling samenwerkingsprotocol met het Internationaal Olympisch Comité en de sportfederaties.

Procedures van monsterneming, analyses, oproeping, lijst van dopingproducten enz... zullen beter moeten geharmoniseerd worden zodat er een wederzijdse erkenning van procedures én informatie-uitwisseling over vastgestelde misbruiken kan tot stand komen. Dit is zeker van belang voor sportmanifestaties met internationaal impact.

- 3) Een samenwerking tussen Vlaamse overheid, het Belgisch Olympisch Interfederaal Comité en de Vlaamse sportfederatie wordt geconcretiseerd in een permanent overlegcomité, met volgende taken :
 - concrete afspraken over de uit te voeren controles : wie controleert waar?". De controles zullen daarbij niet alleen tijdens competities gebeuren maar ook meer tijdens trainingen en in de voorbereidingsperiode, naargelang het medisch meest "effectieve" tijdstip voor de inname van de produkten. Hiermee geven we uitvoering aan het advies van de Vlaamse gezondheidsraad "de werkgroep adviseert dat een groter percentage van de controles zou plaatsvinden buiten het wedstrijdgebieden, vooral dan bij topsporters. Het is gekend dat dopingpraktijken vaak toegepast worden tijdens de voorbereidingsperiode en stopgezet worden tijdens de eigenlijke competitie. Het uitvoeren van dopingcontroles tijdens de voorbereiding op sportmanifestaties is voorzien in het besluit inzake MVS." ;
 - kwaliteitscontrole op de toepassing van de procedures en opvolging van de uitvoering van het charter .
- 4) Activeren van samenwerking met de Franstalige en Duitstalige Gemeenschappen en ratificatie van internationale akkoorden.

- 5) Verstevinging en optimalisering van de adviserende rol van de VGR op dit beleidsveld in continue wisselwerking met het werkveld (responsabilisering). Binnen de werkgroep MVS van de VGR zal een expertengroep doping opgericht worden. Deze bespreekt interdisciplinair alle aspecten van de dopingproblematiek.
- 6) Er zal gestreefd worden naar afspraken met de justitiële overheden, vooral rond onderlinge informatie-uitwisseling.

Maatregelen om de regelgeving te verbeteren

- 1) De continue aanpassing en harmonisering van de lijst van dopingproducten ;
- 2) Meer selectieve erkenning en aanduiding van dopingcontroleurs en keuringsartsen, binnen een stelsel van permanente bijscholing en de uitbreiding van het controleteam met paramedici ;
- 3) Er zal een lijst opgemaakt worden met namen van begeleiders. Dit moet toelaten om onverenigbaarheden vast te stellen en om justitie beter te informeren omtrent de entourage van de betrapte sporter ;
- 4) Een verzwaring van strafsancities, voorzien in het decreet van 1991 t.a.v. sportbegeleiders (sportdirectie, sportartsen, verzorgers...) zal voorgesteld worden aan het Vlaams parlement.

De basisfilosofie van het decreet 1991 zal derhalve in ruime mate behouden blijven, in eerste instantie wordt namelijk van de sportfederaties verwacht dat ze actief dopinggebruik bestrijden. Daar waar deze in gebreke blijven of er niet in slagen een efficiënte bestrijding te organiseren, neemt de Vlaamse overheid zelf deze verantwoordelijkheid waar. We moeten overigens vaststellen dat tot nog toe geen enkele sportvereniging heeft gevraagd om, via de erkenning van de eigen interne tuchtregeling, zelf te mogen instaan voor het opleggen van disciplinaire maatregelen.

Zoals in de internationale sportwereld gebruikelijk is, wordt de sporter voor inbreuken gesanctioneerd in zijn beroepsuitoefening zelf, namelijk voor korte of lange tijd uitsluiting van sportcompetitie en van georganiseerde voorbereiding.

Dergelijke sancties komen voor de topsporter zwaarder aan dan, bijvoorbeeld, strafrechtelijk opgelegde geldboetes, en het ontradend effect dat er van uit gaat, is doorgaans voor de sporter ook effectiever.

Wie wel strafrechtelijk vervolgd en bestraft moet worden zijn de begeleiders, (trainer, verzorger, directie, sportarts...) en op dit belangrijk terrein zal gepoogd worden tot concrete afspraken met justitiële organen te komen.

3. SAMENHANG

3.1. De Vlaamse Gezondheidsraad en de Vlaamse Adviesraad inzake erkenning van verzorgingsvoorzieningen

3.1.1. De Vlaamse Gezondheidsraad (VGR)

Sedert 4 februari 1997 adviseert de Vlaamse Gezondheidsraad (VGR) de minister van Gezondheidsbeleid over gezondheidsaangelegenheden. Deze jonge en actieve Raad bestaat uit een Bureau dat haar werkzaamheden regelt en een plenaire vergadering die de adviezen amendeert en goedkeurt. Daarnaast heeft de VGR een Preventieve Kamer en een Curatieve Kamer die adviezen met betrekking tot de respectievelijke sector voorbereiden voor de plenaire vergadering of die autonoom adviezen kunnen goedkeuren. Om aan te tonen dat dit jong adviesorgaan de uitdagingen van de toekomst zal aankunnen, wordt hieronder een beeld geschetst van de recente en actuele onderwerpen waarover de VGR zich boog.

Zo formuleerde de Curatieve Kamer in 1997 op eigen initiatief het advies “naar een palliatieve zorgverlening in Vlaanderen”. Uitgangspunt hierbij was de Vlaamse beleidsvisie waarin ondermeer wordt gesteld dat “het zorgaanbod zich ten dienste van de lijdende mens moet stellen en dat de filosofie van de palliatieve zorg het best binnen het thuismilieu kan worden gerealiseerd”. Met de geformuleerde aanbevelingen wou de VGR richtingen aangeven voor een evenwichtige uitbouw van de palliatieve zorg in Vlaanderen.

Ook de Preventieve Kamer was in het startjaar van de Vlaamse Gezondheidsraad bijzonder actief. Na haar advies over “de krijtlijnen voor een preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen met een bijzondere aandacht voor de rol van de huisarts”, verrichtte ze in 1997 ook denkwerk over de “gezondheidsdoelen die in prioritaire orde dienen te worden nagestreefd door de lokale gezondheidsinitiatieven”. Op vraag van een lid bracht ze in 1998 aan de minister advies uit over “de toekomst van de VRGT na de installatie van de LOGO's”. Vervolgens, zich bewust van de problemen die afvalverbranding meebrengt voor de gezondheid, formuleerde ze hierover op eigen initiatief advies aan de minister. Daarnaast ontwikkelde ze “de indicatoren in functie van de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen”.

In haar schoot heeft de VGR ook 8 werkgroepen met een tijdelijke (maar hernieuwbare) opdracht opgericht om haar adviezen grondig te kunnen voorbereiden:

1) de werkgroep ‘ziekenhuisconcept’

De werkgroep ‘ziekenhuisconcept’ werkt advies uit over de nota “Een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen” waarin een nieuw ziekenhuisconcept is uitgewerkt ter voorbereiding van een gedefederaliseerd ziekenhuisbeleid. Hierbij gaat de aandacht naar het verzekeren van een kwaliteitsvolle, sociaal en financieel toegankelijke zorg binnen een efficiënte en effectieve structuur. Daarbij moet het ziekenhuis worden ingebed in een netwerk van zorgverlening met samenwerking tussen ziekenhuizen, maar ook met huisartsen, thuisgezondheidszorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg en anderen. Zo kan een continuüm van zorg tot stand komen.

Naast literatuuronderzoek doet de werkgroep ook beroep op experts via hoorzittingen. Voor de sector geestelijke gezondheidszorg krijgt ze bovendien ondersteuning van een andere VGR-werkgroep, nl. de werkgroep 'geestelijke gezondheidszorg'.

2) de werkgroep 'geestelijke gezondheidszorg'

Op vraag van minister Demeester heeft de Inspectie van Financiën in 1997 een begroting-senquête uitgevoerd in de CGG-sector (centra voor geestelijke gezondheidszorg), waarbij het bestedingspatroon in beeld werd gebracht en werd gedacht aan mogelijke initiatieven om de middelen doelmatiger aan te wenden. Vervolgens werden de doelgroepen, de methoden, de netwerkvorming en de maatschappelijke missie uitgeschreven in een conceptnota.

Omtrent het convenantenbeleid in de sector van de CGG's heeft de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg van de VGR het advies voorbereid.

Daarnaast ondersteunde ze in 1998 de werkgroep Ziekenhuisconcept voor haar advies over de nota "een ziekenhuisconcept voor Vlaanderen" specifiek met betrekking tot de sector geestelijke gezondheidszorg (zie boven).

3) de werkgroep 'kwaliteit'

De verzorgingsvoorzieningen worden in het kader van het kwaliteitsdecreet aangespoord om - geleidelijk maar systematisch - een kwaliteitssysteem uit te bouwen aan de hand van opgelegde en zelfgekozen thema's. Daarbij zullen de effecten van de kwaliteitsinspanningen door de instellingen zelf worden gevolgd via de bijbehorende kwaliteitsindicatoren.

Na het uitdenken van de thema's voor ziekenhuizen, centra geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen, (ziekenhuis)RVT's ontwikkelt de werkgroep 'kwaliteit' - in samenwerking met de administratie - geschikte thema's voor drie andere gezondheidssectoren, met name de ziekenhuis-RVT's, de SIT's en de palliatieve netwerken. Tijdens haar werkzaamheden doet ze beroep op experts via hoorzittingen en ondervraagt ze de andere VGR- en werkgroepen via enquêtes.

4) de werkgroep 'secundaire preventie kanker'

Zoals duidelijk werd aangegeven op het Vlaams Preventiecongres te Antwerpen (1997) bestaat de behoefte aan duidelijke "aanbevelingen" met betrekking tot de secundaire preventie van kanker. In dit licht adviseert de werkgroep 'secundaire preventie kanker' over de zin van de verschillende screeningactiviteiten, op basis van de huidige stand van de wetenschap.

5) de werkgroep 'gezondheid en milieu'

De opdracht van deze werkgroep is een zo volledig mogelijke inventaris opmaken van de gezondheidsproblemen die milieugebonden zijn. Daarbij zal "milieu" worden begrepen, zowel in zijn betekenis van fysisch leefmilieu als van psychosociale omgeving.

Verder heeft de werkgroep 'gezondheid en milieu' in grote mate bijgedragen tot het advies over de problemen die afvalverbranding meebrengt voor de gezondheid. Dit advies is uitgebracht door de Preventieve Kamer van de VGR op eigen initiatief (zie boven).

Zodra het VIVOO (Vlaams Instituut voor Volksgezondheid en Operationele Ontwikkeling) van start gaat, zal deze werkgroep kunnen terugvallen op een specifiek kenniscentrum ter zake.

Een dergelijk initiatief kan een antwoord geven op de bezorgdheid die door de werkgroep werd geuit over de gezondheidseffecten van milieuverontreiniging en op de vraag die hieruit volgt om te kunnen beschikken over meer feitelijke gegevens ter zake.

6) de werkgroep 'medisch verantwoord sporten'

Met de oprichting van de VGR zijn de bestaande adviesorganen inzake medisch verantwoorde sportbeoefening opgeheven en is deze adviesopdracht toevertrouwd aan de werkgroep 'medisch verantwoord sporten' van de VGR. In een eerste opdracht brengt de werkgroep advies uit over het document "Strategisch Plan voor Sportend Vlaanderen" en over het

“nieuwe decreet voor de sportfederaties”. Tevens zal ze advies formuleren over het “decreet voor de sportdiensten”.

De aanbevelingen in haar advies “over Medisch Verantwoord Sporten en dopingproblematiek” zullen opgenomen worden in een actieplan.

7) de werkgroep ‘centra voor leerlingenbegeleiding’

In het regeerakkoord werd afgesproken dat PMS en MST zullen worden omgebouwd tot één enkele dienst, namelijk centra voor leerlingenbegeleiding (CLB). De werkgroep CLB van de Vlaamse Gezondheidsraad heeft het voorontwerp van decreet betreffende deze centra voor leerlingenbegeleiding op zijn gezondheidsaspecten getoetst en zal zich moeten uitspreken over de uitvoeringsbesluiten aangaande de medische opdrachten van de CLB's zodra het ontwerp-decreet is goedgekeurd.

8) de denkgroep ‘conceptueel kader’

Deze denkgroep in de VGR heeft als opdracht een conceptueel kader voor de gezondheidszorg te ontwikkelen en te reflecteren over de meest wenselijke - maar ook realiseerbare - structuur, organisatie en financiering van onze gezondheidszorg. Dit globaal kader is de toetssteen voor de beoordeling van de adviesvragen over deelthema's. Bovendien laat dit raamwerk toe om de knipperlichtfunctie van de VGR beter te vervullen, om sneller te anticiperen op nieuwe ontwikkelingen en problemen. Tenslotte hoopt de Vlaamse Gezondheidsraad met deze denkgroep haar steentje bij te dragen tot een constructieve discussie over een verdere defederalisering van het gezondheidsbeleid.

Voor de formulering van haar adviezen wenst de VGR zich steeds te baseren op wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen ter zake, in het spoor van de internationale ontwikkelingen naar “evidence based medicine” en “evidence based health care”. Zo doorzoekt de VGR bij elke adviesvraag de bestaande literatuurgegevens en toetst ze deze bevindingen op hun relevantie en toepasbaarheid in de Vlaamse praktijk. Deze werking vraagt veel inspanningen van de VGR-leden en de werkgroepen die de adviesteksten schrijven. Om haar leden te ondersteunen bij deze adviesvoorbereidende taken besteedt de VGR reeds een deel van haar budget aan studieopdrachten. Vanaf het najaar van 1998 zal ze de behoefte aan inhoudelijke ondersteuning nog beter proberen op te vangen via aanwerving van contractuele medewerkers.

Naast het prioritair beantwoorden van de adviesvragen van de minister zal ze eveneens het recht op eigen advies gebruiken en zich toespitsen op een beperkt aantal gezondheids(zorg)thema's om hierover grondig advies te verlenen. Zo hoopt de Vlaamse Gezondheidsraad in de nabije toekomst meer concrete aanbevelingen aan de Vlaamse overheid voor te kunnen stellen.

3.1.2. Vlaamse Adviesraad voor de Erkenning van de Verzorgingsvoorzieningen (VAR)

De Vlaamse Adviesraad voor de Erkenning van de Verzorgingsvoorzieningen (VAR), opgericht in februari 1997, biedt aan alle verzorgingsinstellingen de mogelijkheid om een bezwaarschrift in te dienen tegen een voornemen van de Vlaamse minister om een negatieve of deels negatieve beslissing te nemen in een plannings- of erkenningsdossier. De VAR zal de minister eerst adviseren vooraleer een definitieve ministeriële beslissing volgt.

Indien de instelling in het bezwaarschrift vraagt om gehoord te worden, wordt de instelling uitgenodigd op de zitting. Tevens wordt bij elk dossier het standpunt van de administratie over het ingediende bezwaarschrift toegelicht.

Sedert haar ontstaan tot augustus 1998 dienden de verzorgingsvoorzieningen 102 bezwaarschriften in bij de VAR. In 92 dossiers bezorgde de VAR een gemotiveerd advies aan de minister, 10 bezwaarschriften werden ingetrokken. Bij de behandeling van de 66 ingediende dossiers naar aanleiding van de verdeling van 14.116 RVT-bedden uit de Vlaamse pool for-

muleerde de VAR, naast de individuele adviezen, eveneens een algemeen advies "Aanbevelingen voor RVT - verdelingsoperaties".

3.2. Geestelijke gezondheidszorg voor de psychische noden van de 21e eeuw

3.2.1. Algemeen kader

Wat de psychiatrische zorgverlening betreft zal het accent in 1999 gelegd worden op de uitwerking van een **nieuwe blauwdruk voor een Vlaamse Geestelijke gezondheidszorg in de 21ste eeuw** die als bijlage wordt gevoegd.

3.2.2. De centra voor geestelijke gezondheidszorg

Prioritaire thema's

Om het zorgaanbod optimaal af te stemmen op de evoluerende vragen en noden werden midden 1997 vier prioritaire thema's voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg vastgelegd, nl. kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening, daderhulp, zelfmoordpreventie en drughulpverlening. Voor de uitvoering van deze specifieke opdrachten werden netwerken van centra voor geestelijke gezondheidszorg gevormd en convenants afgesloten tussen de Vlaamse gemeenschap en deze netwerken.

Kinder- en jeugdpsychiatrische hulpverlening

Op 1/11/97 werden 18 convenants afgesloten met netwerken van centra voor geestelijke gezondheidszorg teneinde de hulpverlening aan kinderen en jeugdigen te versterken en meer doorverwijsmogelijkheden vanuit de Vertrouwenscentra Kindermishandeling te scheppen in uitvoering van het Vlaams Actieplan inzake hulpverlening bij kindermishandeling en kinderrechten. In de 18 netwerken participeren 68 centra. Dit houdt in dat het convenant kindermishandeling operationeel is in de hele Vlaamse Gemeenschap. Van de centra voor geestelijke gezondheidszorg wordt verwacht dat zij instaan voor de psychotherapeutische behandeling van kinderen die lijden aan ernstige psychische problemen waarbinnen de traumata ten gevolge van kindermishandeling een belangrijke categorie zijn.

Twee doelstellingen werden vooropgesteld :

1. intensifiëring en kwalitatieve verbetering van de hulpverlening aan slachtoffers van kindermishandeling ;
2. integratie van de CGG-hulpverlening in de regio door middel van af te sluiten samenwerkingsprotocollen met andere relevante partners.

Daderhulp

Op 1/12/97 werden in uitvoering van een samenwerkingsakkoord tussen het ministerie van justitie en de Vlaamse Gemeenschap 8 convenants afgesloten met CGG-netwerken om de hulpverlening aan seksuele delinquenten mogelijk te maken door de oprichting van gespecialiseerde forensische equipes. In de 8 netwerken participeren totaal 66 netwerken. Dit samenwerkingsakkoord werd opgemaakt in uitvoering van de wet van 13 april 1995 betreffende de verplichte behandeling en begeleiding van seksuele delinquenten in het kader van de voorwaardelijke invrijheidstelling en de invrijheidstelling op proef. In alle beleidsplannen

wordt de verbintenis aangegaan om een samenwerkingsverband te ontwikkelen met de centra voor algemeen welzijnswerk die ook actief zijn op dit terrein en met de betrokken diensten van het departement Justitie.

In het akkoord worden nauwkeurig de modaliteiten bepaald van de voorbereiding van de verwijzing door de justitiële diensten, en van de opvolging van de behandeling in het centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Drughulppreventie

Daarnaast werden de reeds lopende projecten in uitvoering van de drugnota (regionale programmering en onderlinge afstemming) op 1/10/97 omgezet in convenants. Voor de stand van zaken zie punt 2.5.

Zelfmoordpreventie

Tenslotte werd op 1/12/97 nog een overeenkomst gesloten met de 2 koepelorganisaties in de sector, het Verbond voor Medisch-Sociale Instellingen en de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg, om via de centra een aantal acties te ondernemen om de preventie van zelfdodingen te versterken. Uit de Vlaamse gezondheidsindicatoren was immers gebleken dat zelfdoding in de Vlaamse Gemeenschap een belangrijke doodsoorzaak was. Hiervoor werd 20 miljoen op jaarbasis voorzien. Met dit budget werden, naast een coördinator een aantal lokale medewerkers gefinancierd die de opdracht kregen om in de centra binnen hun werkgebied de detectie en de behandeling van suïcideproblemen te versterken.

Decretale basis voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg

In 1996 werd in opdracht van de Vlaamse regering een begrotingsenquête uitgevoerd door de Inspectie van Financiën. In een steekproef van 20 centra - op een totaal van 84 - werden de algemene werking, het beheer en de financiële situatie onderzocht. De belangrijkste conclusies uit deze doorlichting waren :

- er is een nauwkeurige afbakening van opdrachten en doelgroepen nodig
- een schaalvergroting op niveau van het beheer dringt zich op
- het subsidiëringssysteem verdient actualisatie

Na deze doorlichting werd meteen het overleg terzake gestart met de representatieve vertegenwoordigers van de werkgevers. In een latere fase sloten de representatieve vertegenwoordigers van de werknemers zich bij dit overleg aan.

Krachtlijnen van het decreet

1. De kernopdracht van de centra voor geestelijke gezondheidszorg is het verlenen van verantwoorde zorg aan patiënten met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen. Het doel van deze zorgverlening is het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren. Dit is een opdracht die aansluit bij wat centra voor geestelijke gezondheidszorg horen te zijn, namelijk gespecialiseerde voorzieningen die zich situeren op de tweede lijn binnen de gezondheidszorg.

De verwachting is dat daardoor een aantal hulpvragen die thans nog onterecht op een centrum komt, zal verminderen, zodat er meer tijd beschikbaar is voor de personen die terecht een beroep doen op de centra. De problematiek van de wachtlijsten kan zodoende worden gemilderd. Dit vereist evenwel een doorgedreven inspanning om de verwijzers precies te informeren over de opdracht en de precieze doelgroep van de centra, zodat zij met kennis van zaken een adequate verwijzing kunnen voorstellen.

Elk erkend centrum zal een multidisciplinair team aanduiden dat aan kinderen en ouderen geestelijke gezondheidszorg verleent.

2. Het is duidelijk dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg tot op heden zeer kleinschalig georganiseerd zijn en dus heel kwetsbaar zijn en niet steeds in de mogelijkheid verkeren om continue en spoedige zorg te verzekeren.

Om deze en volgende redenen dringt schaalvergroting zich op :

1. schaalvergroting laat toe dat elk centrum naast haar basisaanbod een noodzakelijk aantal specialisaties naar doelgroepen of problematieken toe, kan uitbouwen ;
2. het bestuur en dagelijks beheer kan professioneel en kwaliteitsvol gevoerd worden omdat de schaalvergroting toelaat daartoe een specifieke opdracht toe te wijzen aan een personeelslid ;
3. door de bundeling van de thans versnipperde krachten zullen de centra zich duidelijker en krachtiger positioneren t.o.v. de andere actoren binnen de samenwerkingsverbanden en netwerken die zich zullen ontwikkelen in de geestelijke gezondheidszorg ;
4. schaalvergroting laat toe te opteren voor een hedendaagser financieringsmodel dat aan de initiatiefnemers voldoende autonomie en verantwoordelijkheid toekent om de beschikbare middelen optimaal in te zetten.

De schaalvergroting op bestuurlijk niveau zal bij de inwerkingtreding van dit decreet resulteren in de erkenning van maximum 26 centra waarvan maximum 2 in Brussel-hoofdstad in plaats van de huidige 84. Het werkgebied van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg wordt gevormd door een sociologisch geheel van aaneensluitende steden en gemeenten binnen eenzelfde provincie dat minimum 400.000 inwoners telt en maximum hetzij de werkgebieden omvat van de LOGO's die tot één preventieplatform toetreden. Per werkgebied kunnen maximum 2 centra worden erkend.

Deze laatste optie laat functionele afspraken tussen beide centra in eenzelfde werkgebied toe over o.m. het zorgaanbod.

Schaalvergroting betekent evenwel niet dat er slechts 26 vestigingsplaatsen van centra zullen bestaan. Elk centrum zal bij voorkeur over meerdere vestigingsplaatsen beschikken om een vlotte bereikbaarheid voor het publiek te waarborgen.

3. In overeenstemming met de algemene beleidsopties van de Vlaamse Regering inzake responsabilisering van voorzieningen wordt de bestaande subsidiëring vervangen door een enveloppefinanciering. Die is bij aanvang gebaseerd op de som van de toegekende subsidies die aan de partners die deel uitmaken van één nieuw te erkennen nieuw centrum.

In een daaropvolgende fase zal de subsidie-enveloppe worden onderhandeld tussen de overheid en de centra rekening houdend met de prestaties waartoe de centra zich verbinden als met de resultaten die zij beogen. De verhouding van de personeels- en werkingskosten in de subsidie-enveloppe evenals de mate waarin de subsidie-enveloppe evolueert ingevolge indexering en weddedrift zullen in deze onderhandeling mee opgenomen worden.

De toegekende subsidie-enveloppe heeft betrekking op de onderhandelde overeenkomst die een geldigheidsperiode van drie jaar heeft. Een voordeel van het werken met een overeenkomst en een dergelijke financiering is dat elk centrum binnen voorafgekende en zekere grenzen een autonoom beleid kunnen voeren.

Daarnaast is er de vraag van de sector om, gespreid over een periode van 4 jaar

- de sector in staat te stellen een collectieve arbeidsovereenkomst af te sluiten die de lonen van de medewerkers op hetzelfde niveau brengt als in de psychiatrische ziekenhuizen;
- de subsidie-enveloppe globaal te verhogen met 5% om een correcte dekking van de werkingskosten te verzekeren;
- leidinggevende functies in te vullen.

Deze verhoging van budgettaire middelen zal uiteraard moeten beslist worden door een volgende regering, in samenspraak met het Vlaams parlement. Voor 1999 is er een verhoging van de budgettaire middelen met 65 miljoen frank.

3.3. Ouderenzorgbeleid: voorzien van voldoende verzorgingscapaciteit

Toewijzing van RVT-bedden

Op 9 juni 1997 werd een protocolakkoord afgesloten tussen de federale overheid en de overheden van de Gemeenschappen en Gewesten in verband met het te voeren ouderenzorgbeleid.

In uitvoering hiervan kunnen binnen de Vlaamse Gemeenschap 14.116 bijkomende RVT-bedden verdeeld en toegewezen worden, gespreid over een periode van vijf jaren.

Om deze bedden binnen Vlaanderen op een coherente manier te kunnen verdelen en de instellingen een toekomstperspectief te geven werd ervoor geopteerd de verdeling en toewijzing in zijn geheel vast te leggen, weliswaar gespreid over vijf jaren.

Deze verdeling en toewijzing van de bijkomende RVT-bedden aan de rusthuizen in de Vlaamse Gemeenschap is gebeurd op basis van objectieve en transparante criteria, waarbij rekening werd gehouden met het reeds bestaande aanbod, de reële zorgbehoefte en de demografische evolutie in de verschillende regio's. Teneinde een kwalitatieve werking mogelijk te maken werd beslist een instapdrempel van minimum 20 bedden per instelling te hanteren.

Door de toepassing van deze criteria werden er 13.714 RVT-bedden effectief toegewezen aan de rusthuizen. Er blijven derhalve nog 402 RVT-bedden in de pool over, die in het najaar van 1998 zullen toegewezen worden. Ook hierbij zullen objectieve criteria gehanteerd worden.

Op 5 mei '98 formuleerde de VAR (Vlaamse Advies Raad) een aantal aanbevelingen voor de RVT-verdelingsoperaties. De VAR is van oordeel dat de gehanteerde criteria inderdaad een objectieve en efficiënte toebedeling van de nieuwe RVT-bedden mogelijk maakte, en dat de methode voor heel Vlaanderen gelijk werd toegepast. Tevens formuleerde de VAR een aantal aanbevelingen die bij de nieuwe verdelingsoperaties van nut kunnen zijn.

Deze aanbevelingen vormen een uitstekende vertrekbasis voor de verdere besluitvorming rond toewijzingscriteria.

In de loop van '99 zal de voorlopige erkenning van de meeste nieuwe RVT-instellingen in een erkenning omgezet worden. Bij de erkenningsprocedure zal bijzondere aandacht geschonken worden aan de interne werking van deze nieuwe instellingen.

Het opteren voor transparante criteria en voor een gelijke verdeling van de nieuwe RVT-bedden over Vlaanderen, leidde immers tot een mathematisch correcte verdeling van de bedden, waarin evenwel slechts indirect – met name het beschikken over een erkenning als rustoord - rekening kon gehouden worden met de geschiktheid van de betrokken instellingen om zwaar zorgbehoevende ouderen te verzorgen.

De betrokken instellingen krijgen maximale kansen om een kwalitatieve RVT-werking, conform de normen, uit te bouwen.

In de loop van hun voorlopige erkenning - voor de duur van 1 jaar – hebben de instellingen de tijd om zich aan de normen aan te passen. Eventueel kan deze voorlopige erkenning op verzoek van de instelling met 1 jaar verlengd worden. Daarenboven moet ook de geleidelijke ingebruikname van de nieuwe RVT-bedden, die over vijf jaar is gespreid, de uitbouw van een RVT-werking vergemakkelijken.

In deze periode is er een belangrijke rol weggelegd voor de inspectie, die moet toezien op de naleving van deze normen. Aangezien door deze operatie het overgrote deel van de rustoorden tevens een RVT-erkenning zal krijgen, is een goede afsprakenregeling tussen de beide inspectiekorpsen van de administraties Gezin en Maatschappelijk Welzijn, enerzijds, en Gezondheidszorg, anderzijds, noodzakelijk. Daarnaast vormen zowel de inhoudelijke hervorming van de inspectiewerkzaamheden als het sterk toegenomen inspectievolume belangrijke uitdagingen voor de administratie.

3.4. Thuisgezondheidszorg

De thuisgezondheidszorg blijft aan belang toenemen binnen onze huidige en toekomstige gezondheidszorg namelijk:

- door de verdere vergrijzing zullen er meer hoogbejaarden zijn;
- het thuismilieu wint aan belang voor chronische zieken en gehandicapten;
- de daghospitalisatie kent een sterke groei;
- er wordt gestreefd naar een verdere verkorting van de ligduur.

De grondslagen voor de uitbouw van een goed werkende patiëntgerichte thuiszorg werden gelegd in het besluit van 21 december 1990 door de oprichting van regionale "samenwerkingsinitiatieven inzake thuiszorg", kortweg SIT's. Om de werking te optimaliseren en een betere financiële ondersteuning aan deze laatste te geven werd bovenvermeld besluit aangepast door het besluit van 7 april 1998.

Hierdoor krijgen de samenwerkingsinitiatieven een duidelijker statuut en dienen ze te beschikken over een coördinator, die voor de administratieve ondersteuning en de begeleiding van de zorgbemiddelaars instaat. Dit laat de samenwerkingsinitiatieven toe een kwaliteitsgericht beleid uit te werken.

De subsidiëring is afhankelijk van het aantal inwoners en het aantal zorgenplannen die opgesteld worden. Om de samenwerking in de thuisgezondheidszorg te stimuleren werden de scores inzake zorgenbehoefte verlaagd. Goed samenwerken rond patiënten geeft een meerwaarde, afgezien van het feit of het gaat om zware of een lichte zorgenbehoefte.

Oudere, maar ook volwassenen en kinderen, chronische, maar ook acute en psychiatrische patiënten, drugverslaafden die in hun ontwenning gevolgd worden, al deze patiënten kunnen een betere zorgverstrekking ondervinden als er rond hen goed samengewerkt wordt. Daarom werd ook het aantal zorgverleners die vereist zijn voor een zorgenplan beperkt. De huisarts blijft een noodzakelijke participant.

Daarmee wordt het belang van de huisarts in de eerstelijnszorg benadrukt.

De bestaande SIT's passen zich aan aan het nieuwe besluit. Een aantal kiezen voor het behouden van, of het opstarten van een koepelstructuur en zoeken hoe een kleinschalige werking optimaal kan renderen in een groter bestuurlijk geheel. De palliatieve netwerken kunnen hierin een voorbeeldfunctie vervullen.

Een zelfde oefening met vaak dezelfde partners wordt momenteel gedaan voor het oprichten van de LOGO's.

Dit kan de aanzet zijn om gezondheidsregio's uit te bouwen in Vlaanderen, waarbij de curatieve en preventieve gezondheidszorg op elkaar afgestemd zijn en samenwerken. Belangrijk is hierbij dat deze nieuwe structurering vanuit de basiswerkers groeit.

3.5. Palliatieve netwerken

Het maatschappelijk belang van palliatieve zorgverlening is inmiddels doorgedrongen in alle lagen van beleidsvoering en wordt gedragen door een brede stroming in onze samenleving. De palliatieve zorgverlening komt op voor een menswaardig levenseinde in omstandigheden die maximaal beantwoorden aan de verlangens van de patiënt en zijn dichtste omgeving. Met de uitbouw van de palliatieve netwerken werd getracht deze doelstelling te realiseren.

Sedert het besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 dat de erkenning en subsidiëring van de palliatieve netwerken regelt, werden in Vlaanderen 15 palliatieve netwerken erkend. Midden 1997 werden een aantal federale besluiten gepubliceerd omtrent de normering en de financiering van de samenwerkingsverbanden.

Van Vlaamse zijde werd geopteerd om de territoriale afbakening van de samenwerkingsverbanden te laten samenvallen met deze van de reeds erkende palliatieve netwerken. Deze optie resulteerde in de erkenning van 15 palliatieve samenwerkingsverbanden. Op basis van deze erkenning komen de erkende samenwerkingsverbanden ook in aanmerking voor federale subsidies.

De beide (Vlaamse en federale) subsidiëeringskanalen bleken in de praktijk echter weinig compatibel te zijn. Aangezien het Vlaamse besluit eerst van kracht werd, kon worden verwacht dat de federale besluiten complementair aan deze wetgeving zouden worden opgemaakt. Dit is echter niet het geval en een aantal samenwerkingsverbanden/netwerken ondervinden moeilijkheden omdat proportioneel een te groot deel van de toegekende subsidiëring naar de financiering van personeelskosten moet gaan. Om aan dit probleem tegemoet te komen zal een voorstel tot wijziging van het besluit van de Vlaamse regering ingediend worden. De voorgestelde wijziging moet de palliatieve netwerken toelaten de Vlaamse middelen optimaal te besteden.

Verder werd in de tweede helft van 1997 aan de palliatieve netwerken een extra subsidie van 1 miljoen BEF verleend in het kader van de oprichting en de werking van een "multidisciplinaire equipe tot ondersteuning". Deze beslissing werd genomen om de acute financiële nood te lenigen die ontstaan was door het uitblijven van een financiering van deze equipes via een RIZIV-conventie. De Vlaamse overheid zal van nabij blijven volgen hoe aan de beloofde RIZIV-financiering van deze equipes uitvoering wordt gegeven.

3.6. Een vernieuwde VIPA-procedure

Het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden staat in voor de subsidies in de sectoren van de verzorgingsinstellingen, de preventieve en sociale gezondheidszorg en de ouderenvoorzieningen.

In 1999 stelt de Vlaamse overheid via het VIPA 6 miljard frank ter beschikking voor investeringen in de nieuwbouw, verbouwing, uitbreiding of aankoop van voorzieningen in de drie vermelde sectoren.

Kind en Gezin en het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap verstrekken investeringssubsidies in hun sector : kinderdagopvang en voorzieningen voor personen met een handicap. Zij doen dit wel volledig conform het VIPA-decreet.

Aangezien de dossiers nog onvoldoende geëvalueerd werden op hun bedrijfseconomische haalbaarheid en niet of nauwelijks getoetst aan hun macro-socio-economische context werd het beslissingsproces - voor wat de ziekenhuizen en de ouderenvoorzieningen betreft - geoptimaliseerd en aangevuld met criteria die op regelmatige tijdstippen zullen worden geëvalueerd.

De initiatiefnemers kaderen dus hun initiatieven binnen een zorgstrategisch plan. Dit plan bevat minstens de huidige situatie, de toekomstvisie op basis van een grondige omgevingsanalyse, een afstemming op de andere zorgverstrekkers in de relevante invloedssfeer en een diepgaande zelfevaluatie.

Op basis van voorafgekende objectieve criteria zal de overheid op een transparante wijze , bijgestaan door externe advisering van deskundigen, een antwoord formuleren op volgende vragen :

1. Sluit de realisatie van dit zorgstrategisch plan aan bij de noden van de regio ?
2. Is de initiatiefnemer goed geplaatst om op performante wijze in de geïdentificeerde behoeften te voorzien ?
3. Is de realisatie van dit zorgstrategisch plan noodzakelijk voor de instelling ?

Een positieve beoordeling en goedkeuring door de minister zet het licht op groen voor het aanvragende ziekenhuis of rusthuis voor de uitwerking van de technisch-financiële plannen.

Stand van zaken (25/9/98)

	Ouderenvoorzieningen	Ziekenhuizen
aantal initiatieven in voorbereiding	210	46
aantal begeleidingen door het VIPA-managementteam	70	23
aantal ingediende dossiers	35	10
aantal geadviseerde dossiers	14	8
aantal besliste dossiers	9	6

Eerste reflecties en resultaten :

- ♦ strategische planning is voor sommigen een uitdaging, voor anderen een hoge drempel ;
- ♦ de planning was een eerste effectieve aanzet tot regionaal overleg en leidde in meerdere regio's tot afstemming en afspraken ;
- ♦ initiatiefnemers die de oefening maakten, ervaren deze als een duidelijke meerwaarde voor de eigen werking ;

- ♦ de informatie in de strategische plannen biedt een duidelijke meerwaarde voor de beleidsvoering.

3.7. De veralgemening van het zorgstrategisch plan voor verzorgingsvoorzieningen

Het besluit van de Vlaamse regering van 18 februari 1997 tot vaststelling van de procedure voor het verkrijgen van een planningsvergunning en een exploitatievergunning voor intramurale en transmurale voorzieningen in de Gezondheidszorg werd aangepast.

De aanpassing van het procedurebesluit heeft tot doel : het gebruik van het zorgstrategisch plan, als instrument om het aanbod beter af te stemmen op de behoeften, te veralgemenen voor alle aanvragen tot het bekomen van een planningsvergunning en meer in het bijzonder voor de vergunningen in de zin van artikel 26 van de gecoördineerde ziekenhuiswet.

Dit artikel bepaalt dat het verboden is een ziekenhuis of ziekenhuisdienst te bouwen, uit te breiden, te verbouwen, te vervangen of de bestemming ervan te wijzigen wanneer zulks niet past in het raam van het ziekenhuisprogramma. Dit verbod geldt eveneens voor werken die geen verhoging van ziekenhuisbedden in enige ziekenhuisdienst meebrengt. De beslissing waaruit blijkt dat een project past in het kader van het ziekenhuisprogramma wordt "de vergunning" genoemd.

Deze vergunningsplicht wordt van toepassing gemaakt op alle bouwwerken ongeacht of hiervoor een investeringssubsidie wordt aangevraagd.

Ook voor werken die geen enkele invloed hebben op het beddenbestand van het ziekenhuis is het verplicht om een vergunning aan te vragen. Bij deze investering rijst immers de vraag of het zorgaanbod waarvoor de infrastructuur wordt aangepast of vernieuwd nog langer noodzakelijk is en of hierdoor geen overcapaciteit in stand wordt gehouden.

Door de uitbreiding van het toepassingsgebied van dit procedurebesluit is deze lacune in de regelgeving ingevuld geworden.

Algemene ziekenhuizen behalve de geïsoleerde G-diensten, die een vergunning wensen, moeten nu een zorgstrategisch plan indienen als eerste stap in de vergunningsprocedure. In dit zorgstrategisch plan beschrijft het ziekenhuis haar huidige en toekomstige gewenste rol op het vlak van de gezondheidszorg binnen een welbepaalde regio, de afstemming van haar aanbod op de behoeften van de bevolking alsook op andere ziekenhuizen en zorgvormen. De goedkeuring van dit zorgstrategisch plan is een vereiste om verder te kunnen gaan in de vergunningsprocedure. Enerzijds zal dit de overheid toelaten om op een meer verantwoorde wijze aanvragen tot investeringen goed te keuren en enkel projecten die beantwoorden aan de behoeften inzake gezondheidszorg toe te laten. Anderzijds zal dit beleid op termijn moeten leiden tot een Vlaams ziekenhuislandschap waar het zorgaanbod beter is afgestemd op de huidige en toekomstige behoeften van de bevolking.

De Vlaamse Geestelijke Gezondheidszorg in de 21ste eeuw
Van institutionalisering naar maatschappelijke inbedding

INLEIDING

Een historische benadering van de psychiatrische praktijk leert ons dat die onder invloed van maatschappelijke, ideologische en sociaal-economische ontwikkelingen uiteenlopende vormen kan aannemen. Dat geldt zowel voor de psychiatrische patiënt zelf als voor de psychiatrische zorgverlening. Maatschappelijke uitstoting staat dan tegenover integratie, morele veroordeling tegenover medische controle, opsluiting tegenover een emancipatorische behandeling. Het zijn slechts enkele tendenzen van een voortdurend evoluerende praktijk, maar ook van een historisch georiënteerde kijk op de psychiatrische patiënt en zijn leefomgeving.

Ongetwijfeld hebben het optimistische vooruitgangsgeloof van de Verlichting en de nooit geziene expansie van kennis en wetenschap de voorbije eeuw geleid tot een psychiatrische zorgverlening - in een brede waaier van gespecialiseerde instellingen - die heden zorgzamer is dan ooit tevoren. Anderzijds liet die vooruitgang de voorbije decennia ook haar grenzen zien. Zo beseffen we beter dan voorheen dat ook de verregaande institutionalisering en medicalisering van de psychiatrische praktijk kwalijke gevolgen kunnen hebben voor mens en samenleving, die vragen om een correctie of zelfs een weldoordachte koerswijziging.

Omdat het heden slechts een brug vormt tussen verleden en toekomst mogen we dus niet op onze lauweren rusten, noch ons door kritiek laten overweldigen. Vanuit een evenwichtige visie die het pro en het contra kan onderscheiden, moeten we integendeel blijven streven naar de best mogelijke geestelijke gezondheid en de best mogelijke geestelijke gezondheidszorg. Dit streven is zowel gericht op personen die lijden door verworven psychische of psychiatrische stoornissen als door dergelijke stoornissen in wording. Het is de ethische plicht van allen die betrokken zijn bij de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg om dit streven telkens weer centraal te stellen, en de psychiatrische praktijk van ongewenste en veelal ook ongewilde neveneffecten te vrijwaren.

Deze begrippen zijn bij uitstek waardengebonden en bevragen iedere persoon die bij de psychiatrische praktijk betrokken is. Daarom verdienen deze ambities op een dynamische wijze en in permanente dialoog met alle betrokkenen te worden gedefinieerd. Dat geldt met name voor de overheid, de beheerders van instellingen, de zorgverleners, de patiënten en hun leefomgeving. De praktijk van de geestelijke gezondheidszorg steunt wezenlijk op intermenselijke relaties met een intiem en zelfs existentieel karakter. Deze praktijk zal derhalve steeds ingebed zijn in een onschendbare vertrouwensrelatie.

Voorliggende nota heeft niet de ambitie om voorgaande uitgangs- of referentiepunten te expliciteren, wat niet belet dat dit de “dragers” zijn die het concept oriënteren. Dit document heeft wél tot doel een werkbaar en realistisch concept uit te tekenen voor een Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. In dit concept moeten de residentiële, transmurale en ambulante zorg in de nabije toekomst organisatorisch en budgettair verbonden worden tot een dynamisch geheel dat in de hoogst mogelijke mate tegemoet komt aan de ethische en therapeutische bekommernissen van elke zorgverlening.

In die optiek spreekt het vanzelf dat een samenhangend en adequaat zorgaanbod slechts kan gerealiseerd worden vanuit een homogene bevoegdheid en verantwoordelijkheid voor dit aanbod en in het kader van een globaal Vlaams gezondheidsbeleid.

Leden van de adhoc denkgroep :

Ir. W. Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid

Mevrouw M. Craeymeersch, medewerker Similes

Dr. J. Boydens, medische directie Christelijke Mutualiteiten

Dr. J. Janssen, centrum voor geestelijke gezondheidszorg Wezembeek-Oppem

De heer H. Schröter, voorzitter raad van bestuur Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis Rekem

De heer R. De Rycke, directeur Broeders van Liefde Gent

De heer G. Van Oevelen, voorzitter vzw Emmaüs Duffel

Prof. Dr. P. Igodt, psychiatrische afdeling UZ Gasthuisberg

Prof. Dr. J. Denekens, Centrum voor Huisartsengeneeskunde U.I.A.

Dr. B. Van Daele, medische directie ziekenhuis Oost-Limburg Genk

Mevrouw H. Dierckx, Overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant

De heer J. Debrouwere, voorzitter directiecomité Verbond der Medisch-Sociale Instellingen

De heer P. Arteel, directeur Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg

Dr. H. Ruymbeke, Medisch Opvoedkundig Bureau Insofap Antwerpen

De heer J. Willems, Voorzitter Verbond der Verzorgingsinstellingen

De heer J. Van Holsbeke, medewerker Verbond der Verzorgingsinstellingen

Prof. Dr. C. Jannes, psychiatrische afdeling UZ Gent

De heer C. Vander Auwera, wnd. directeur-generaal Administratie Gezondheidszorg

Dr. M. Servaes, Administratie Gezondheidszorg

Mevrouw K. Verhaegen, kabinetsmedewerker minister Demeester

De heer M. Verstraete, kabinetsmedewerker minister Demeester

Mevrouw M. Engelen, kabinetsmedewerker minister Demeester

Mevrouw N. Vettenburg, kabinetsmedewerker minister Demeester

Deze denkgroep is samengesteld uit een groep van deskundigen, die ten individuen titel deelnamen aan de bijeenkomsten.

De Vlaamse Geestelijke Gezondheidszorg in de 21ste eeuw - Van institutionalisering naar maatschappelijke inbedding : INHOUDSTAFEL

INLEIDING	1-3
INHOUDSTAFEL	4
1. VASTSTELLINGEN	5-6
1.1. De psychiatrische ziekenhuizen (PZ)	7-8
1.2. Psychiatrische afdeling in het Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)	9
1.3. Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)	9-10
1.4. Beschut Wonen (BW)	10
1.5. De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)	10-11
1.6. De psychiatrische thuiszorg	11
1.7. De overlegplatforms	11-12
1.8. De zorgvraag	
1.8.1. De zorgvraag geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie	13-14
1.8.2. Kenmerken van het geestelijk ziek zijn	14-16
2. OPDRACHTSVERKLARING	17
3. STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN	18-19
4. WERKINGSBEGINSELEN	
4.1. De noden en behoeften van de patiënt staan voorop	20
4.2. Optimale zorg in functie van behoeften van patiënten	20-21
4.3. Desinstitutionalisering	21-22
4.4. Vermaatschappelijking van de zorg	22-24
4.5. Geïntegreerde zorg	24-25
4.6. Kwaliteit	25-26
4.7. Regionalisering omwille van bereikbaarheid	26
5. ZORGCIRCUITS EN NETWERKEN	27-28
6. ORGANISATIE EN FINANCIERING	
6.1. Op functioneel niveau	29-30
6.2. Op structureel niveau	30
7. KRITISCHE SUCCESFACTOREN	31-33

1. VASTSTELLINGEN

Na vele decennia van een toenemende institutionalisering, ook van de geestelijke gezondheidszorg, zijn we momenteel getuige van een golf van desinstitutionalisering. Ingezet in de jaren zestig, heeft die desinstitutionalisering in de loop van de laatste decennia zowel in Europa als in de Verenigde Staten - weliswaar op verschillende wijze en op een verschillend tempo- geleid tot een massale reductie van bedden in de psychiatrische ziekenhuizen. Zo werd in de Verenigde Staten tussen de jaren 1955 en 1995 het aantal bedden in de residentiële geestelijke gezondheidszorg tot één derde teruggebracht.

Wat België betreft hebben de reconversiebesluiten van 1990 geleid tot een grondige herschikking in de geestelijke gezondheidszorg. Deze reconversie bestond voornamelijk in een verdere afbouw van psychiatrische ziekenhuisbedden en de ontwikkeling van alternatieve psychiatrische zorgvormen zoals het Psychiatrisch Verzorgingstehuis en Beschut Wonen.

Er bestaat een ruime consensus over het feit dat de reductie van de psychiatrische ziekenhuisbedden gepaard dient te gaan met de gelijktijdige uitbouw van alternatieven. Indien dit niet systematisch gebeurt - zoals destijds in de Verenigde Staten - leidt dit tot marginalisering van talloze psychiatrische patiënten. Zowel het psychiatrisch ziekenhuis als de psychiatrische afdeling binnen het algemeen ziekenhuis, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, Beschut Wonen en het Psychiatrisch Verzorgingstehuis zijn aldus in de voorbije jaren sterk geëvolueerd. Elk van deze zorgvormen heeft zijn eigen dynamiek gekend en een eigen identiteit ontwikkeld.

Deze ontwikkelingen berustten eveneens op de kennisinhouden die de psychiatrie als medisch wetenschappelijke discipline in zeer sterk toegenomen mate aanreikte en blijft ontwikkelen. Anderzijds is in toenemende mate gebleken dat de geestelijke gezondheidszorg een uitgesproken interdisciplinaire benadering vergt, en uitsluitend kan steunen op de georganiseerde samenwerking tussen uiteenlopende beroepsgroepen als medici, farmacologen, psychologen, sociologen, verpleegkundigen, aalmoezeniers of lekenconsulenten en vele andere die hetzij vanuit gesubsidieerde voorzieningen, hetzij vanuit privé-praktijken een bijdrage leveren. Dat is uiteraard ook het geval voor de specifieke inbreng van diverse overheden en het privé-initiatief.

In het huidige voorzieningengerichte geestelijke gezondheidszorgsysteem worden aard, inhoud en differentiatie van het hulpaanbod nochtans bepaald door de afzonderlijke verstrekkingen van de zorgaanbieders. Er zijn organisatorische, culturele, regeltechnische en financiële barrières tussen de verschillende GGZ-aanbieders. Hierdoor is het moeilijk om de diverse elementen van het hulpaanbod van de afzonderlijke hulpaanbieders te combineren tot een voor patiënten en hun leefomgeving op maat gesneden, samenhangend en geïntegreerd hulpaanbod. Een

en ander heeft voor gevolg dat werkelijke vernieuwing wel eens uitblijft. Zo bijvoorbeeld bieden het Beschut Wonen en het Psychiatrisch Verzorgingstehuis slechts een partieel antwoord op de toename van het aantal thuislozen, alhoewel het wonen een centrale plaats innam in de discussies over diverse psychiatrische functies.

1.1. De psychiatrische ziekenhuizen (PZ)

Door het budgettaire gewicht en het “beddenoverwicht” van de residentiële sector wordt de term “psychiatrie” veelal exclusief geassocieerd met de ziekenhuiswereld.

Sedert de golf van desinstitutionalisering zijn de psychiatrische ziekenhuizen geëvolueerd naar gespecialiseerde ziekenhuizen waar een specialistische en intensieve behandeling door een multidisciplinair team wordt voorzien. Er wordt een verscheidenheid van therapeutische interventies aangeboden. De kortere verblijfsduur en het groter aantal opnamen vragen een snellere en meer actieve interventie, net als overleg en samenwerking met de familiale context, met huisartsen, met betrokken paramedici en met sociale voorzieningen.

Sporadisch organiseren psychiatrische ziekenhuizen functionele samenwerkingsverbanden met andere zorgaanbieders. Dat gebeurt niet alleen op de eigen campus maar toch met een voorkeur voor werkvormen onder hetzelfde of aanverwant beheer, zoals het Beschut Wonen en het Psychiatrisch Verzorgingstehuis. In dergelijk samenwerkingsverband vervult het psychiatrisch ziekenhuis diverse functies zoals onder meer crisisopvang en gespecialiseerde diagnostische observatie, psychotherapeutische behandeling en behandeling van patiënten in het kader van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

Niet alleen voor volwassenen bestaan er op dit ogenblik voorzieningen in deze sector, maar ook voor kinderen en jongeren met ernstige en complexe psychiatrische problematiek worden er psychiatrische opnamemogelijkheden aangeboden. In relatie tot de vraag blijkt het aanbod evenwel te beperkt.

De psychiatrische sector is gegroeid vanuit de dynamiek van de caritas en het privé-initiatief. In deze historische fase was er geen sprake van een financiering met gemeenschapsmiddelen door de overheid. Mettertijd werd er in toenemende mate beroep gedaan op de overheid en heeft deze overheid de geestelijke gezondheidszorg als een aangelegenheid van algemeen belang bejegend. Deze ontwikkeling ging noodzakelijk gepaard met een evolutie van het management.

Op dit moment heeft de residentiële sector te kampen met een structurele achterstand op het vlak van de financiering. Zo wordt vandaag gewerkt op basis van de goedgekeurde verpleegdagprijs van 1991. Bovenop deze nefaste achterstand is er in de huidige financieringsregeling geen link met de activiteiten op de campus.

Recente onderzoeksprojecten

Een aantal onderzoeksprojecten met betrekking tot specifieke doelgroepen of specifieke behandelingsprogramma's werden uitgevoerd. Het opzet van het SGA¹-project is te onderzoeken in welke mate en op welke wijze gedragsverandering mogelijk is bij sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten.

Op basis van experimenten waarbij de werking en de kwaliteit van de behandeling en de zorgen worden geëvalueerd zullen zowel normen als criteria ontwikkeld kunnen worden.

De aanzet tot een tweede onderzoeksproject, met name over crisispsychiatrie was de vaststelling dat de spoedgevallendiensten van grote ziekenhuizen in grootsteden geconfronteerd worden met een toename en een concentratie van dringende psychiatrische hulpvragen. De doelstelling van dit project was na te gaan hoe dringende psychosociale noden kunnen opgevangen worden en gelenigd kunnen worden. Een daarmee samenhangend aandachtspunt was de optimalisering van de doorverwijzing met het oog op deze noodzakelijke psychiatrische crisisopvang. Uit het pilootproject bleek van bij aanvang dat er een grote nood bestaat aan dit soort opvang. De betere toegankelijkheid, de beperkte aanmeldingsprocedure en de anonimiteit zorgen ervoor dat vooral sociaal zwakkere groepen deze diensten gebruiken. Vanuit de resultaten van het project kunnen aanwijzingen gegeven worden voor de verdere organisatie en structurele implementatie van diensten die aan dit profiel beantwoorden.

¹ sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten

1.2. Psychiatrische afdeling in het Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)

De psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen zijn kleinschalige multifunctionele eenheden. Door de lokalisatie van deze eenheden binnen het algemeen ziekenhuis is er een lage drempel. De meest oorspronkelijke opdracht van de PAAZ is de korte opname. Praktisch gaat het vooral om urgentie-psychiatrische pathologieën die zich via de spoedgevallendienst aanbieden. Een ander aspect betreft de liaison-psychiatrie als antwoord op de toenemende aanwezigheid van psychiatrisch-somatische pathologieën in het algemeen ziekenhuis. De ruime aanwezigheid van een technologisch instrumentarium in de algemene ziekenhuizen kan aan de behandeling in de PAAZ een extra dimensie of functie bieden.

Behalve in academische settings, is een evenwichtige uitbouw van deze twee opdrachten in geïntegreerde, multidisciplinaire teams evenwel nergens gerealiseerd, zodat de PAAZ gekenmerkt wordt door grote onderlinge verschillen. Het is duidelijk dat de PAAZ relatief geïsoleerd staat ten opzichte van de rest van de geestelijke gezondheidszorg. De psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis wordt beheerd door het bestuur van het algemeen ziekenhuis waar het trouwens deel van uitmaakt. De PAAZ geniet mee van de financieringsmechanismen die gelden voor de overige zorgverstrekking binnen het algemeen ziekenhuis maar betaalt voor deze faciliteit een hoge therapeutische prijs. Enerzijds moet het individueel psychiatrisch patiëntenbeleid immers gebeuren binnen een bedrijfscultuur waar technologie, tempo en actie bepalend zijn. Anderzijds bemoeilijkt deze positie van de PAAZ een systematische samenwerking met de overige zorgaanbieders van de geestelijke gezondheidszorg.

1.3. Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT)

Het PVT heeft als opdracht de begeleiding van patiënten met een chronische, gestabiliseerde stoornis die geen ziekenhuisbehandeling meer vergen maar die wel nood hebben aan een voortdurende begeleiding. Sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten kunnen niet terecht in het PVT. Anderzijds verblijven heel wat personen met een mentale handicap zonder psychiatrische problematiek in het PVT dat hen niet de geëigende opvang kan bieden.

Binnen het oorspronkelijk PVT-concept stond een gezellig leefklimaat en de verbetering van de levenskwaliteit voorop. Zulk PVT bevindt zich buiten de campus van het psychiatrisch ziekenhuis en sluit aan bij de lokale leefgemeenschap. Weinig PVT's voldoen evenwel aan deze vereisten. Veel PVT's situeren zich integendeel in de gebouwen van het ziekenhuis.

Talrijke PVT's doen een beroep op logistieke en andere functies van het psychiatrisch ziekenhuis. Voor zover de eigen identiteit van het PVT hierdoor niet gehypothekeerd wordt kan hiervoor begrip opgebracht worden. Een ander knelpunt is de financiële toegankelijkheid van het PVT voor de patiënt. In het PVT belooft de patiëntenbijdrage een veelvoud van de bijdrage voor het ziekenhuisverblijf. Toch

mag deze financiële drempel geen hinder zijn voor de verwijzing van patiënten van ziekenhuizen naar PVT.

1.4. Beschut wonen (BW)

Het Beschut Wonen is gericht op resocialisatie en herintegratie. BW situeert zich tussen het instellingsleven en het leven in de maatschappij. In die zin is BW complementair ten aanzien van zowel intra- als extramurale zorg. De initiatieven BW richten zich tot gehospitaliseerde patiënten die niet langer een ziekenhuisbehandeling nodig hebben maar die nog wel nood hebben aan verdere begeleiding; tot patiënten die niet langer voltijds in het ziekenhuis moeten verblijven maar nog in dagbehandeling zijn; en tot patiënten voor wie een louter ambulante behandeling niet volstaat om zich in de samenleving te handhaven.

De inplanting van kleine eenheden voor BW op verschillende locaties betekende een eerste aanzet tot een geografische spreiding van een deel van de voorzieningen geestelijke gezondheidszorg. Het bevorderde de vooropgestelde vermaatschappelijking en destigmatisatie van de psychiatrische patiënt.

De wettelijke voorziene administratieve samenwerkingsverbanden van voorzieningen voor Beschut Wonen met psychiatrische ziekenhuizen, CGG en PAAZ, leidden tot het inzicht dat goed en veilig wonen voor een sociaal-psychiatrische populatie nauwelijks haalbaar is zonder complementaire behandelingen en zorgen.

Er is evenwel in verscheidene regio's een tekort aan dagactiviteitencentra en aangepaste tewerkstellingsmogelijkheden. Daar blijft men exclusief gebruik maken van de dagklinische behandelingsmogelijkheden van psychiatrische ziekenhuizen, wat een rem betekent voor de vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg.

1.5. De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn verzorgingsvoorzieningen die op multidisciplinaire wijze ambulante geestelijke gezondheidszorg verlenen aan personen wiens geestelijke gezondheid verstoord is en dit in een extramuraal kader. Het gaat over personen met ernstige geestelijke gezondheidsproblemen of met geestelijke gezondheidsproblemen die een ernstig risico tot chroniciteit in zich dragen.

De CGG's vormen de enige subsector die thans volledig ressorteert onder de bevoegdheid van de Vlaamse overheid. Veel centra kampen met lange wachtlijsten en wachttijden. Dit hypothekeert de kwaliteit van de hulpverlening.

Via convenanten werden in de loop van 1997 nieuwe opdrachten toegevoegd zoals hulpverlening bij kindermishandeling en drugproblemen. Tevens werd, middels dit convenantensysteem, een eerste aanzet gegeven tot samenwerkingsverbanden.

Er zijn echter nog steeds kleine centra met een eigen specifieke maar beperkte werking. Deze kleinschaligheid heeft nadelen voor de werking van de CGG, zowel intern als extern. Intern laat kleinschaligheid niet toe om onder de medewerkers een specialisatie uit te bouwen. Extern laat de kleinschaligheid niet toe om goed vertegenwoordigd te zijn in de overlegorganen waarin zij zich nochtans dienen te profileren.

1.6. De psychiatrische thuiszorg

Alhoewel de psychiatrische thuiszorg de laatste jaren heel wat aan belangstelling heeft gewonnen, is zij niet systematisch uitgebouwd en komt zij tot stand door kleinschalige initiatieven. Die initiatieven zijn strikt patiëntgebonden en instellingenoverschrijdend.

Psychiatrische thuiszorg verleent een duurzame, aangepaste en gecoördineerde zorg aan ondermeer gestabiliseerde, chronische psychiatrische patiënten, teneinde hen te helpen om in hun eigen thuismilieu een zo zelfstandig mogelijk leven te leiden.

Via een zorgenplan worden taakafspraken gemaakt met alle betrokken professionele en niet-professionele zorgverleners: huisartsen, verpleegkundigen, specialisten, CGG, mantelzorgers, vrijwilligers.

De psychiatrische thuiszorg beklemtoont de zorg op maat en de plaatselijke en interdisciplinaire samenwerking.

1.7. De overlegplatforms

Door de Vlaamse Gemeenschap worden provinciale overlegplatforms erkend, waaraan de algemene psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis, de initiatieven Beschut Wonen, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg deelnemen.

De overlegplatforms hebben als doelstelling onderzoek te verrichten naar behoeften aan psychiatrische voorzieningen en diensten, afspraken te maken m.b.t. het aanbod van diensten en activiteiten, de opvang van de diverse doelgroepen en specifieke functies van de hulpverlening zoals crisisinterventie en dagactiviteiten voor psychiatrische patiënten.

Tussen de verschillende overlegplatforms bestaat een formeel overleg, waar de regionale accenten en ervaringen kunnen uitgewisseld worden en overleg wordt gepleegd rond gemeenschappelijke aandachtspunten.

De betrokkenheid in deze overlegplatforms van partners zoals b.v. huisartsen, mutualiteiten, de federatie van Vlaamse Simileskringen en revalidatiecentra, kan sterk variëren afhankelijk van de regionale situatie. De overlegplatforms hebben de

voorbij jaren de kennismaking tussen de verschillende geledingen gestimuleerd. Dat deden ze minstens door hun frequente overlegmomenten, maar ook door het gezamenlijk opzetten van projecten (dagactiviteiten, drugbeleid), door het uitwisselen van personeel en het organiseren van gezamenlijke opleidingen of door het opstellen van functiebeschrijvingen voor de verschillende disciplines. Initiatieven werden genomen tot betere regionale organisatie van crisisopvang, gedwongen opname, dagactiviteiten, geronto-psychiatrie, e.d. Behoeftenpeilingen werden opgezet o.m. met betrekking tot kinderpsychiatrie, beschut wonen, dagactiviteiten enz.

Overleg lijkt wel te zijn ingeburgerd maar heeft niet geleid tot de uitbouw van een geïntegreerd zorgaanbod. De vijf subsectoren zijn elk binnen hun overlegplatform nog op zoek naar hun eigen specificiteit veeleer dan naar een gemeenschappelijk en geïntegreerd concept van psychiatrische zorgverlening.

1.8. De zorgvraag

Een controversiële vaststelling is dat in zowat alle Westerse landen zich een stijging van de zorgbehoefte lijkt voor te doen terwijl er nochtans een voortdurend groeiend zorgaanbod is binnen de welzijns- en gezondheidssector. De toenemende vraag kent meerdere oorzaken :

- psychiatrische en psychosociale problemen worden in een vroeger stadium onderkend, zodat ook eerder en frequenter wordt ingegrepen ;
- de geestelijke gezondheidszorg is gedemocratiseerd en daardoor meer toegankelijk voor alle bevolkingsgroepen ;
- de toename aan menswetenschappelijke kennis heeft de mogelijkheden tot succesvolle behandeling vergroot ;
- het proces van individualisering binnen onze maatschappij ondermijnt de sociale ondersteuning. Ook dat leidt tot een sneller beroep op professionele zorg ;
- de geprofessionaliseerde zorg creëert mede haar eigen markt.

Uit verschillende epidemiologische onderzoeken is bovendien gebleken dat ongeveer 1/6 of 15% van de kinderen en jongeren in de algemene populatie ernstige psychiatrische en/of psychologische problemen hebben.

De vraag heeft tevens een andere inhoud gekregen door het geëvolueerd beeld over psychisch-ziek zijn. Enerzijds is dit beeld veelal nog gebaseerd op een medisch en individuericht model met als positivistisch uitgangspunt dat iedere ziekte te behandelen is, maar waarbij nauwelijks rekening wordt gehouden met sociale determinanten. Anderzijds is de opvatting over ziekte verruimd. Meer psychische fenomenen worden als onaangepast aanzien. Ook afwijkend gedrag wordt in de dominante cultuur nauwelijks getolereerd en derhalve gemedicaliseerd of gepsychiatiseerd.

Daarenboven wordt in toenemende mate beroep gedaan op psychiatrische zorg, zowel vanuit de welzijnssector als vanuit de justitiële sector. Er is bovendien vraag naar geestelijke gezondheidszorg bij de bestrijding van de drugverslaving, bij de kansarmoedebestrijding, bij de behandeling van seksuele delinquenten, bij de professionele slachtofferhulp door de forensische equipes, enz..

Om al deze redenen dringt zich een maatschappelijk debat op over de contouren waarbinnen de geestelijke gezondheidszorg zich moet bewegen.

1.8.1. De zorgvraag geformuleerd door de Wereldgezondheidsorganisatie

Het is interessant te verwijzen naar een boeiend rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie: "Mental illness in general health care" (Ustün en Sartorius, 1995).

De hoofdconclusies van dit rapport zijn de volgende :

- niet minder dan 24 % van de patiënten die algemene geneeskundige diensten bezoeken, lijden aan uitgesproken psychiatrische stoornissen. Nog eens 10 % vertoont subklinische problemen die een ongunstige weerslag hebben op de kwaliteit van leven en de werkbekwaamheid ;
- Slechts een kleine minderheid van patiënten (5,3 %) brengt rechtstreeks in de eerste lijn psychologische problemen naar voor ;
- Er is dan ook een schromelijke onderdetectie van achterliggende psychiatrische stoornissen in de eerste lijn. Dit blijkt namelijk uit het verschil tussen de resultaten van het klinisch onderzoek en van de psychologisch-psychiatrische meetinstrumenten. Huisartsen stellen slechts in een kwart van de gevallen die zich met een depressie aanmelden en op de vragenlijsten positief scoren, een correcte diagnose. Meer dan driekwart van de gevallen van depressie worden miskend (2% vs 8,7 %) ;
- Psychische stoornissen veroorzaken veel grotere negatieve gezondheidspercepties dan somatische stoornissen zoals artritis, diabetes, hypertensie. Negatieve gezondheidsperceptie zou volgens ander onderzoek sterk correleren met kwaliteit van leven en zelfs met mortaliteit ;
- De voorgestelde therapie op de eerste lijn is op de meeste plaatsen inadequaat. Er worden teveel sedativa en kalmeermiddelen toegediend voor depressies. 51,3 % van de patiënten krijgt alleszins een of ander medicament.

Op basis van deze conclusies worden door de Wereldgezondheidsorganisatie een aantal dringende aanbevelingen naar voor geschoven. Vermits psychische stoornissen op wereldschaal een belangrijk gezondheidsprobleem vormen in de eerste lijn moeten :

- de werkers op de eerste lijn meer bewust zijn van het probleem en geoefend worden in detectie en aanpak ;
- training in diagnostiek en management van psychische stoornissen worden best ingebouwd in de basisopleiding van alle artsen.

1.8.2 Kenmerken van het geestelijk ziek zijn

Definitie geformuleerd door de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV)

1. Met geestelijk ziek zijn wordt bedoeld de psychische stoornissen zoals omschreven in de DSM en in de ICD-10 (mental disorder).
2. Kenmerkend voor het geestelijk ziek zijn is het gegeven dat dit ziek zijn naast biomedische ook uitgesproken psychosociale componenten bevat. Meer nog, in een aantal gevallen is de geesteszieke evenals zijn omgeving, partner, gezin, sociaal netwerk, woon- en leefsituatie mede betrokken partij. Maatschappelijk wordt het psychisch ziek zijn nog steeds beladen met een negatief stigma.
3. De behandeling, verpleging en rehabilitatie moeten zoveel als mogelijk en wenselijk gebeuren in de natuurlijke context en moet deze "ecologie" van patiënt viseren als steunpunt.
4. De psychische stoornissen kunnen eenmalig of chronisch of recidiverend zijn. Ze kunnen een korte, middellange of een langdurige meer of minder intensieve aanpak vereisen. Psychische stoornissen zijn meestal multicausaal bepaald en moeten door hun complexiteit veelal multidisciplinair worden aangepakt.
5. De zorg voor de psychiatrische zieke is meestal niet te isoleren of te begrenzen binnen één of enkele voorzieningen en/of benaderingswijzen.
6. Zorg voor continuïteit in behandeling/verpleging/verzorging en rehabilitatie veronderstelt een continuïteit in behandelvisie en behandelaanpak. De continuïteit in de therapeutische relatie moet het uitgangspunt zijn voor alle zorgverleners maar moet zeker ook ten aanzien van de psychiater gewaarborgd worden.
7. De patiënt spreekt niet steeds de personen en voorzieningen aan op het gepaste moment of op hun gepaste opdracht. De voor de patiënt meest haalbare of aanspreekbare hulpverleners zijn niet steeds de juiste voor een efficiënte behandeling (spoedgevallen, politie, somatische gezondheidszorg). In die zin moet een onderscheid gemaakt worden tussen aanspreekpunten van zorg en kristallisatieplaatsen voor behandeling en therapie.
8. Patiënten hebben in de tijd wisselende behandelbehoeften. Ze moeten zonder "kleerscheuren" binnen het geheel van de geestelijke gezondheidszorg een beroep kunnen doen op de zorg die op dat ogenblik een antwoord geeft op hun behandelbehoeften en -mogelijkheden. In geval van doorverwijzing van hulpverlening, therapieaanpak of voorziening moet de nodige trajectbegeleiding voorzien worden voor de patiënt en zijn familie.
9. Mede vanuit een preventief oogpunt moet in de geestelijke gezondheidszorg de nodige aandacht gegeven worden aan de problematiek van psychische stoornissen die aan de orde zijn in raakgebieden tussen de geestelijke gezondheidszorg en welzijns- en sociale zorg, tussen geestelijke gezondheidszorg en justitie, tussen geestelijke gezondheidszorg en opvoeding en onderwijs, tussen geestelijke gezondheidszorg en arbeid en tewerkstelling.
Bij het managen van de geestelijke gezondheidszorg in deze raakgebieden zal gericht moeten gezocht worden naar steunpunten voor preventie, behandeling en rehabilitatie. Hiertoe zal werk moeten gemaakt worden van samenwerking met voorzieningen uit de(ze) belendende percelen (PMS, MPI, bijzondere jeugdzorg, gevangeniswezen, politie, beschutte werkplaats, VDAB, maatschappelijk werk, centra voor levens- en gezinsvragen ...).
10. Tegelijk zal er bij het uittekenen van het vernieuwd concept geestelijke gezondheidszorg over moeten worden gewaakt dat de zorg voor ernstige, ingrijpende, moeilijke, acute en/of langdurige chronische psychische stoornissen, een prioriteit is bij het inzetten van de huidige beschikbare geestelijke gezondheidszorgmiddelen. Dit betekent niet dat mede vanuit preventief oogpunt de lichtere vormen van psychisch ziek zijn niet de nodige aandacht moeten

krijgen. Wel moet de overheid door programmering van het zorgaanbod en door het vaststellen van indicatiecriteria voor de diverse zorgonderdelen vermijden dat een te verregaande verbreding van de geestelijke gezondheidszorg optreedt.

Definitie uit het rapport "Meer, samen en beter" van de werkgroep Geestelijke Gezondheidszorg voor Jongeren en kinderen, maart 1995 van het Overlegplatform Antwerpen

Geestelijke gezondheid is :

het vermogen te ontwikkelen om in iedere ontwikkelingsfase zich te kunnen aanpassen, zonder verlies van persoonlijke eigenheid aan de bij die leeftijd behorende verwachtingen. Dit alles binnen een veilige, zorgende, stimulerende en structuurbiedende context (gezin, school, derde milieu) om uit te groeien tot een jongere en volwassene die in de verschillende fasen van de levenscyclus zich kan handhaven en ontplooien.

Deze ontwikkelingen hebben hun weerslag op de inhoud en de organisatie van de zorg in de vele voorzieningen, maar ook op de taakaflijning en samenwerking in ruimere verbanden.

Het beleid moet daarom een (nieuwe) toekomstvisie ontwikkelen. Ervaringen uit het buitenland, universele ontwikkelingen in de gezondheidszorg en een kritische houding tegenover het gerealiseerde dienen daarbij in acht te worden genomen.

2. OPDRACHTSVERKLARING

De geestelijke gezondheidszorg heeft als opdracht behandeling aan te bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren.

Verder verleent de geestelijke gezondheidszorg haar medewerking aan preventieve acties die kaderen in het verlengde van deze opdracht en die gericht zijn op specifieke risicogroepen in de bevolking. Het is duidelijk dat de geestelijke gezondheidszorg terzake samenwerkingsakkoorden sluit met de aangewezen actoren inzake preventie.

Zowel de diagnose- of indicatiestellingen als de nazorg maken integraal deel uit van het zorgcircuit van de geestelijke gezondheidszorg. Centraal daarbij staan zorgprogramma's waarbinnen zowel residentiële, transmurale als ambulante "periodes" - of een combinatie ervan - zijn aangewezen. Deze aanpak en benaderingswijze zijn voorbehouden voor personen die bij voorkeur door geautoriseerde verwijzers ingeleid worden.

De finaliteit van deze aanpak en benaderingswijze is het herstel van het psychisch evenwicht (draagkracht versus draaglast) of het draaglijk maken van geestelijke gezondheidsproblemen voor de kwetsbare persoon en zijn leefomgeving. Dat psychisch evenwicht is van cruciaal belang, zowel voor het maatschappelijk geïntegreerd functioneren van de betrokkene als voor de verhoging van zijn levenskwaliteit en die van zijn leefomgeving. De relationele context van de patiënt is daarom partner in het proces.

Terzelfder tijd raakt de geestelijke gezondheidszorg de hele samenleving, omdat het ook sociale en maatschappelijke fenomenen zijn - op het werk, in het verkeer, op school, in het buurtleven - die de geestelijke gezondheid versterken of verzwakken. Op basis van haar gesystematiseerde praktijkgegevens en -registratie neemt de geestelijke gezondheidszorg derhalve ook haar signaalfunctie waar, door mechanismen en processen te identificeren, die op maatschappelijk - structureel niveau de geestelijke gezondheid mede beïnvloeden.

De meest cruciale factor voor de geestelijke gezondheidszorg blijft evenwel behandeling en verzorging verstrekken en zich ontwikkelen vanuit een transparante, snelle en optimale indicatiestelling en juiste verwijzing, waarbij het continuüm van zorg gegarandeerd wordt. Gekoppeld aan het recht op informatie en het respect voor de integrale menselijke persoon moet dit continuüm het de betrokkene en zijn zorgverstrekkers mogelijk maken te opteren voor de meest adequate behandeling en verzorging.

3. STRATEGISCHE DOELSTELLINGEN

1. De geestelijke gezondheidszorg staat open en is toegankelijk voor allen die er nood aan hebben.

Alle burgers, jong of oud, gehandicapt of valide, slachtoffer of dader, die bij voorkeur door geautoriseerde verwijzers worden verwezen, hebben gelijke toegang tot gelijke behandeling voor gelijke behoefte. Het gaat immers om een sector die met publieke middelen wordt gefinancierd. Indien wordt vastgesteld dat sommige sociale groepen ondervertegenwoordigd zijn, zoals bijvoorbeeld kansarme thuislozen of financieel kwetsbare personen, zal een bijzondere inspanning moeten worden geleverd om hen gelijke toegang tot de geestelijke gezondheidszorg te bieden. Noch ideologische, filosofische of godsdienstige overtuigingen noch culturele of sociaal-psychologische factoren mogen een drempel vormen die de toegang tot de - geografisch zorgvuldig gespreide zorg - beletten. In ieder geval moet erop worden gewaakt dat een eventuele precaire financiële inkomenspositie de toegang tot de zorg niet verhindert en dat het inkomen van iedere patiënt wordt beschermd gedurende zijn behandeling en dit in verhouding tot zijn draagkracht.

2. De geestelijke gezondheidszorg efficiënt organiseren op macro-economisch vlak.

De uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg moeten in die mate worden beheerst dat zij in een maatschappelijk verantwoorde relatie staan tot het bruto nationaal product en tot het geheel van de beschikbare middelen. Belangrijker nog is dat de beschikbare middelen optimaal worden gebruikt, of dat een optimale geestelijke gezondheidszorg wordt gegarandeerd aan "de laagst mogelijke prijs". Voorkomen moet worden dat de uitgaven voor de geestelijke gezondheidszorg ongeremd toenemen, omdat een exponentiële uitgavengroei in zich de kiemen draagt van drastische ingrepen die op hun beurt kunnen leiden naar een gezondheidszorg op twee sporen, als uitdrukking van een ondemocratische en duale samenleving. Kosten-batenanalyses vormen een nuttig instrument om het evenwicht te vinden - en te behouden - tussen "de geestelijke gezondheidszorg voor allen" en de macro-economische bestaanbaarheid ervan.

De overheid streeft naar een evenwicht tussen de belangen van alle burgers als potentiële patiënten en de belangen van diezelfde burgers in hun andere functies en rollen. De efficiënte aanwending van de begrensde publieke middelen is hierbij het leidmotief.

3. De geestelijke gezondheidszorg efficiënt organiseren op microniveau.

Ook de effectiviteit van de zorgcircuits en zorgprogramma's, evenals de patiëntensatisfactie, moeten zo maximaal mogelijk zijn, rekening houdend met de ter beschikking gestelde middelen. Dit impliceert dat de inspanningen worden

afgestemd op de behoeften binnen een programmatorisch kader zodat een passend zorgaanbod kan worden gerealiseerd.

4. De geestelijke gezondheidszorg in staat stellen om gedwongen behandeling te organiseren binnen een juridisch kader dat het respect voor rechten en plichten van de patiënt en zijn leefomgeving en van de maatschappij garandeert.

Binnen de vigerende regelgeving is vooral sprake van gedwongen opnamen in de residentiële geestelijke gezondheidszorg. Het initiatief voor de gedwongen opname van een patiënt ligt vaak bij zijn leefomgeving. Die leefomgeving verzeilt al te vaak in een onhoudbare positie. Indien de leefomgeving zelf ijvert voor de gedwongen opname, dan moet ze wachten tot de problematiek dermate escaleert tot een tussenkomst van buitenuit zich opdringt. In de logica van de vermaatschappelijking van de zorg past het om naast de gedwongen opname te voorzien in de mogelijkheid van de gedwongen behandeling. Vanzelfsprekend moet deze behandeling aangeboden worden in een juridisch sluitend en ethisch verantwoord kader.

Binnen zulk juridisch systeem, dat alle toepasselijke rechtswaarborgen bevat, zou het initiatief voor de gedwongen behandeling mede bij sommige geautoriseerde verwijzers kunnen liggen. Aldus blijft de leefomgeving buiten de bovengeschetste onhoudbare positie en kan ze integendeel een belangrijke plaats innemen in het therapeutisch proces.

5. De geestelijke gezondheidszorg zo concipiëren dat de zorgverstrekkers hun volle verantwoordelijkheid kunnen opnemen binnen de zorgprogramma's.

Om voorgaande strategische doelstelling te kunnen realiseren, moet elke zorgverstrekker zelfstandig kunnen oordelen over de wijze waarop het behandelingsplan wordt gerealiseerd. Deze optie heeft expliciet betrekking op de therapeutische en organisatorische planning en ontwikkeling. Kwaliteitsbeleid stuurt en toetst het gehele proces. Vanzelfsprekend moeten autonomie en verantwoordelijkheid gesitueerd worden binnen de multidisciplinaire benadering van de patiënten.

4. WERKINGSBEGINSELEN

4.1. De noden en behoeften van de patiënt staan voorop.

Noch het aanbod, noch de vraag van de patiënt en zijn leefomgeving, maar de noden en behoeften van de patiënt moeten het uitgangspunt van de zorg worden. In veel gevallen formuleert de patiënt geen vraag of beweert hij niet “ziek” te zijn, hoewel er wel degelijk iets aan de hand is.

Er moeten een aantal voorwaarden worden vervuld: zo moeten onder meer de rechten worden gegarandeerd. Dit wil zeggen dat de patiënt recht heeft op informatie, die op een respectvolle manier en op het juiste moment wordt verstrekt met eerbied voor de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en zijn leefomgeving. Patiënten moeten terecht kunnen met klachten omtrent hun behandeling, bejegening of zorgorganisatie. Zij hebben hierbij steeds recht op antwoord. Sommige rechten kunnen overigens afdwingbaar worden gemaakt.

Principieel hebben patiënten inzagerecht in hun dossier, rekening houdend met de deontologische regels van de betrokken zorgverstrekker. Indien zij zelf niet in staat zijn om voor hun rechten op te komen vanwege hun gezondheidstoestand, kan een vertrouwenspersoon worden aangesteld die het opneemt voor de patiënt.

Patiënten hebben recht op inspraak en instemming met hun behandeling.

4.2. Optimale zorg in functie van behoeften van patiënten

In het verleden hebben al te vaak de voorzieningen en diensten centraal gestaan in het gezondheidsbeleid. Het beleid was sterk aanbod-georiënteerd. In de gezondheidszorg stellen we de noden en behoeften van de patiënt voortaan centraal. Vertrekkend vanuit de ziekte-toestand worden de meest aangewezen zorgvormen en hun onderlinge samenhang bepaald.

Het kiezen voor een zorgvorm wordt ingegeven door de belasting die de zorg voor de patiënt impliceert, door de maatschappelijke prijs (of prijs voor de patiënt) van de zorgvorm, of door de effectiviteit. In de huidige praktijk is de “optimale zorg” echter nog te veel ingevuld vanuit het standpunt van de voorzieningen, vanuit het aanbod. Typerend is dat ook de zogenaamde “behoeftenmetingen” in de praktijk heel dikwijls gebaseerd zijn op gebruikscijfers of op productiegegevens. Ze zeggen daarom meer over het aanbod dan over de werkelijke behoeften.

Dit uitgangspunt impliceert dat het huidige voorzieningenbeleid wordt omgebogen naar een beleid dat in essentie uitgaat van de noden van de patiënten en waarbij noden onafhankelijk in plaats van gerelateerd tot het aanbod worden bepaald. Uit dit alles mag blijken dat psychiatrische ziekenhuizen, CGG en andere zorgvormen, hun

reden van voortbestaan in eerste instantie ontleen aan een accurate praktijk die een antwoord biedt op de specifieke zorgvragen van de patiënt.

Elke patiënt moet op basis van zijn zorgbehoefte toegang hebben tot de meest “geëigende zorg”. Het aflijnen van zulke geëigende zorg veronderstelt het opbouwen van voldoende wetenschappelijk gefundeerde know-how. Een permanente confrontatie van epidemiologische gegevens met data over geëigende zorgpatronen laat toe om het aanbod te plannen. Planning wordt aldus een dynamisch gegeven dat voortdurend getoetst wordt aan de wijzigende behoeften en aan de vooruitgang van de wetenschappelijke bevindingen inzake geestelijke gezondheidszorg.

Een belangrijk hulpmiddel voor de planning zijn de bestaande registraties in de CGG en in de ziekenhuizen. Vandaag zijn echter de 2 registratiesystemen niet op elkaar afgestemd. Een harmonisering van deze 2 systemen dient gerealiseerd.

4.3. Desinstitutionalisering

In de afgelopen jaren is heel wat wetenschappelijke kennis verzameld en werden therapieën en methodieken ontwikkeld waardoor aan patiënten een adequatere zorg kan worden geboden. Vlottere (re)integratie in de maatschappij kan worden bewerkstelligd, zodat de behoefte aan langdurige hospitalisatie op een drastische wijze vermindert.

Voor de 21ste eeuw kiezen we resoluut voor een verdere desinstitutionalisering, met dien verstande dat dit een tweeledig proces is. Het bestaat enerzijds uit de planning van de psychiatrische ziekenhuisbedden, gebaseerd op een wetenschappelijk onderbouwde behoeftenanalyse, en anderzijds uit de uitbouw van een netwerk van verzorgingsvoorzieningen en -diensten die de verschillende functies van het psychiatrisch ziekenhuis op een gedifferentieerde manier kunnen integreren.

In dat opzicht pleiten we voor verdere diversificatie m.b.t. dagbehandeling met bijpassende ambulante behandeling, psychiatrische thuisverpleging, gezinsverpleging, poliklinische praktijk, mobiele interventie (assertive outreach bijvoorbeeld bij crisis), dagactiviteiten, woonvormen en arbeidstrainings- en werkhervattingsprojecten, als evenveel alternatieven voor de residentiële opname of woonvormen en projecten die een resocialisatie ondersteunen en vervroegd ontslag uit de intramurale zorg kunnen bespoedigen. Deze gemeenschapsgerichte diensten moeten worden gestimuleerd om met moeilijke patiënten te werken i.p.v. hen door voortdurende hospitalisatie uit de maatschappij te verwijderen.

Deze gemeenschapsgerichte diensten moeten worden gestimuleerd om met moeilijke patiënten te werken i.p.v. hen door voortdurende hospitalisatie uit de maatschappij te verwijderen.

In de ontwikkeling van de zorg voor de patiënt moet de nadruk liggen op dezelfde factoren als bij de planning van ziekenhuisbehandeling : op de verdere ontwikkeling van specifieke behandelingsmethodieken en op de voortdurende verbetering en verrijking van specifieke processen. Dit vereist intensieve samenwerking tussen het

ziekenhuis, de opvang van de patiënt in de gemeenschapsgerichte diensten en de verschillende rehabilitatie-eenheden. Naarmate een flexibel, coherent en integrerend psychiatrisch zorg- en rehabilitatiesysteem wordt gecreëerd, zullen opeenvolgende en veelvuldige hospitalisaties en herhospitalisaties van patiënten beperkt worden.

Hospitalisatie is een belangrijk element in een integraal en in de gemeenschap gesitueerd zorgsysteem. Anderzijds dienen de hospitalisatiefazen eerder ter ondersteuning van de ambulante behandeling, of voor intensieve zorg en beveiliging/bescherming van de patiënt en/of de samenleving.

4.4. Vermaatschappelijking van de zorg

Men kan vaststellen dat BW, PVT en dagactiviteitencentra nog te weinig bekend zijn bij de verwijzers en bij het publiek. Een intensifiëring van de dialoog met de bredere maatschappij is zeker aan de orde.

De laatste jaren staan vermaatschappelijking en vernieuwing centraal in de geestelijke gezondheidszorg. Met een sterk elan worden nieuwe elementen in de psychiatrische zorg geïntroduceerd die rekening houden met de groeiende mondigheid en actieve(re) betrokkenheid van de patiënt:

- van algemeen psychiatrisch ziekenhuis-georiënteerde zorg naar zorg gericht op maatschappelijke integratie ;
- de ontwikkelingen van nieuwe werkvormen in de sociale psychiatrie (transmuralisatie) ;

Vermaatschappelijking als proces impliceert voor de GGZ een fundamentele verandering in de inhoud en ordening van de patiëntenzorg, met als kenmerken:

- het is een mentaliteit, een attitude, een voortdurend ter discussie willen stellen van gangbare opvattingen in de GGZ ;
- een gedeelde verantwoordelijkheid, per definitie een gezamenlijke onderneming, een samenwerking van alle betrokken partijen, in de eerste plaats met de patiënt zelf, die nu als consument van zorg te weinig aan bod komt ;
- het (blijven) bieden van behandeling, begeleiding en bescherming aan die psychiatrische patiënten die om welke reden dan ook niet in staat zijn zich in het proces van vermaatschappelijking te handhaven ;
- met de kennis, vaardigheden, attitudes en met het vermogen tot zorginnovatie een essentiële bijdrage leveren tot de levenskwaliteit van de patiënten.

De pijlers van vermaatschappelijking zijn dan ook :

- Psychiatrische rehabilitatie
- Het gezin als partner in de zorg
- Zinvolle arbeid en dagbesteding.
- Differentiatie en variatie in woonvormen.

- Deelname aan initiatieven op de nulde lijn (bijvoorbeeld verenigingsleven, zelfhulp)
- Samenwerking tussen de verschillende subsectoren en tussen eerste-, tweede- en derdelijnsvoorzieningen binnen de welzijns- en gezondheidssector.
- *Psychiatrische rehabilitatie.* Dit is het op methodische wijze helpen van psychiatrische patiënten om in de omgeving van hun keuze met succes en naar tevredenheid te wonen, te werken, te leven en sociale contacten te onderhouden met zo min mogelijk professionele hulp. Beter is het te spreken van hulp die voldoet aan de wensen en behoeften van de patiënt, die niet vóór maar mét de patiënt wordt georganiseerd, die niet afhankelijk maakt maar gericht blijft op het vergroten van zelfstandigheid en autonomie van de patiënt. De bestaande voorzieningen zijn daartoe ontoereikend en niet voldoende adequaat. Rehabilitatie wordt niet gezien als een afzonderlijke dienst, maar als een essentieel onderdeel van het totale behandelingspakket. Rehabilitatie dient op maat te worden aangeboden zodat dit aansluit bij de persoonlijke behoeften van de patiënt. Dit betekent dat rekening wordt gehouden met de specifieke vaardigheden en beperkingen van de persoon en met diens individuele interesse en motivatie.
- *Het gezin als partner in de zorg*

Met gezin wordt in deze alinea de directe leefomgeving van de patiënt bedoeld.

Desinstitutionalisering heeft tot gevolg dat zich een belangrijke verschuiving voordoet van de zorg voor de psychiatrische patiënt van het ziekenhuis naar het gezin. Onderzoek heeft aangetoond dat gezinnen die de zorg opnemen voor een psychiatrische patiënt ernstig objectief (veel tijd en energie gaat naar de zorg, er komen financiële lasten, er is eventueel loonverlies) en subjectief belast worden (men maakt zich voortdurend zorgen, men is angstig dat iets zal gebeuren, men voelt zich “gevangen” in de zorg voor het psychisch ziek gezinslid).

Een vermaatschappelijking van de zorg heeft slechts kans op slagen indien men van het gezin een echte volwaardige partner maakt en indien het gezin niet te zwaar wordt gedupeerd door de zorg voor het zieke gezinslid. Derhalve heeft die vermaatschappelijking de meeste kansen op slagen als het gezin:

- professionele ondersteuning krijgt;
- de gelegenheid krijgt om zich nu en dan eens terug te trekken uit de zorg (respite care);
- financieel niet extra belast of gesanctioneerd wordt door de zorg op te nemen;
- geïnformeerd en gevormd wordt in de omgang met de psychiatrische patiënt;
- betrokken wordt bij het hele behandelingsproces van bij het begin tot de nazorg;
- gehoord wordt en effectieve hulp of ondersteuning krijgt bij crisismomenten.

Ook de individuele gezinsleden verdienen aandacht. De kinderen van ouders met psychiatrische problemen blijken een belangrijke maar vergeten groep te zijn. De

impact van het opgroeien in een gezin met psychisch zieke ouders kan groot zijn en kan schade aanbrengen aan de ontplooiing van de kinderen.

4.5. Geïntegreerde zorg

Zelfs indien we de prioriteit bij ambulante zorg willen leggen, heeft het GGZ-systeem steeds transmurale en intramurale componenten nodig. Het is een uitdaging deze zorgvormen zodanig op elkaar af te stemmen dat ze volwaardig kunnen functioneren en elkaar versterken. Naast de sectoren die samen de sector GGZ in strikte zin omvatten, zijn er nog andere medespelers : de huisartsen, de poliklinieken, de private praktijk van psychiaters en psychologen, de revalidatiecentra, de interne geneeskundige diensten in algemene ziekenhuizen, de welzijnssector, de bijzondere jeugdzorg, de gehandicaptenzorg, de schoolbegeleiding, de mantelzorg...

Patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis kunnen diverse vormen van zorg nodig hebben. Daarom moeten deze patiënten “zonder tussenschotten in het hulpverleningstraject” kunnen gebruik maken, indien nodig, van alles wat de geestelijke gezondheidszorg te bieden heeft. Ongeacht de aard van de toekomstige organisatie van de zorgverlening, dient men samen te werken over de bestaande sectoren heen, met inbegrip van bepaalde aangrenzende zones uit de gezondheids- en welzijnswerk.

De verschillende partners in de regio, zowel het psychiatrisch ziekenhuis, het CGG en eventueel ook een PAAZ, bieden gezamenlijk een volledig hulpverleningsprogramma aan. Hulpverleningsactiviteiten moeten in wisselende samenstellingen ter beschikking staan van de individuele patiënt. Het gaat vooral om het integreren van diensten en faciliteiten in een zorgsysteem. Continuïteit, flexibiliteit, differentiatie staan hierbij centraal. Elke hulpverlenende instantie dient gezien te worden als “een moment” in het hele zorgaanbod voor de patiënt.

Teneinde een gecoördineerde en continue zorg te garanderen, wordt de verantwoordelijkheid voor de supervisie en coördinatie van alle aspecten van de zorg, vastgelegd bij één persoon. Case-management is één van de mogelijke modellen.

In overleg tussen de verschillende echelons en in samenspraak met de patiënt dient vastgesteld wie de case-manager zal zijn. Bij verdere operationalisering van dit concept dient zorgvuldig uitgeklaard welke patiënten voor deze formule in aanmerking komen.

Het uitwisselen van feedback tussen deze partners over verwijzingen, diagnoses en behandelingsresultaten, is een voortdurende noodzaak. Dit impliceert een andere organisatie voor de geestelijke gezondheidszorg, namelijk een “procesgerichte organisatie” (tegenover een “taakgerichte organisatie”) die niet uitgaat van taken (loketten) maar van complete processen (volledige afwerking van een complex probleem → “organisatie volgens zorgcircuits”). Ook de financiering zal hierop moeten worden geënt.

4.6. Kwaliteit

De kernopdracht van iedere overheid is om zorg toegankelijk en betaalbaar te maken voor alle personen, maar ook om borg te staan voor een kwaliteitsvolle zorgverlening in de voorzieningen.

Kwaliteitszorg is een zaak die de voorzieningen jegens zichzelf en hun gebruikers verplicht zijn. De voorzieningen zullen steeds meer geresponsabiliseerd worden en aangesproken worden op hun verantwoordelijkheid om goede kwaliteit van zorg af te leveren.

De rol van de overheid bestaat in het stimuleren, ordenen, toezien op en waar nodig bijsturen van de kwaliteit van de zorg in de voorzieningen. Via het kwaliteitsdecreet wordt hiertoe een kader aangeboden.

In het kwaliteitsdecreet wordt gepoogd om de diverse aspecten van kwaliteit samen te bundelen onder de noties 'verantwoorde zorg en bijstand' enerzijds, en het 'respectvol behandelen of begeleiden van iedere patiënt of cliënt' anderzijds:

- a) verantwoorde zorg en bijstand: doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, veiligheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg;
- b) respectvol behandelen en begeleiden van patiënten/cliënten: persoonlijk onthaal, passende verwijzing, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en van het zelfbeschikkingsrecht, het klachtenrecht en de klachtenbemiddeling, de informatie en de inspraak van de patiënt of cliënt.

Het aantal aspecten van kwaliteit wordt uiteraard niet bij decreet bepaald. Toch wil de decreetgever van wal steken met een aantal belangrijke aspecten die zeker niet mogen ontbreken in een kwaliteitsbeleid.

Daarom werd het begrip 'kwaliteitsthema's' ingevoerd. Een thema is een onderwerp, een aandachtspunt, een aspect van de zorg, waarrond de voorzieningen een kwaliteitsbeleid ontwikkelen. Een *verplicht* thema moet begrepen worden als een aandachtspunt, een aspect van de zorg, waarrond de overheid stelt dat voorzieningen een kwaliteitsbeleid dienen te ontwikkelen.

Andere themata worden niet dwingend opgelegd door de overheid; de voorzieningen opteren er autonoom voor.

4.7. Regionalisering omwille van bereikbaarheid

Een optimale zorgverlening die inspeelt op de behoeften van de bevolking vereist een regionaal (= bereikbaar) zorgaanbod met een basispakket t.a.v. de verschillende doelgroepen. Een regionaal zorgaanbod laat toe om een snel, flexibel en aangepast beleid te voeren. Door een regionale organisatie wordt de continuïteit in behandeling beter gewaarborgd. De patiënt blijft dicht bij huis, het patiëntstelsel kan optimaal betrokken worden bij de hulpverlening. Het vervreemdingseffect en het sociale isolement kan aldus worden beperkt.

De initiatieven tot samenwerking die zich nu reeds voordoen in het werkveld tonen aan dat voorzieningen en diensten spontaan geneigd zijn om met hun partners te overleggen. Hierbij worden doorgaans de lokale/regionale clusters van voorzieningen en diensten die eenzelfde gebied delen opgenomen (cfr. de oprichting van de Samenwerkingsverbanden Beschut Wonen).

5. ZORGCIRCUITS EN NETWERKEN

De aard, "hoeveelheid" en kwaliteit van de zorgen die de psychiatrische patiënt aangeboden krijgt, wordt mede bepaald door de aanwezigheid en de professionaliteit van de zorgaanbieder tot wie hij zich richt of naar wie hij wordt verwezen. Niet altijd is dit een specifiek antwoord op zijn hulpvraag. Sommige antwoorden kunnen niet worden gegeven of zijn slechts een deelantwoord. Gevolg hiervan zijn opeenvolgende verwijzingen naar andere zorgverstrekkers, hetzij binnen hetzij buiten de oorspronkelijke voorziening of dienst, en naar belendende sectoren zoals de welzijnssector, de revalidatiecentra, de bijzondere jeugdzorg enz.. De samenvoeging van het aanbod van de diverse diensten en voorzieningen zorgt voor een beter antwoord op de vraag van de patiënt en vermijdt veelvuldige verwijzingen.

Als zulke samenvoeging van zorgaanbod ook geïntegreerd wordt aangeboden en in een ruimer geheel, kan meer worden tegemoet gekomen aan de - typisch psychiatrische - complexiteit van de hulpvraag.

Een geïntegreerde werking kan gerealiseerd worden via de creatie van een zorgcircuit. Dit kan gedefinieerd worden als een bundeling van mensen en middelen uit de verschillende subsectoren, ten behoeve van zorgverlening aan personen uit een bepaalde doelgroep, waardoor die zorgverlening door deze personen als een samenhangend geheel wordt ervaren.

Een psychiatrisch zorgcircuit bundelt medische, psychologische en sociale onderzoeks- en behandelingselementen van verschillende voorzieningen en/of sectoren: technische onderzoeken en ingrepen, ambulante individuele of groepspsychotherapie, psychopharmacotherapie, klinische psychotherapie, andere therapievormen, klinische verzorging, crisisinterventie, dagbesteding en/of wonen in diverse vormen.

Deze functies die voorheen door verschillende diensten en voorzieningen werden aangeboden, worden nu aan elkaar gekoppeld in zorgcircuits. De huisarts vormt als het ware de gids voor de patiënt. Hij helpt de patiënt om passende toegang te vinden tot het zorgcircuit. Een goede communicatie tussen voorzieningen en diensten en huisartsen is noodzakelijk om te komen tot adequate verwijzingen.

Samen met de patiënt worden behandelingsdoelstellingen gesteld. Samen met patiënt en verwijzer wordt een plan opgesteld met de vermeldingen van de behandelingen die men binnen een bepaalde tijd, in een bepaalde volgorde en op (een) bepaalde plaats(en) wil verrichten. In de opvolging van de uitvoering van het behandelingsplan kan de huisarts een cruciale rol spelen door zijn verantwoordelijkheid voor het beheer van het dossier van zijn patiënt. Ook als de huisarts niet de verwijzer is, zal hij medeverantwoordelijk zijn voor de opvolging door zijn coördinerende rol. In sommige gevallen kan de huisarts de case-manager zijn, in andere gevallen zal case-management meer vanuit de instelling worden georganiseerd.

De uitbouw van zorgcircuits veronderstelt heldere afspraken tussen alle betrokken partners, die kunnen vastgelegd worden in samenwerkingsprotocollen. Voor de gecoördineerde uitvoering van dergelijke psychiatrische zorg steunt men mogelijk op psychiatrische case-managers.

Wanneer aldus, naast de reeds gerealiseerde differentiatie van de psychiatrische subsectoren, ook een functionele integratie tussen de subsectoren op gang komt, ontstaat een matrix, een netwerk van voorzieningen dat meer functiegericht is.

Deze ontwikkeling brengt het openstellen van de grenzen van de afzonderlijke geregementeerde substructuren en schaalvergroting met zich mee.

De Nederlandse “Multi-Functionele Eenheden” kunnen hierbij model staan. Een MFE is “een eenheid waarin gedeconcentreerde functies van, meestal algemene psychiatrische ziekenhuizen en de regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, worden samengebracht, zodat een gezamenlijke regie van de hulpverlening mogelijk wordt, van voorzorg tot en met nazorg, met als doel psychiatrische patiënten met een complexe hulpvraag te helpen, gericht op een zelfstandig bestaan van de patiënt in de samenleving”. Het gaat hier om het samenbrengen van functies vanuit verschillende instellingen, elk met een eigen cultuur en verschillend wettelijk kader, die zich voordien vaak concurrentieel ten opzichte van elkaar opstelden.

Het voordeel van dit model is dat er ruimte is om vanuit de concepten van zorgvernieuwing tot een samenhangend, transparant en integraal zorgaanbod te evolueren, waarbij met de beschikbare middelen maximaal wordt ingespeeld op de behoeften van de bevolking naar zorg op maat en een grotere vermaatschappelijking van de zorg. Vanuit bedrijfsorganisatorische overwegingen wordt gesteld dat netwerken de diversificatie en integratie van dienstverleningen in de gezondheidszorg bevorderen. De oprichting van provinciale psychiatrische overlegplatforms betekende een eerste voorzichtige aanzet tot deze netwerkontwikkeling.

6. ORGANISATIE EN FINANCIERING

De concrete uitbouw van zorgcircuits en de ontwikkeling van de zorgprogramma's alsook regionale samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg, zodat de belangrijkste psychiatrische functies er voorhanden zijn, ongeacht de oorspronkelijke aan- of afwezigheid van een bepaald type voorziening, is een complex proces dat gelijktijdig op de verschillende niveaus en in de verschillende sectoren en subsectoren verloopt. Uit experimenten terzake kan beslist wat opgestoken worden.

Ten aanzien van de patiënt kunnen minstens drie verschillende processen onderscheiden worden:

1. indicatiestelling: de aandoening wordt gediagnostiseerd door een multidisciplinaire groep van deskundigen die qua samenstelling kan variëren. De aangewezen behandeling wordt uitgestippeld en de passende zorgverlening wordt voorgesteld.
2. introductie in het zorgcircuit: met inbegrip van de afstemming van de verschillende componenten van het zorgproces dat door de diverse zorgaanbieders kan worden aangeboden en - indien daar nood aan is - het gidsen van de patiënt doorheen het gehele circuit.
3. behandeling en vermaatschappelijking inclusief nazorg.

Belangrijk is dat deze drie elementen in elk zorgproces expliciet aan bod komen. Hierbij is het aan te bevelen de indicatiestelling op een gestandaardiseerde manier uit te voeren en te registreren. De indicatiestelling levert immers cruciale beleidsinformatie, zowel ten behoeve van het lokaal management als ten behoeve van de overheid die zich ondermeer hierop kan baseren voor de programmatie van de zorg.

6.1. Op functioneel niveau

Het is van essentieel belang dat de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg uitgaat van een visie, gebaseerd op de hogervermelde doelstellingen en werkingsbeginselen en dat deze ook consequent gehanteerd worden in de verschillende fazen van het vernieuwingsproces.

In een eerste fase van vernieuwing wordt van de verschillende partners in éénzelfde regio verwacht dat zij zich engageren om een gemeenschappelijk *zorgstrategisch plan* op te stellen m.b.t. één of enkele doelgroepen en dat inspeelt op de behoeften van de bevolking. Dit gezamenlijk *zorgstrategisch plan* is een samenhangend concept dat uitgaat van een gedeeld engagement op middellange termijn. De principes van zorgvernieuwing worden hierbij gerealiseerd. In elk geval dient de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt verzekerd te worden. Verder dient ondermeer een optimalisatie nagestreeft van de verwijzingen, zodat naar de patiënt toe een samenhangend pakket van zorg kan worden aangeboden. Zo spannen de partners er zich gezamenlijk toe in opdat de zorgverleningscomponenten beter op elkaar afgestemd worden. Anders gesteld is

het de bedoeling dat de partners binnen de regio hun zorgverleningsaanbod op elkaar afstemmen en dit op een geïntegreerde wijze aanbieden ten behoeve van alle doelgroepen.

Gezien de doelstellingen en samenstelling van de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg kunnen deze in samenspraak met de Vlaamse Administratie Gezondheidszorg de nodige inhoudelijke ondersteuning en incentives bieden bij de uitbouw van de regionale zorgcircuits. Er moet op toegezien worden dat geen blinde vlekken of overlapping ontstaan.

De Vlaamse overheid evalueert de zorgstrategische plannen aan de hand van een reeks duidelijk gedefinieerde criteria en ziet toe op de concrete implementatie ervan.

6.2. Op structureel niveau

In eerste instantie zal tussen de verschillende subsectoren op regionaal niveau actief overleg tot stand komen teneinde samenhangende zorgprogramma's en zorgstrategische plannen voor de diverse doelgroepen uit te werken.

Verwacht wordt dat de opbouw van programma's en zorgcircuits in regionaal verband m.a.w. de functionele netwerkvorming geleidelijk aan in de verscheidene regio's zal leiden tot nieuwe organisatievormen of bestuurlijke netwerkvorming. Een dergelijke organisatorische herstructurering kan de circuit- en netwerkvorming versterken.

7. KRITISCHE SUCCESFACTOREN

De slaagkansen voor de organisatie van een samenhangend en adequaat zorgaanbod binnen de geestelijke gezondheidszorg worden geconditioneerd door een aantal kritische succesfactoren.

1. Financiële toegankelijkheid

De grote verschillen inzake persoonlijke tussenkomsten voor de patiënt naargelang de voorzieningensoorten waarop hij beroep doet (centra voor geestelijke gezondheidszorg, dagcentra met RIZIV-conventie, psychiatrische ziekenhuizen, PVT's, initiatieven inzake beschut wonen, ...) veroorzaken financiële drempels die een continuüm van zorgverlening en een samenhangend zorgaanbod in de weg staan. De keuze van de patiënt/bewoner en ook van de zorgverstrekker kan principieel alleen ingegeven worden door het antwoord op de vraag welk zorgaanbod het best aan zijn noden en behoeften beantwoordt. Een harmonisering van de persoonlijke tussenkomsten is daarom noodzakelijk.

2. Geografische toegankelijkheid

Omwille van een aantal historische redenen is de spreiding van de psychiatrische ziekenhuizen vrij ongelijk. Hetzelfde kan gezegd worden over de PVT's. Inzake de initiatieven beschut wonen is de spreiding geschikter.

Een nieuwe organisatie van de geestelijke gezondheidszorg die steunt op netwerken van voorzieningen, kan de geografische toegankelijkheid ten goede komen.

3. Fundamentele klantgerichtheid

Het realiseren van dit nieuw concept zal een mentaliteitsaanpassing bij de zorgverstrekkers en beheerders van de voorzieningen vergen. Een absolute vereiste is dat de wil van de verschillende partners van het zorgaanbod er is om te komen tot samenwerking. In functie hiervan is het belangrijk dat alle partners de zin en het nut van samenwerking inzien, zodat een dynamisch en vernieuwend proces kan ontstaan.

Tegelijkertijd is het essentieel dat de verschillende partners van het zorgaanbod nauwkeurig inzicht hebben in hun opdrachten en te bereiken doelen.

Het is tevens wenselijk dat de zorgverstrekkers en de beheerders van de voorzieningen een sterke klantgerichtheid ontwikkelen. Van de verstrekkers die vroeger veelal werden opgeleid om individueel en zelfstandig beslissingen te nemen op vlak van diagnostiek en therapie, zal in de toekomst in toenemende mate

verwacht worden dat zij in teamverband samenwerken met collega's uit andere echelons of disciplines of met andere zorgverstrekkers en dat zij met patiënten als mondig personen zullen omgaan.

4. Financieringssystemen

De financiering moet ertoe leiden dat initiatiefnemers uitgenodigd worden om de passende zorg aan te bieden aan de bevolking, eerder dan tot het in stand houden en/of het uitbreiden van hun infrastructuur.

De geestelijke gezondheidszorg wordt vandaag gekenmerkt door een grote diversiteit aan financieringssystemen. Concepten inzake financiering moeten uitgaan van “wat” er gebeurt en niet “waar” (in welk soort bed of voorziening of plaats).

In dit vernieuwd concept van geestelijke gezondheidszorg zal méér nadruk liggen op samenwerking, op een multidisciplinaire aanpak.

Een welslagen van dit concept is sterk afhankelijk van de graad van integratie van artsen in de voorzieningen. Eén van de meest in het oog springende evolutie is het doorbreken van de klassieke grens tussen de “professionals on the floor” en “het management” van de voorziening.

In de toekomst moeten artsen actiever betrokken zijn bij de besluitvorming, bij het management.

In opzicht dient de financiering van de voorzieningen in de toekomst via één geïntegreerd kanaal te verlopen. De traditionele, dubbele inkomstenstroom via de honoraria enerzijds en de verpleegdagprijs dient op termijn te worden geïntegreerd.

5. Aangepast personeelsbeleid

Bij het implementeren van de hervormingen zal de menselijke factor doorslaggevend zijn voor het slagen van het opzet.

De zorgverleners zelf zijn het best geplaatst om de voorwaarden en de modaliteiten te formuleren om baanbrekende ideeën te laten uitmonden in een werkelijke kwaliteitsverhoging van de zorgverlening.

6. Beleidsondersteunende informatie

Een overheid is maar in staat om een globaal gezondheidsbeleid te voeren, indien hiervoor de nodige beleidsondersteunende informatie beschikbaar is, en dit zowel voor het uittekenen van het globale beleid, als voor het beleid inzake geestelijke gezondheid. Epidemiologische gegevens en gegevens over geëigende zorg zijn daartoe onontbeerlijk.

7. Defederalisering

Het beleid inzake de geestelijke gezondheidszorg valt momenteel onder de bevoegdheid van niet minder dan 9 verschillende ministers. Een dergelijke versnippering is weinig bevorderlijk voor een efficiënte en coherente beleidsvoering.

Het realiseren van homogene bevoegdheidspakketten is een noodzakelijke voorwaarde om een samenhangend beleid te kunnen voeren. Een verdere defederalisering van het gezondheidsbeleid creëert de beste waarborgen voor het optimaal afstemmen van de geestelijke gezondheidszorg op de behoeften van de Vlaamse bevolking.

BIJLAGE 2.Resolutie betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra bij de drugspreventie

Naar aanleiding van de recente resolutie in het Vlaams Parlement zal VAD vanaf het schooljaar 1998-1999 op grote schaal leerlingen en scholen begeleiden m.b.t. de drugproblematiek. De bedoeling van het project kan op verschillende niveaus worden omschreven: voor de scholen:

- onder de aandacht van een drugbeleid op school door een nieuw aanbod in dit kader aan te bieden;
- samenwerking tussen school en PMS en MST-centra bevorderen;
- zicht krijgen op een aantal aspecten m.b.t. genotmiddelen bij leerlingen: gebruik, attitudes rondom gebruik, vrijetijdsbesteding, beleving van de sfeer op school en in de klas, beleving van het schoolbeleid rond drugs;
- gebruik van de resultaten
 - binnen de school: met leerkrachtenteam, PMS en MST: feedback op het gevoerde drugbeleid en op het schoolklimaat + aanzetten tot verbetering/aanpassing van het gevoerde beleid
 - met de leerlingen: bespreking van resultaten en planning van reeks preventieve activiteiten op maat van de leerlingen (op basis van de specifieke resultaten en suggesties in handleiding)
 - met de ouders: feedback van resultaten via ouderavond, schoolkrant, ... met als doel het bespreekbaar maken van druggebruik bij jongeren en druggebruik op school (eventueel aanzet voor vormende activiteit voor ouders).

BIJLAGE 3.Resolutie betreffende de band tussen milieuvervuiling en hormonale stoornissen, inzonderheid vruchtbaarheidsstoornissen bij de mens

Vruchtbaarheid is uiteraard belangrijk voor het in stand houden van een gemeenschap. Het is dan ook belangrijk signalen over een wijziging van de reproductiecapaciteit ernstig te nemen.

Het al dan niet dalen van de vruchtbaarheid blijft evenwel controversieel. Alhoewel vandaag de dag sterk de nadruk gelegd wordt op milieu-invloeden is de oorzaak van onvruchtbaarheid veelal multifactorieel: factoren uit het algemene en werkmilieu kunnen een rol spelen naast erfelijke predispositie, genitale aandoeningen, elementen uit de levensstijl zoals tabak, kleding, alcohol ... Verder spelen ook maatschappelijke elementen een mogelijke rol. Hierbij denken we aan het verdwijnen uit de taboesfeer van onvruchtbaarheid, het grote aanbod aan fertiliteitscentra en de toegenomen leeftijd van het eerste moederschap op een leeftijd waarbij de vruchtbaarheid niet meer op het maximale peil is.

In de lekenpers heeft de achteruitgang van de mannelijke vruchtbaarheid reeds veel aandacht gekregen. Blijkbaar is deze informatie enkel gebaseerd op de conclusies van een meta-analyse van 1992.

In de wetenschappelijke literatuur zijn de conclusies van 1992 bekritiseerd door een heranalyse, zoals verder wordt verduidelijkt.

De eindconclusie van de in 1992 uitgevoerde meta-analyse over een periode van ongeveer 50 jaar (1938-1991) was dat er een daling van de gemiddelde spermaconcentratie en het gemiddelde spermavolume kan worden waargenomen.

In 1995 kwam er felle kritiek op deze eindconclusie : heranalyse toonde immers aan dat voor de periode 1938-1970 geen betrouwbare conclusies mogelijk waren.

Vanaf 1970 tot 1991 werd geen significante verandering van de spermaconcentratie waargenomen.

Zo stelde vroeger dit jaar Prof. Comhaire dat het voor het eerst in 20 jaar weer beter gaat met de vruchtbaarheid van de Vlaamse man. Minister Demeester citeert uit het commentaar van prof. Comhaire met de grootste omzichtigheid. Uit zijn onderzoek te Gent blijkt dat de beweeglijkheid van het sperma van kandidaat-spermadonoren voor het eerst in 20 jaar, in 1997 is verbeterd. De beweeglijkheid is de belangrijkste indicator om de vruchtbaarheid te meten. Dit is geen absoluut voorbarig gejuich, maar mogelijk een teken dat de trend is omgebogen. De verbetering van de kwaliteit is volgens prof. Comhaire toe te schrijven aan de maatregelen die de overheid heeft genomen, o.m. door bepaalde stoffen uit het milieu te halen.

Inzake de financiering zijn verschillende administraties betrokken. Zo is het onderzoek naar verwijderingsmogelijkheden van xeno-oestrogenen uit het milieu - vermoedelijk denkt men hier ondermeer aan waterzuiveringsinstallaties - een zaak voor de milieu-administratie, terwijl fundamenteel onderzoek de bevoegdheid is van wetenschapsbeleid.

Chemische hygiëne is een mooi streefdoel, maar zeker niet gemakkelijk te realiseren.

1. Het productenbeleid : heel wat van de voorstellen in de resolutie behoren tot het productenbeleid, hetgeen een terecht aandachtspunt is binnen een streven naar chemische hygiëne.

De vraag kan gesteld worden of er bijvoorbeeld geen herziening moet gebeuren van de erkenning van sommige op de markt zijnde chemische producten, zoals bvb. de pesticiden in Scandinavië.

Hoe dan ook is het productenbeleid federaal, zodat Vlaanderen op dit vlak alleen kan aansturen op overleg en actie, maar daadwerkelijk zelf geen beslissingsmacht heeft.

2. Het voorzorgsprincipe: het principe waarbij niet gewacht wordt op een absoluut sluitend bewijs voor de toxiciteit van een bepaald product, vooraleer beschermende maatregelen genomen worden, kan op verschillende niveaus toegepast worden.

Hier is opnieuw het productenbeleid belangrijk, doch ook de gewestelijke milieureglementering kan vanuit een gewettigde voorzichtigheid vertrekken.

Zo kan ik u ook meedelen dat de minister van Leefmilieu me geïnformeerd heeft over verschillende impulsen die gegeven worden om enerzijds de verontreiniging door deze stoffen terug te dringen, en anderzijds tussen milieuvervuiling en volksgezondheid laten in beeld te brengen, met name:

- in het door de Vlaamse regering goedgekeurde milieubeleidsplan onder hoofdstuk 6 “verspreiding van milieugevaarlijke stoffen waarbij diverse acties werden opgenomen om een bijkomende impuls te geven aan de vermindering van de emissies van milieugevaarlijke stoffen;
- in actie 37 van het MINA-plan 2 de opmaak van een impulsprogramma ‘Milieugevaarlijke stoffen’ wordt vooropgesteld. In het kader van dit programma, zullen ondermeer onderzoeken worden uitgevoerd naar de effecten van milieugevaarlijke stoffen op de Volksgezondheid met bijzondere aandacht voor de pseudo-oestrogene effecten van een aantal persistente organische pollutanten. De kostprijs van deze niet bindende actie werd geraamd op 135 mio BEF;
- in het kader van het programma beleidsondersteunend onderzoek werd de uitvoering van deze actie als onderzoeksthema ingediend;
- in 1998 door de VITO in opdracht van de VMM een onderzoek zal worden uitgevoerd om de luchtstalen toxicologisch te karakteriseren.

Tenslotte en niet minder belangrijk vraag ik de aandacht van de commissie voor het initiatief van het onderzoek m.b.t. de relatie Milieu en Gezondheid, waarvan de Vlaamse regering deze week de procedure goedkeurde.

Hierbij wordt de start gegeven van een permanent onderzoek naar mogelijke milieugerelateerde gezondheidsfenomenen voor gans Vlaanderen. Dit behelst een toxicologisch en een epidemiologisch luik, samen met een opleidingsluik voor medisch milieukundigen.

Bij het toxicologisch luik wordt werk gemaakt, na beoordeling van een ingediend concept, van een pilootfase waarbij de omschrijving van de op te sporen agentia, de diagnostische en analytische methodes hiervoor, en de haalbaarheid van het onderzoek op bevolkingsniveau dient uitgetest, zowel voor het bepalen van referentiewaarden voor Vlaanderen, als voor het onderzoek in mogelijke risicozones.

In een epidemiologisch luik worden dan de informatiebronnen en -registers waarover Vlaanderen beschikt op korte termijn geëvalueerd, met het oog op het aanduiden van mogelijke hiaten van milieugerelateerde gezondheidsfenomenen. De verfijnde registratie van deze fenomenen moeten leiden tot het afleiden van trends en van mogelijke afwijkingen.

Het is duidelijk dat zowel de aanwezigheid (door blootstelling) als de mogelijke effecten van hormoonontregelende producten, in dit onderzoek zullen voorzien worden.

De combinatie van deze 2 sporen zal Vlaanderen een exact beeld van de gezondheidstoestand van de Vlaming, samen met een duidelijk beeld van de reële blootstelling.

Hiervoor wordt in 1998, en ook verder, 50 miljoen frank uitgetrokken.

BIJLAGE 4.**Resolutie betreffende een grondige optimalisering van kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuisdiensten**

Ondanks de versnippering van de bevoegdheden binnen de geestelijke gezondheidszorg, wordt door middel van het CGG-decreet, dat zich nu in fase van voorontwerp bevindt, toch reeds netwerkvorming en de maatschappelijke missie opgenomen, waardoor we onze bevoegdheden maximaal invullen.

Specifieke werking rond kinderen

In dit voorontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg worden kinderen als specifieke doelgroep naar voren geschoven.

Het werken met kinderen veronderstelt van de zorgverstrekkers specifieke deskundigheid. Voor deze doelgroep dient een volwaardige multidisciplinair team samengesteld, naast de multidisciplinaire teams die de basiswerking schragen. De optie om een multidisciplinair team aan te wijzen voor kinderen steunt enerzijds op de noodzakelijkheid daartoe die blijkt uit wetenschappelijk onderzoek en anderzijds op signalen die vanuit diverse gezondheids- en welzijnsvoorzieningen uitgestuurd worden en tenslotte op de uitdrukkelijke vragen van de centra zelf.

Tekst decreet

Artikel 9 § 1. Teneinde bij te dragen tot de vervulling van de opdracht zoals bepaald in art. 7:

3° schenkt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg uitdrukkelijk aandacht aan kinderen en aan ouderen als specifieke doelgroepen en aan sociaal en financieel zwakkere personen;

6° duidt het centrum voor geestelijke gezondheidszorg multidisciplinaire teams aan die aan kinderen en aan ouderen, bedoeld in 3°, geestelijke gezondheidszorg verlenen.