

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1996-1997

29 januari 1997

HANDELINGEN

PLENAIRE VERGADERING

MORGENVERGADERING

DECREET INTEGRALE KWALITEITZORG VERZORGINGSINSTELLINGEN

RESOLUTIE OVERHEVELING MIDDELEN VAN NATIONALE LOTERIJ NAAR VLAAMSE
GEMEENSCHAP

Inhoud

Nr. 22

Woensdag 29 januari 1997
Morgenvergadering

Berichten van verhindering	1
Ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen – 367 (1995-1996) – Nrs. 1 tot 9	
Algemene bespreking	1
Sprekers : de heer Marc Olivier, verslaggever, mevrouw Patricia Ceysens, de heer Bart Vandendriessche, mevrouw Kathy Lindekens, de heer Felix Strackx, mevrouw Ria Van Den Heuvel, mevrouw Yolande Avontroodt, de heer Etienne De Groot, mevrouw Trees Merckx-Van Goey en minister Wivina Demeester-De Meyer	
Artikelsgewijze bespreking	20
Voorstel van resolutie van de heer Jos Geysels betreffende de overheveling van bepaalde financiële middelen van de Nationale Loterij naar de Vlaamse Gemeenschap – 77 (BZ 1995) – Nrs. 1 tot 3	
Bespreking	26
Sprekers : de heren Jos Geysels, André Denys en Emiel Verrijken	
Regeling van de werkzaamheden	29

VOORZITTER : De heer Norbert De Batselier

- *De notulen van de jongste vergadering worden ter tafel gelegd.*
- *De vergadering wordt geopend om 10.05 uur.*

De voorzitter : Dames en heren, de vergadering is geopend.

BERICHTEN VAN VERHINDERING

Lydia Maximus, Johan Weyts : buitenslands ;

Roland Deswaene : familieverplichtingen ;

Dominiek Lootens-Stael : gezondheidsredenen.

ONTWERP VAN DECREET betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen – 367 (1995-1996) – Nrs. 1 tot 9
Algemene bespreking

De voorzitter : Dames en heren, aan de orde is het ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen.

De algemene bespreking is geopend.

De heer Olivier, verslaggever, heeft het woord.

De heer Marc Olivier, verslaggever (*Op de tribune*) : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, waarde collega's, dit decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen werd langdurig besproken vanaf november 1996. Het decreet is gegroeid vanuit de bekommernis om op een moderne manier de sector te kunnen stimuleren tot verbetering van de kwaliteit van de zorg. Wat in de profitsector reeds lang van toepassing is, komt nu voor het eerst aan bod in de gezondheidssector.

Centraal in dit alles staat het recht van de patiënt/cliënt op een kwaliteitsvolle zorgverlening in de voorziening. Daaraan is onmiddellijk gekop-

peld de plicht van de overheid om die kwaliteitsvolle zorg te waarborgen. Kwaliteit van zorg kan echter niet bij wet of decreet opgelegd worden aan de voorzieningen. Wel kan men op een continue en coherente wijze aan het beleid sleutelen om meer kwaliteitsvolle zorg te bieden.

In tegenstelling tot particuliere commerciële goederen en diensten wordt de gezondheidszorg vooral met publieke middelen gefinancierd. Het is dus ook de taak van de overheid erop toe te zien dat de schaarse middelen voor gezondheidszorg goed worden besteed. De Vlaamse Gemeenschap heeft er immers alle baat bij om de Vlaamse zorgvoorzieningen een gemeenschappelijke kwaliteitstaal te laten spreken. Zo wordt wildgroei voorkomen en een coherent beleid gestimuleerd.

Dit groeiend kwaliteitsbewustzijn is aanwezig, niet alleen bij ons, maar ook in het buitenland. Zo heeft het Europees Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie de kwaliteit van de zorg gepromoveerd tot een van haar doelstellingen. Ik citeer : tegen het jaar 2000 moeten er in alle lidstaten structuren en processen aanwezig zijn waarmee de continue verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening, een geschikte ontwikkeling en gebruik van technologieën kunnen worden gegarandeerd. Einde citaat. Met andere woorden, dit decreet is een antwoord op internationale ontwikkelingen.

Vooraleer ik als verslaggever de besprekingen en knelpunten toelicht, wil ik kort de inhoud van dit kwaliteitsdecreet schetsen. Het ontwerp gaat uit van een eenduidige definitie van het begrip kwaliteit, maar houdt terdege rekening met het meervoudige karakter van de term. Met dit gegeven als uitgangspunt, worden noties rond kwaliteitszorg geformuleerd en genuanceerd.

Men spreekt herhaaldelijk over integrale kwaliteitszorg, wat betekent dat men een naar een integrale aanpak streeft, waarbij alle partijen – het management, de zorgverleners en het personeel – betrokken zijn. Eindverantwoordelijkheid wordt gedragen door het management : zij staan in voor een kwaliteitsbeleid.

Zowel de curatieve als de preventieve sector vallen onder het kwaliteitsdecreet. Het gaat dus om ziekenhuizen, RVT's en PVT's, plaatsen voor beschut wonen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor MST en samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg, en de palliatieve zorg. Per sector zullen uitvoeringsbesluiten worden opgemaakt die rekening houden met de diversiteit van de aard, de

Olivier

omvang en de opdrachten van de opgesomde voorzieningen.

Het kwaliteitsbeleid krijgt gestalte in de vorm van een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplan. Elke verzorgingsinstelling werkt een kwaliteitshandboek uit. Dit handboek beschrijft de visie en de doelstellingen van het kwaliteitsbeleid van de voorziening. Inhoudelijk gezien zal de overheid minstens één onderwerp of thema aan iedere sector opleggen. Daarnaast zal per sector een exemplarische lijst van thema's die goedgekeurd werden door de Vlaamse overheid, worden voorgelegd. Het staat de voorzieningen vrij hieruit al dan niet thema's te kiezen. Het wordt eveneens wenselijk geacht dat iedere voorziening, naast de verplichte thema's, in haar kwaliteitsbeleid ook eigen thema's aanbrengt. De aanstelling van een kwaliteitscoördinator om het plan uit te voeren en op te volgen, is verplicht. Dit kwaliteitshandboek wordt geoperationaliseerd in een kwaliteitsplan, waarin de voorziene maatregelen en de termijnen waarbinnen men deze doelstellingen wil realiseren, staan vermeld.

Het kwaliteitsdecreet kiest resoluut voor het principe van zelftoetsing of interne toetsing door de voorzieningen. Ervaring in andere landen heeft ons echter geleerd dat een volledige zelfregulering geen haalbare kaart is. Externe toetsing zal dus in de toekomst zeker blijven bestaan in de vorm van toezicht op het interne toezicht. Deze toetsing zal gebeuren aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Dit zijn meetbare factoren die een mogelijke aanwijzing geven van de kwaliteit van de zorg in een voorziening. Het is de taak van de Vlaamse regering om, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, een lijst op te stellen van kwaliteitsindicatoren. De Vlaamse regering zal driejaarlijks een verslag uitbrengen aan het Vlaams Parlement, waarin de evolutie van de kwaliteitszorg binnen de verzorgingsvoorzieningen aan de hand van kwaliteitsindicatoren wordt aangetoond.

Niet alleen in de commissie werd overleg gepleegd. Het ontwerp van decreet werd rondgestuurd naar de verschillende organisaties in de sector, om voorstellen en eventuele verbeteringen in te zamelen. Door de diensten werden studiedagen en symposia georganiseerd. Het ontwerp werd tevens voorgelegd aan de SERV en aan de Raad Van State.

Tijdens de hoorzitting en de vele besprekingen zijn een aantal knelpunten en zorgen aan de oppervlakte gekomen. Deze werden door amendementen

opgevangen of door een toelichting of een antwoord van de minister weggewerkt.

Een eerste discussiepunt was de bevoegdheid van de Vlaamse regering in deze aangelegenheid. Ook de Raad Van State betwist in bepaalde mate deze Vlaamse bevoegdheid. De stelling van de Vlaamse regering is echter dat het hier niet gaat om financiering of het uitvaardigen van een basisreglementering, maar slechts om een bijkomende reglementering die wel binnen haar bevoegdheden valt. De gemeenschappen zijn wat het gezondheidsbeleid betreft, bevoegd op grond van artikel 5,§1,I,1° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen. Ze zijn ook principieel bevoegd voor het beleid betreffende de zorgverzekering in en buiten de verplegingsinrichtingen. De federale regering kan dit dossier aanhangig maken bij het Arbitragehof, maar dit is slechts mogelijk na de goedkeuring door het parlement.

Eenzelfde scenario, met een soortgelijk negatief advies van de Raad Van State, heeft zich trouwens reeds voorgedaan met betrekking tot het VIPA-decreet en het uitvoeringsbesluit inzake de financiering van ziekenhuizen. In dat dossier heeft de federale regering uiteindelijk geen beroep aangetekend. In deze materie voelt de Vlaamse regering zich dan ook gerustgesteld.

Een tweede reeks opmerkingen ging over het feit dat twee ontwerpen van decreet betreffende integrale kwaliteitszorg voor de non-profitsector zouden worden gestemd: één voor de verzorgingsinstellingen en één voor de welzijnsvoorzieningen. Heel wat volksvertegenwoordigers en organisaties hadden deze problematiek misschien liever in één decreet gezien.

De minister heeft dan ook duidelijk gesteld dat ze geen probleem heeft met het op elkaar afstemmen van het voorliggende decreet en het decreet inzake kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen. Het harmoniëren van definities is volgens haar steeds mogelijk. Het probleem is echter dat dit laatste decreet nog maar pas voor advies naar de Raad Van State is gegaan en dat de officiële versie nog aan de regering moet worden voorgelegd. De leden van de commissie weten dat die ondertussen achterhaald is, maar op het ogenblik van het verslag was dat niet zo.

De kostprijs is voor vele instellingen een grote zorg. De meeste sprekers waren van oordeel dat de invoering van het decreet onvermijdelijk gepaard zou gaan met belangrijke meeruitgaven voor de instellingen. De minister weerlegt die vrees en

Olivier

belooft de nodige knowhow te leveren vanwege de administratie en door aanstelling van externe deskundigen. Ook worden van de sector de nodige inspanningen verwacht om functies en tijd te heroriënteren. Indien mocht blijken dat met de huidige financiering geen kwaliteitsbeleid mogelijk is, kan de financiering eventueel worden aangepast.

Een ander punt van discussie was de dirigistische stijl van het kwaliteitsdecreet. In de sector leeft de vrees dat een te grote inmenging van de overheid nefaste gevolgen zal hebben voor de zorgverlening. Het decreet legt te veel verplichtingen op. De top-down invulling van het kwaliteitsconcept en de koppeling van erkenning aan kwaliteit, roepen twijfels op bij de betrokkenen.

De minister is echter van oordeel dat het opleggen van thema's belangrijk is en dat men niet kan aangaarden dat rond een bepaald thema geen beleid wordt gevoerd. In vele gevallen is er uiteraard ook ruimte voor interpretatie. De instelling stelt bovendien ook zelf een kwaliteitsplan en een kwaliteitshandboek op. De opvolging van dit plan gebeurt door de artsen van de instelling zelf, eventueel in samenwerking met een door hen opgerichte dienst voor kwaliteitszorg. Als leden van de instelling kunnen zij de evoluties immers goed beoordelen.

Wat de koppeling van kwaliteit aan erkenning betreft, is de minister van oordeel dat deze stok achter de deur noodzakelijk is. Ze moet worden ervaren als een zachte druk tot kwaliteitszorg. Het is echter zeker niet de bedoeling van de Vlaamse overheid om erkenningen in te trekken op basis van dit kwaliteitsdecreet. Ze wil integendeel de sector ondersteunen en bijstaan.

In de sector wordt gevreesd dat de overgangperiode van drie jaar te kort zal zijn. Als men echter rekening houdt met de tijd die het opstellen van de uitvoeringsbesluiten in beslag neemt, is deze overgangperiode realistisch. Bovendien kennen de betrokkenen uit de sector reeds de grote lijnen van het decreet en kunnen ze nu reeds de nodige voorbereidingen treffen. Verder werden nog een aantal amendementen goedgekeurd omtrent de jaartallen die zijn opgenomen in het stappenplan. Om tegemoet te komen aan een ruimere planning werden de vooropgestelde data met één jaar verdaagd.

Rekening houdend met het feit dat de patiënt/cliënt veel mondiger is geworden en zijn recht op comfort en informatie kan opeisen, zal ook de informatieplicht een deel moeten worden van de

kwaliteitszorg. Dit behoort uiteraard tot de taak van de instellingen zelf. In de intramurale sector, meer bepaald de rust- en verzorgingstehuizen, werd meermaals geopperd dat rusthuizen met een bijkomende erkenning als rust- en verzorgingstehuis in de huidige stand van zaken onder het toepassingsgebied van twee kwaliteitsdecreten dreigen te vallen. Om hiervoor een oplossing te bieden, werd een amendement goedgekeurd zodat de rust- en verzorgingstehuizen met dit statuut niet onder dit decreet vallen.

Verder werd nog een amendement goedgekeurd waardoor het decreet verplicht tot een respectvolle omgang met de patiënt/cliënt, rekening houdend met zijn sociale context.

Ten slotte werd het geamendeerde ontwerp van decreet aangenomen met acht stemmen voor bij zeven onthoudingen. Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, waarde collega's, de kritische maar opbouwende opmerkingen van de commissieleden hebben geleid tot deze verbeterde tekst. Gisteren sprak koning Albert de gestelde lichamen toe. Hij had het over de integrale kwaliteitszorg in het overheidsbeleid. Vlaanderen is op dit vlak toonaangevend en dat zal voor vele instellingen de aanzet zijn tot meer kwaliteit. (*Applaus*)

De voorzitter : Mevrouw Ceysens heeft het woord.

Mevrouw Patricia Ceysens (*Op de tribune*) : We voerden een uitvoerige bespreking in de commissie. Toch zijn we niet tevreden met het resultaat. Ons voorstel van resolutie konden we vandaag jammer genoeg niet aan de bespreking van het ontwerp van decreet koppelen, omdat we hiervoor geen meerderheid hadden. Op deze manier wil ik ze toch in de algemene bespreking opnemen.

Het eerste voorstel van resolutie betrof een coherent beleid in de integrale kwaliteitszorg voor de hele non-profitsector. We voelden ons gesteund door het advies van de SERV. Die vroeg om één decreet, waardoor we verschillende definities voor eenzelfde term vermijden. Het voorstel werd niet aangenomen en de oppositie zal een tweede, algemener voorstel van resolutie indienen. Dit tweede voorstel beantwoordt aan de vraag van de Koning om voor een duidelijkere wetgeving te zorgen. We willen een kaderdecreet met een consequente terminologie. Dit voorstel komt niet meer in aanmerking voor de integrale kwaliteitszorg in de non-profitsector maar blijft nodig, ook op andere domeinen.

Ceysens

Er werden heel wat amendementen ingediend over het management van de integrale kwaliteitszorg. Toch blijven er nog enkele problemen bestaan. Ik licht ze even toe. Het eerste betreft het toepassingsgebied, meer bepaald de samenwerkingsverbanden. We vinden het niet zinvol dat bepaalde voorzieningen aan de voorwaarden uit verschillende decreten moeten voldoen. Het tweede punt is de definitie van cliënt of patiënt. We verkiezen te spreken over de hele gemeenschap, zonder een strikte invulling. Klachten over informatieverstrekking komen immers niet alleen van de persoon die de verzorging geniet, maar ook van zijn of haar ruimere omgeving.

Een volgend punt, dat zelfs nog meer op onze maag is blijven liggen, heeft te maken met de term maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg. Het gaat niet op om in dit decreet, dat een managementaspect vastlegt, ook een ethisch element in te bouwen. Toen we het in de commissie over maatschappelijke aanvaardbaarheid hadden, zijn we er niet uitgeraakt. We hebben u gevraagd wat dat betekent. Wat het betekent, kunnen we ons wel indenken. Een dokter moet zich telkens afvragen of de zorgen die hij toedient, maatschappelijk aanvaardbaar zijn. Dat is een ethische kwestie. Ik heb u in de commissie al gevraagd wat er gebeurt als een hoogbejaard iemand nog zorgen nodig heeft. We kunnen evolueren naar een maatschappij die deze zorgen onaanvaardbaar vindt vanwege de hoge kosten. Dat zou dan op economische euthanasie neerkomen. Zoiets is voor ons onaanvaardbaar, en we zien dit als een breekpunt.

Wij waren vragende partij voor een stappenplan. Indien u werkelijk integrale kwaliteitszorg wilt, hebt u zo een stappenplan nodig. Uit lectuur over dergelijke projecten in het buitenland blijkt dat ze niet in een paar jaar tijd kunnen worden gerealiseerd. In het plan moet eerst de missie van de verzorgingsinstellingen worden omschreven; ze moeten een organogram kunnen uittekenen. Dit alles vraagt heel wat voorbereiding en tijd.

Zoals ik al zei, blijven een aantal zaken op onze maag liggen. Het voornaamste punt is de maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg. Daarvoor hebben we dan ook een nieuw amendement ingediend. (*Applaus bij de VLD en het VB*)

De voorzitter : De heer Vandendriessche heeft het woord.

De heer Bart Vandendriessche (*Op de tribune*) : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dames en heren, het voorliggende ontwerp van decreet werd geboren na een ezelsdracht. Het werd door de Vlaamse regering goedgekeurd op 2 april 1996. Nu, tien maanden later, staan we aan de vooravond van de stemming. De procedure verliep niet zonder hindernissen.

Er waren tal van fundamentele verschillen in de opvattingen. Heel wat amendementen werden aangebracht. Er was een intensief inhoudelijk debat. De verslaggever heeft dit trouwens bijzonder goed weergegeven. Uiteindelijk resulteerde dit in een concept dat haalbaar is en dat, mits eerlijk overleg met de verschillende sectoren, zijn doel niet zal missen. Ik zal de discussiepunten niet herhalen. Ik wil enkel een aantal overwegingen onderstrepen en accenten leggen.

Nooit heeft iemand gezegd dat kwaliteitsbeleid geen prioriteit is in de gezondheidszorg. Evenmin heeft ooit een parlementslid beweerd dat de overheid niet sturend kan optreden bij een kwaliteitsbeleid. De overheid heeft een verpletterende verantwoordelijkheid. Het kwaliteitsdecreet ligt hier geen dag te vroeg. Er is trouwens ook het groeiende kwaliteitsbewustzijn van de patiënt. In de gegeven omstandigheden is het een eerste stap in een eigen Vlaams gezondheidslandschap. Waar het om gaat, is een kwaliteitszorg tegen een betaalbare prijs. We willen een gezondheidszorg waar preventie, thuiszorg en intramurale zorg belangrijk zijn. Dit ontwerp van decreet verplicht en stimuleert verzorgingsinstellingen tot een coherent kwaliteitsbeleid, tot kwaliteit in hun organisatie.

Instellingen als ziekenhuizen, CGG's en PVT's, moeten de best mogelijke kwaliteit bieden. Het gaat hier om een kaderdecreet, maar de invulling van de uitvoeringsbesluiten per sector zal minstens even belangrijk zijn: ook daar moeten de Gezondheidsraad, de sector en dit parlement hun rol spelen.

Oorspronkelijk was het de ambitie van de Vlaamse regering om één kwaliteitsdecreet te ontwikkelen voor de welzijns- en de gezondheidssector. In het begin was ook de culturele sector daarbij inbegrepen. Uiteindelijk bleek dat er verschillende visies en concepten waren en dat de finaliteit en de cultuur van de voorzieningen veel verschilden. Heel wat mensen hebben echter oprechte pogingen gedaan om tot één decreet te komen. Na een gezamenlijk denkproces bleek dat er dan te veel eigen-

Vandendriessche

heid zou verloren gaan, zodat geen van beide ministers zich nog terugvond in een amalgaam. We moeten nu wel proberen te vermijden om met verschillende definities te werken en ervoor zorgen dat de toepassingsgebieden van de decreten elkaar niet overlappen.

Daarom ook de pragmatische oplossing om met één amendement de RVT-problematiek te regelen : in principe is één decreet van toepassing in één instelling en op één bed. Een RVT gekoppeld aan een rusthuiserkenning, valt onder het kwaliteitsdecreet voor de welzijnsvoorzieningen. Een RVT gekoppeld aan een ziekenhuis, valt onder het voorliggende decreet. Een afzonderlijke RVT als voorziening voor ouderen valt onder het kwaliteitsdecreet voor de welzijnsvoorzieningen.

Verbeteringsprocessen in een organisatie groeien best van onderuit. Daar is iedereen het mee eens. Een succesvolle organisatie betreft haar medewerkers zo veel mogelijk bij haar kwaliteitsconcept. De hoogste leiding van de organisatie bekrachtigt het concept met haar volle gewicht en haar autoriteit. De overheid moet zich dan ook niet beperken tot vrijblijvende positieve aanbevelingen en sensibiliseringscampagnes. We willen dat de overheid sturend optreedt en dat dit gevolgen heeft voor de erkenning. Voorzieningen mogen niet obstinaat weigeren om mee te werken. De overheid mag vorderingen en resultaten vragen. Het gaat hier tenslotte om de volksgezondheid. Dirigisme is in dit geval een denigrerende term. Het zou voor de overheid bijzonder onverstandig zijn in te grijpen zonder overleg en zonder actieve betrokkenheid van de sector.

Naast vrijgekozen thema's kunnen ook verplichte thema's worden geïntroduceerd langs de Gezondheidsraad. Dat is billijk. Op termijn moeten op basis van meetbare kwaliteitsindicatoren vergelijkbare gegevens worden verzameld. Een elementair beleidsprincipe is immers : if you can't measure it, you can't manage it. De voorzieningen zijn trouwens niet bevreesd voor toetsingen aan kwaliteitsplan en kwaliteitshandboek, zelfs niet voor de koppeling van de erkenning hieraan. Op dit ogenblik zijn ze wel bevreesd voor de mogelijke publicatie van de resultaten van de kwaliteitscontrole. Ook hier zal na verloop van tijd echter een open cultuur ontstaan.

Uit de besprekingen kwam de wil naar voor om de patiënt nog meer centraal te stellen. De patiënt

moet worden gezien als totale persoon. Niet alleen zijn lichamelijke zorgen, gevoelens en familiale omgeving zijn belangrijk, maar ook zijn sociaal functioneren. Daarom hebben mevrouw Lindekens en ikzelf een amendement ingediend : de patiënt moet ernstig worden genomen in goede klachtenprocedures. Op die manier wordt hij ook betrokken bij een voortdurende kwaliteitsopvolging en bewaking.

Een goed kwaliteitsmanagement kost geld, maar vooral ook mankracht. Iedereen met ervaring kwam dit vertellen op de hoorzitting. Het zou bijzonder jammer zijn om dit knelpunt uit de weg te blijven gaan en zo de weerstand van de voorzieningen op te wekken.

Het uitvoeren van een kwaliteitsdecreet mag niet ten koste gaan van de hulpverlening, zeker niet bij kleine organisaties. Het personeel moet voldoende gekwalificeerd zijn en er moet ook voldoende personeel zijn. Begeleiding vanuit het departement helpt, maar is onvoldoende. In antwoord op een amendement van mevrouw Van Den Heuvel, zei de minister dat er geen bijkomende middelen kunnen worden uitgetrokken, omdat de Vlaamse regering daardoor op federaal bevoegdheidssterrein zou treden. Mijn laattijdige vraag is : waarom niet ? Kan de minister niet één of twee vormings- en begeleidingscentra inschakelen ? Dat gebeurde toch ook bij de overschakeling naar de vernieuwde consultatiebureaus van Kind en Gezin ? Na drie jaar dooft deze logistiek uit. De verslaggever maakte daar juist allusie op een mogelijke bijkomende financiering. Ook daar had ik graag wat meer informatie over gehad.

Heel wat opmerkingen over de te korte implementatieperiode van dit decreet, waren terecht. Uit de hoorzitting bleek dat een organisatie moet rekenen op een periode van vijf tot zes jaar om een kwaliteitsbeleid door te voeren. Formeel is dit wel mogelijk op een periode van twee jaar, maar dan gaat het om een maat voor niets : de basis is niet mee en het kwaliteitsbeleid wordt niet doorleefd. In de voorliggende decreetbepaling eindigt de overgangperiode op 31 december 2000. Vanaf 1 januari 2001 begint het echt : dan speelt de erkenning een rol. Dit leek een realistisch compromis.

Mijnheer de voorzitter, dit decreet luidt een nieuw tijdperk in voor een meer kwalitatieve gezondheidszorg. Wij blijven positief kritisch en hebben nog heel wat vragen omtrent de concrete introductie. In het kader van de kwaliteitsfilosofie kan een voortdurend overleg met alle actoren de enige

Vandendriessche

waarborg voor succes zijn. (*Applaus bij de CVP en de SP*)

De voorzitter : Mevrouw Lindekens heeft het woord.

Mevrouw Kathy Lindekens (*Op de tribune*) : Mevrouw de minister, mijnheer de voorzitter, collega's, ik zou mijn betoog willen beginnen met een verhaal. Het is een waar gebeurd verhaal waarvan ik enkele jaren geleden getuige was. Het speelde zich af in een degelijk ziekenhuis met een goede reputatie.

Een eenvoudige vrouw op oudere leeftijd zit aan het ziekbed van haar man, die longkanker heeft en terminaal is. Een paar dagen eerder is hij opgenomen en wegens plaatsgebrek is hij op een verkeerde afdeling terechtgekomen : op een zaaltje met vijf hartpatiënten. Zijn lijdensproces wordt zorgvuldig voor de andere patiënten afgeschermd door een gordijn, wat hem vanwege de warmte nog meer ademhalingsmoeilijkheden oplevert. De man is onrustig en kwaad omdat de arts die iedereen op de zaal een bezoek brengt, hem telkens voorbijgaat. Hij begrijpt dit niet en vindt het onverantwoordelijk. De vrouw weet niet wat ze er mee aan moet. Zij zit al dagenlang naast haar man. Ze wil niet van hem wijken en vindt haar weg niet in het grote ziekenhuis. Bij etenstijd – haar man wordt kunstmatig gevoed – krijgt ze wel eens een boterham van een andere patiënt, die haar zegt dat ze er zijn om elkaar te helpen. Hij wordt echter openlijk en fel terechtgewezen door een verpleegster, omdat mevrouw geen patiënte is. Op een morgen vertelt een arts haar in het bijzijn van twee verpleegsters dat haar man die dag zal sterven. Ze breekt in tranen uit, maar vermant zich en gaat weer aan het bed zitten. Als zij een uur later klaagt over hoofdpijn, kunnen de verpleegsters haar geen aspirine geven. Mevrouw is immers geen patiënt. Na aandringen wordt gezegd dat dit dan wel op de rekening van mijnheer zal komen, alsof deze pijnstillers het verschil zou maken. Tijdens het laatste levensuur van de man – hij ligt dan weer op een andere afdeling – wordt nog tot tweemaal toe door twee verschillende verpleegsters een poging gedaan om hem wakker te krijgen om een medicijn of aërosol toe te kunnen dienen. De vrouw weet en zegt dat dit niet meer nodig is : haar man zal niet meer wakker worden. Het laconieke antwoord van de verpleegsters luidt : het is vier uur en tijd voor zijn medicijn. Net voor zijn dood komt een stagiair binnen die zich duidelijk schaamt, met een papier

in de hand dat hij moet afgeven : een voorschot van 10.000 frank, onmiddellijk te betalen aan de kassa.

Dit verhaal bevat een aantal pijnlijke momenten die het gevolg zijn van menselijk falen. Ligt de schuld hier bij de artsen, de verpleegkundigen of bij de directie ? Worden dergelijke situaties niet veeleer veroorzaakt door het systeem dat zich in de loop der jaren spontaan heeft ontwikkeld en dat op zakelijke en technische gronden is gestoeld ? Men baseert zich namelijk op een verdeling van taken, terwijl het in feite gaat om een proces met een gezamenlijke visie.

Menselijkheid in de zorgverlening is geen prerogatief van mensen die weldra afscheid moeten nemen van het leven. Recent wetenschappelijk onderzoek toont aan dat de effectiviteit van ingrijpende medische behandelingen kan worden verhoogd door het nemen van aanvullende maatregelen die de natuurlijke weerstand van de patiënten ondersteunen. Zo zijn er aanwijzingen dat patiënten die ervaren dat ze greep hebben op hun eigen situatie, langer leven dan patiënten die zich overgeleverd voelen aan de omstandigheden. Patiënten die een hoge mate van sociale ondersteuning ervaren, blijken minder vatbaar te zijn voor infectieziekten, minder risico te lopen op het krijgen van ernstige chronische ziekten en een gunstiger verloop te kennen van bestaande gezwelziekten.

Iedere zieke die een behandeling moet ondergaan, moet zo goed mogelijk worden ondersteund om actieve verantwoordelijkheid op te kunnen nemen voor zijn genezingsproces. Voor mensen met een levensbedreigende, chronische ziekte geldt bovendien dat een groot aantal disciplines bij de zorg is betrokken. Hierdoor kan de continuïteit van de zorg in het gedrang komen. Het is dan ook belangrijk om te komen tot een zorgmodel waarin wordt gestreefd naar een nieuw evenwicht tussen hoogwaardige medische technologie en menselijke zorg. Men moet hierbij uitgaan van een gemeenschappelijke inspanning van goed op elkaar ingespeelde deskundigen, die werken vanuit een gezamenlijke visie.

Met deze uitgangspunten voor ogen heeft onze fractie bij de bespreking in de commissie elf amendementen ingediend. Deze amendementen, die mede door de CVP werden ondertekend en door de commissie aangenomen, zullen een verdere menselijke uitdieping geven aan dit integrale zorgmodel, dat eveneens door de minister werd vooropgesteld.

Lindekens

Integrale kwalitatieve zorg betekent het afstemmen van de zorg op de cliënt of patiënt, rekening houdend met een aantal belangrijke aspecten. Recent werd dit begrip zeer nauwkeurig omschreven. Integrale zorg houdt in dat, naast het verlenen van lichamelijke zorg, ook expliciet aandacht wordt besteed aan het emotionele, relationele en spirituele aspect van de mens. De zorg moet dan ook gericht zijn op alles wat de patiënt meer is dan zijn ziekte. Meer dan wie ook, is de patiënt deskundig op het vlak van zijn eigen wensen, noden en gevoelens. Indien aandacht wordt besteed aan de wezenlijke aspecten van het menszijn, indien de zieke correcte informatie en goede voorlichting krijgt, indien met zijn emoties en de verwerking ervan op een respectvolle en menselijke manier wordt omgegaan, voelt hij zich behandeld als mens, niet als een ding, en kan hij beter zijn eigen verantwoordelijkheid nemen.

Integrale zorg betekent eveneens dat niet alleen de patiënt, maar ook zijn naasten, bij de zorg moet worden betrokken. Ook voor hen moet er, indien nodig, aandacht zijn. De patiënt vormt samen met zijn naaste omgeving een sociaal netwerk. De kwaliteit van het contact van de patiënt met zijn familie en vrienden en met de hulpverleners, kan een positieve bijdrage leveren tot het herstel en draagt bij tot het welbehagen van de betrokkenen in een soms zeer moeilijke situatie. Deze sociale context is bij de chronische patiënt eveneens belangrijk voor de herintegratie in zijn natuurlijke omgeving. Het vergemakkelijkt zijn terugkeer naar huis en geeft hem het gevoel dat hij niet aan zijn lot wordt overgelaten in periodes tussen en na de behandeling.

In dit proces moet eveneens voldoende aandacht worden besteed aan de zorgenden. Het toevoegen van een menselijke waarde aan de zorgverlening, vraagt de inzet van alle betrokkenen. In een moeilijke situatie waarbij een patiënt zich tussen hoop en wanhoop bevindt, vraagt het moed, tijd en tact om de waarheid mee te delen, vragen te beantwoorden en met emoties om te gaan. De weerslag van een diagnose kan zeer ingrijpend zijn, zowel voor de patiënt als voor de arts en de andere zorgverleners. In de dagelijkse confrontatie met leven en dood kunnen de hulpverleners de neiging krijgen om zich af te schermen van het menselijke leed, waardoor een verharding ontstaat die kan leiden tot nog minder menselijke zorg. Hulpverleners moeten daarom instrumenten aangereikt krijgen, vaardigheden die hen bij deze soms moeilijke taak

kunnen helpen en die hen toelaten meer te geven door zichzelf beter te beschermen.

In dit verband wil ik nogmaals de aandacht vestigen op het belang van een meer integrale basisopleiding voor alle zorgverstrekkers, die meer rekening houdt met psychologische en sociale factoren en meer patiëntgericht is. Ik denk bovendien, mevrouw de minister, dat het voor het welslagen van dit kwaliteitsdecreet nodig is dat, zeker in de beginfase, door de overheid wordt gedacht aan het steunen van de bijscholing, waarvoor de expertise in Vlaanderen aanwezig is en waarvoor al projecten zijn opgestart. Door een ondersteuning van deze bijscholingsprojecten kan een belangrijke impuls worden gegeven aan een menswaardigere, integrale gezondheidszorg.

Het verbeteren van de kwaliteit van de zorg in de voorzieningen leidt niet noodzakelijk tot hogere kosten. Het heeft voor een groot deel te maken met het veranderen van visie en mentaliteit. Toch ben ik er mij van bewust dat steeds meer wordt gevraagd van steeds dezelfde mensen. Daarom is het noodzakelijk dat er een grondige evaluatie wordt gemaakt en dat – waar nodig – zuurstof wordt gegeven aan kwaliteitsvolle projecten.

Niet alleen in de verzorgingsvoorzieningen, maar ook in de netwerken die op vrijwillige basis aan hulpverlening doen – en misschien is het daar nog net zo belangrijk en noodzakelijk – moet op permanente basis over een voortdurende kwaliteitsverbetering worden nagedacht, op alle niveaus, van organisatie tot uitvoering.

Wanneer we het hebben over een integrale kwaliteitsverbetering van de zorg in al zijn aspecten, behelst kwaliteitsverbetering de hele organisatie en moet zowel van bovenaf als van onderuit worden gevoed. Alle niveaus en beroepsgroepen in de voorziening moeten hun verantwoordelijkheid nemen en hun deskundigheid inzetten voor een gezamenlijk project en met respect voor elkaar. De verpleging zit het dichtst bij de patiënten, de directie het dichtst bij de centen. Door goed te luisteren naar de ervaring en in te spelen op het enthousiasme van de verschillende componenten van de zorgverlening en door in het overleg ook de patiënten te betrekken kan een zo goed mogelijk traject worden uitgetekend. Een echte zorgcultuur komt pas tot stand door een volgehouden inspanning over langere tijd.

Voorbeelden in het buitenland hebben aangetoond dat het opbouwen en onderhouden van een gemeenschappelijk referentiekader nuttig en nodig

Lindekens

is voor de consistente vooruitgang van een zo belangrijke vorm van kwaliteit als de integrale zorg. De overheid moet ons inziens dan ook per soort van voorziening de minimale kwaliteitsvereisten bepalen waaraan het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan moeten voldoen. Er moet een voortdurende kwaliteitsbewaking zijn, waarin men oog heeft voor de vorderingen en resultaten.

Wat de externe controle betreft, mevrouw de minister, begrijpen we de beperkingen van de administratie, maar we vinden in principe dat deze controle het best door de overheid zelf gebeurt, en niet door privé-instanties. Hoe dan ook, er moet kwaliteit in de kwaliteitsbewaking zijn. Ik moet eerlijk zeggen, collega's, dat ik vorige week geschokt was door een aantal uitlatingen van de twee vertegenwoordigers van het Centrum voor Kwaliteitszorg Kortrijk, die we konden beluisteren tijdens de hoorzitting over kwaliteitszorg in de welzijnssector. Ik heb daar geleerd van deze specialisten terzake, dat kwaliteit in seconden wordt uitgerekend. De bedoeling van een kwaliteitsbeleid is dat het rendeert. Time is money.

Eén van de gevleugelde stellingen was dat men moet uitrekenen wat men waard is per seconde en hoeveel wat men doet per dag kost. Men moet berekenen, wat men verdient als men de seconden optelt die men beter zou kunnen gebruiken. Hoeveel seconden verliest men door naar iemand te luisteren? Hoeveel seconden kost het vasthouden van een hand die trilt omdat ze bang is? Hoeveel seconden kost het troosten van een ontroostbare moeder? Dan zullen we het maar niet hebben over het onoverzienbare aantal seconden dat het overbrengen van een bed moet hebben gekost aan een van de palliatieve projecten – een beeld dat me nog altijd bijstaat – om aan de grootste wens van een stervende man te beantwoorden: toch nog zijn eigen bed. Als dit kwaliteitszorg is, collega's, als we deze criteria gaan hanteren in de verzorgings- of welzijnssector, dan wil ik daar nu al vriendelijk voor bedanken.

Ik pleit wel voor een kwaliteitsuitlijning die in de voorzieningen een nieuw evenwicht brengt tussen ziekte en mens, afhankelijkheid en autonomie, aparte taken en een gezamenlijk proces met een visie. Een nieuw evenwicht tussen high-tech en high-touch, doen en zijn, hoofd en hart. (*Applaus bij de SP en de CVP*)

De voorzitter : Mevrouw Ceysens heeft het woord.

Mevrouw Patricia Ceysens : Mijnheer de voorzitter, ik heb mevrouw Lindekens laten uitspreken, omdat het niet mijn stijl is mensen te onderbreken in hun betoog.

Ik wil toch in het verslag genoteerd zien dat ik, eerlijk gezegd, een beetje geschokt ben door het volledige eenzijdige verhaal. Ik vind het een blaam aan het adres van de vele verplegenden die met veel inzet en recht uit het hart al heel wat meer doen dan waar ze voor worden betaald. Het beeld dat hier wordt opgehangen is absoluut onrechtvaardig, alsof het allemaal machines zijn die in de ziekenhuizen rondlopen. Ik kan u verzekeren dat er ook andere verhalen zijn. Ik vind dit onaanvaardbaar.

Ik wil dit zeggen, omdat het vermeld zou worden in het verslag. Onze fractie, heeft veel respect voor het verplegend personeel. We nemen voor hen onze hoed af. Het is gemakkelijk om over dit onderwerp sentimenteel te doen, maar het is gevaarlijk om daarin te vervallen.

We hebben gepleit voor de verruiming van de definitie van de cliënt tot zijn omgeving, omdat de familie vaak vragende partij is. Toen hebben we niemand gehoord.

Mevrouw Kathy Lindekens : Mijnheer de voorzitter, ik begrijp de opmerking van mevrouw Ceysens niet. Ik zou ook in het verslag willen genoteerd zien dat...

De voorzitter : Alles wat hier wordt gezegd, wordt genoteerd in het verslag. Maak u geen zorgen.

Mevrouw Kathy Lindekens : De mensen in de sector weten dat ik evenveel respect voor hen heb als mevrouw Ceysens. Heel wat verpleegkundigen zijn het met me eens.

De voorzitter : De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx (*Op de tribune*) : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, dat we hier vandaag een decreet bespreken dat over integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen gaat, mag geen verbazing wekken. Ik hoop zelfs dat we in de toekomst nog veel kwaliteitsdecreten zullen voorgeschoteld krijgen.

Kwaliteit en het streven naar kwaliteitsverbetering zijn immers dingen waar Vlamingen sterk in zijn.

Strackx

Kwaliteit is zo'n beetje ons handelsmerk en dat is niet louter toevallig. Het voortdurend streven naar kwaliteitsverbetering zit als het ware in de Vlaamse volksaard ingebakken en is voor een groot deel verantwoordelijk voor onze welvaart. Jammer genoeg zijn we tegelijkertijd ook veel te bescheiden en te lankmoedig. Indien onze politici bijvoorbeeld wat meer haar op hun tanden hadden gehad, hadden we vandaag over integrale kwaliteitszorg in de gezondheidszorg kunnen spreken.

Dat men in Wallonië helemaal niet wakker ligt van de best mogelijke zorg voor de laagst mogelijke prijs, heeft uiteraard alles te maken met het feit dat de Vlamingen toch de rekening blijven betalen. Het bewijst ook dat er in het zuiden van het land een ander volk woont, met een andere cultuur en een andere mentaliteit. Dat is precies wat vele Vlamingen niet begrijpen en wat hen zo toegeeflijk maakt. Men heeft hen immers wijsgemaakt dat er in België slechts één volk leeft en dus nemen ze aan dat de mentaliteit daar dezelfde is als hier. Vanuit die optiek kunnen ze natuurlijk moeilijk begrijpen dat er zoveel geld verspild wordt en dus concluderen ze dat Wallonië bevolkt is met arme sukkelaars.

Geachte collega's, in Vlaanderen werken aan kwaliteit en in Wallonië verder aanmodderen zal ongetwijfeld de transfers in de ziekteverzekering nog doen toenemen. Dat mag echter voor ons geen reden zijn om er niet mee verder te gaan. Maar we moeten dan wel het lef hebben om te eisen dat de volledige gezondheidszorg onder onze bevoegdheid komt. Alles wat onze onderhandelingspositie daarbij versterkt is van harte welkom.

Op zich zou dat een voldoende reden zijn om dit ontwerp van decreet goed te keuren, ware het niet dat er, na verschillende wijzigingen ten goede aan het decreet in de commissie, één passus is blijven staan die het geheel ontsiert. Dat is het stukje over de verantwoorde zorg. Die verantwoorde zorg moet volgens het decreet rekening houden met de doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, veiligheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg. Doelmatigheid wordt dan omschreven als een afweging van de baten ten opzichte van de kosten. Deze omschrijving vindt ongetwijfeld zijn oorsprong in het feit dat het begrip integrale kwaliteitszorg is ontstaan in de industrie. In de gezondheidszorg wordt echter met mensen gewerkt. In deze sector denken in termen van kosten-baten-

analyses doet de rillingen over de rug lopen, zowel bij de patiënten als bij de zorgverstrekkers.

Ik kan me onmogelijk neerleggen bij de gedachte dat we ons ooit – zoals we in de garage de vraag stellen of onze auto de reparatiekosten nog wel waard is – zouden afvragen: Is onze bompa die kosten nog wel waard? Is het maatschappelijk nog wel aanvaardbaar om aan een mens die economisch niet meer rendabel is en die wellicht nog maar enkele jaren voor de boeg heeft, nog zo veel geld uit te geven? Voor een dergelijke gezondheidszorg, die denkt in termen van rendabiliteit, voor een gezondheidszorg van koele cijferaars zonder hart, bedank ik feestelijk.

Ik weet wel, mevrouw de minister, dat u het zo niet bedoelt, maar het staat er toch maar zo. Ook het feit dat deze terminologie wordt gehanteerd in het Nederlandse kwaliteitsdecreet kan mij niet geruststellen, integendeel. Wie zegt trouwens dat wat vandaag maatschappelijk aanvaardbaar is, dat morgen nog zal zijn? Begrippen als maatschappelijke aanvaardbaarheid kunnen zeer snel veranderen. Wie weet met welke inleveringen uw federale ambtgenoot morgen voor de pinnen komt, als blijkt dat de muntunie niet kan worden gehaald? De maatschappelijke aanvaardbaarheid van bepaalde zorgen zou wel eens zeer snel kunnen verminderen, als het water de bevolking tot aan de lippen staat.

Het zou daarom een grove fout zijn, mevrouw de minister, als u dit zo in het decreet liet staan. Alle patiënten hebben recht op de best mogelijke zorg, ongeacht hun leeftijd, economische rendabiliteit of maatschappelijke situatie. Dat is altijd de uitgangspositie van onze gezondheidszorg geweest en moet het ook blijven. (*Applaus bij het VB*)

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel (*Op de tribune*) : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, het pad naar een betere kwaliteit is bezaaid met stenen en zit vol valkuilen. Ik denk dat we het daar allemaal over eens kunnen zijn. Om het te bewandelen zal enig vallen en opstaan soms onvermijdelijk zijn. Als we echter goed uitkijken, kan een heleboel ellende worden voorkomen en kunnen we onszelf heel wat narigheid besparen. Ook een goed uitgewerkt kwaliteitsdecreet kan een effectief en efficiënt hulpmiddel zijn op de weg naar meer kwaliteit in de verzorgingsvoorzieningen, naar meer menselijkheid in de zorg. Ik ben

Van Den Heuvel

ervan overtuigd dat dit voor ieder van ons een absolute wens is en een doel dat absoluut moet worden bereikt. Daarom heeft onze fractie tijdens de bespreking in de commissie getracht op een opbouwende manier mee te werken om het voorliggend decreet nog te verbeteren door een aantal tegenstrijdigheden weg te werken en door een aantal leemtes in te vullen.

Ik zet er een aantal op een rij. Ten eerste, we vinden nog steeds dat controle en beheersing centraal staan in dit decreet. Dit kan in tegenspraak zijn met echte kwaliteitszorg. Ten tweede, wordt er onvoldoende rekening gehouden met de heterogeniteit van de voorzieningen. Meer nog, dit decreet is geschreven op maat van de grote ziekenhuizen. Kleine organisaties, zoals bijvoorbeeld de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, moeten aan precies dezelfde voorwaarden voldoen. Hun krappe bezetting zal ongetwijfeld lijden onder het feit dat extra opdrachten en bijkomend administratief werk worden opgelegd zonder dat er in nieuwe middelen of extra personeel wordt voorzien. Op deze manier zal de hulpverlening lijden onder de bijkomende opdrachten van dit decreet.

Een derde probleem is dat het onduidelijk blijft welke rol de administratie in de naleving van dit decreet zal spelen. Voor ons is het heel duidelijk dat de administratie niet tegelijk kan optreden als begeleider bij het implementeren van kwaliteitszorg en als controleur die nagaat of dit in voldoende mate gebeurt. Die twee functies moeten absoluut worden gescheiden. Ten vierde, voorzieningen zijn onvoldoende in staat om hun eigen kwaliteitsbeleid te omschrijven, rekening houdend met hun eigen sterkte-zwakteanalyse, of zelfs in voortzetting van een reeds gevoerd beleid. De eigenheid van elke voorziening gaat dus gedeeltelijk verloren. Dit is een van onze grote zorgen.

Een vijfde punt is de kostprijs die hoe dan ook gepaard gaat met de invoering van dit kwaliteitsdecreet. De profitsector pompt hiervoor massaal geld in zijn organisatie. Hij doet dit, omdat hij overtuigd is van het resultaat van deze operatie. De sector weet dat dit op termijn inderdaad kostenbesparend zal zijn. U hebt gezegd dat er geen extra middelen zullen worden vrijgemaakt voor de implementatie van het kwaliteitssysteem in de verzorgingsinstellingen. Hoe is in godsnaam een goede implementatie mogelijk als de nodige middelen niet worden vrijgemaakt? Er is trouwens nog een tweede vraag. De invoering van meer kwaliteitszorg wordt ook ingegeven door beheersingsdrang. Op zich heb

ik daar geen moeite mee. Men zal echter wel duidelijk moeten stellen wat er met de eventueel vrijgekomen middelen zal gebeuren. Zal men hier meer personeel mee aanwerven? Ik vrees van niet.

Mevrouw Lindekens heeft daarnet misschien iets te emotioneel gereageerd. Wat ze zei, was echter wel juist. Zal er meer tijd zijn om menselijkheid in te bouwen in de verzorgingssector? Nu al klagen personeelsleden dat ze onvoldoende de kans krijgen om gewoon tijd te maken voor mensen. In dit kwaliteitsdecreet zie ik inderdaad een mogelijkheid om de kosten te beheersen. Dat men die kosten beheerst, zegt echter nog niets over de kwaliteit van de geboden hulpverlening. Er worden terzake te weinig garanties geboden.

De bedoeling van dit decreet is om mensen en organisaties ertoe aan te zetten aan kwaliteit te werken. Mijns inziens ziet het decreet er echter te veel uit als een eenzijdig opleggen van verplichtingen. Instellingen zijn verplicht om mee te stappen in het decreet. Anders zijn ze hun erkenning kwijt. In een niet te onderschatten aantal situaties zal dit dus vanuit een negatieve motivatie gebeuren.

Mijn volgende punt kan worden omschreven als de basisvoorwaarde om een kwaliteitssysteem in te voeren. Er is onderzoek verricht naar de wijze waarop men een kwaliteitssysteem kan invoeren, en naar de basisvoorwaarden waaraan eerst moet voldaan zijn. Ik zet hier een aantal van die basisvoorwaarden op een rijtje. Ten eerste, in een voorziening of een organisatie moet al een missie, een visie, een doelstelling, een strategie, een organisatiestructuur aanwezig zijn met de daaraan verbonden verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Ten tweede, er moet een kwaliteitsgerichte organisatiecultuur zijn. Die cultuur moet gekenmerkt zijn door een atmosfeer van open en constructieve communicatie, een bereidheid om het eigen functioneren en het resultaat van elke handeling in vraag te durven stellen, en een gemeenschappelijke organisatie-identiteit.

Een derde basisvoorwaarde die moet zijn vervuld vooraleer men nog maar kan beginnen met de invoer van een kwaliteitssysteem, is de aanwezigheid van eenzelfde basismanagementsstijl bij alle leidinggevenden. En een laatste voorwaarde behelst de beschikbaarheid van voldoende goed opgeleide en gemotiveerde medewerkers, die bereid zijn om zich permanent bij te scholen. Indien een van deze basisvoorwaarden niet of onvoldoende gerealiseerd zijn, dan hypothekeert dit in zeer belangrijke mate de implementatie en ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Mevrouw

Van Den Heuvel

de minister, bij mijn weten hebben we op dit ogenblik onvoldoende kijk op de stand van zaken in de realisatie van deze basisvoorwaarden. We hebben dus onvoldoende kijk op de mogelijkheid om dit kwaliteitsdecreet ook op een goede wijze in te voeren.

Vele projecten van kwaliteitszorg worden met veel enthousiasme opgestart. Ik geloof de minister als zij zegt dat het verplegend personeel waarmee ze praat, vraagt om aan kwaliteit te mogen werken. Maar vele van die projecten, die enthousiast worden opgestart, blijken na verloop van tijd een stille dood te sterven, en een gedemotiveerde afdeling of organisatie achter te laten. Het tegendeel was toch de bedoeling. Vele projecten gaan de mist in, omdat het management slechts lippendienst bewijst aan de uitgangspunten van kwaliteitszorg en de basisvoorwaarden tot invoering niet aanwezig zijn. Ik vrees dat het risico bestaat dat het management van de verzorgingsvoorzieningen ook lippendienst zal bewijzen aan het kwaliteitsdecreet. Zij zullen op papier wel aan de gestelde voorwaarden voldoen. Maar aan reële kwaliteitszorg zal misschien onvoldoende aandacht worden besteed.

Ook blijkt uit analyse van mislukkingen dat men soms een vreemd element heeft willen invoeren – in dit geval gaat het om IKZ – in de organisatie, zonder dat men eerst die integrale managementfilosofie rond kwaliteitszorg heeft uitgebouwd. De invoering en het opleggen van dit decreet houdt dit risico in. Ik vraag dan ook dat we voldoende oog hebben voor deze problematiek. Zeker als het doel op heel korte termijn moet worden gerealiseerd.

Vandaag wil ik echter vooral de nadruk leggen op de plaats die de klant – de patiënt – krijgt toebedeeld in dit ontwerp. Ik citeer hier ook even de vertegenwoordigers van het Centrum voor Kwaliteitszorg uit Kortrijk, die bij de hoorzitting rond het decreet Kwaliteitszorg in de Welzijnsvoorzieningen enige toelichtingen hebben gegeven. Een van de elementen die ze aanbrachten, handelt over de vier basisprincipes bij de invoering van het kwaliteitsdenken. Ik zal ze niet alle opnoemen, maar me beperken tot het laatste. Dat vierde principe luidt als volgt : het is belangrijk dat men in gelijke mate de tevredenheid van alle belangengroepen tracht te bewerkstelligen. Einde citaat. Vervolgens worden alle belangengroepen genoemd. Ten eerste is er de klant, de patiënt ; ten tweede het personeel ; ten derde de organisatie of het bestuur ; ten vierde de samenleving of de overheid die deze vertegen-

woordigt. Mevrouw de minister, alhoewel ik reeds verklaarde dat dit kwaliteitsdecreet ook goede elementen bevat, is mijn grootste teleurstelling terzake de plaats die de cliënt of patiënt en het personeel erin krijgen toebedeeld.

Hebben we het over het personeel, dan wil ik even professor Mulder uit Eindhoven citeren, die al jaren werk verricht op het domein van het kwaliteitsdenken. Ik citeer : een van de essentiële elementen om het kwaliteitsdenken ingang te doen vinden bij de hele organisatie en ook bij het personeel, is training op grote schaal. Besteed veel tijd, geld en energie aan opleidingen en trainingen in een bedrijf of de voorziening. Leer mensen, van hoog tot laag, om zelf problemen in hun werksituatie te herkennen, te analyseren en op te lossen. Schep de organisatorische condities voor training on the job. Einde citaat. In die zin hechten we weinig geloof aan de mogelijkheid dat er voldoende tijd en middelen kunnen gaan naar die opleiding van het personeel. Wat dat betreft, hebben we dan ook opnieuw een amendement ingediend.

Ik kom tot een tweede punt aangaande het personeel. Als de voorzieningen een aantal gegevens voor controle ter beschikking moeten stellen aan de overheid, dan is het belangrijk dat die personeelskaders ook over diezelfde gegevens beschikken. Dat er een zeer belangrijke relatie bestaat tussen de tevredenheid van het personeel en deze van de patiënt, zal niet nieuw zijn.

De tweede groep die naar mijn aanvoelen onvoldoende aan bod komt in dit kwaliteitsdecreet is die van de patiënten. Ik weet dat dit decreet ook is ingegeven door het verlangen om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te verbeteren. Ik doel nu echter op iets anders. De kwaliteit van de verzorgingsvoorzieningen wordt hoofdzakelijk afgemeten aan de wijze waarop formele procedures worden gevolgd, en niet of nauwelijks aan de wijze waarop de gebruiker deze procedures ervaart. In dit decreet had men bijvoorbeeld ook de nodige waarborgen kunnen opnemen voor de rechtspositie en de participatie van de gebruikers. Tevens zouden hulpvragers over kanalen moeten kunnen beschikken waarmee ze actief aan het beleid van de voorzieningen kunnen participeren.

Hoewel telkens wordt verklaard dat het de bedoeling van dit decreet is om meer kwaliteit te bezorgen aan de cliënt – wat ik ook geloof – , wordt de inspraak, de inbreng, de organisatie van een eventuele klachtenprocedure en de participatie van diezelfde cliënt herleid tot een jaarlijks tevredenheids-

Van den Heuvel

onderzoek. De patiëntenrechten worden in dit decreet beperkt tot dat onderzoek. In heel veel situaties kan men de zin daarvan in vraag stellen, zeker als dat de enige spreekbuis wordt voor die patiënt. Een amendement in die zin wordt eveneens opnieuw ter stemming voorgelegd. We willen dat er veel meer aandacht gaat naar het uitbouwen en garanderen – zelfs in dit decreet – van de rechten van de patiënt.

Dit decreet heeft een ingrijpende invloed op de relatie tussen de overheid en de voorziening, met als doel de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te vergroten. Het grijpt echter niet in in de relatie tussen de voorziening en de gebruiker zelf. Dat vinden wij een verloren kans. Recht op hulp, informatie en privacy, klacht- en hoorrecht, recht op participatie en de wijze waarop deze alle kunnen worden uitgebouwd, ontbreken.

Een laatste essentieel element uit het kwaliteitsdenken van professor Mulder luidt als volgt : ont-koppel organisatorisch het beheersen en het verbeteren van situaties. Verbetering van kwaliteitszorg vraagt andere deskundigheid en een andere instelling dan beheersing. Dit decreet handelt veeleer over beheersing dan over verbetering.

Mevrouw de minister, ik wil even citeren uit de titel van uw vrije tribune in De Morgen. Deze titel luidde : wie is er bang voor kwaliteitszorg ? Ik ben absoluut niet bang voor kwaliteitszorg, en vele voorzieningen evenmin. Maar wanneer we de titel met twee woorden zouden veranderen, krijgen we het volgende : wie is er bang voor dit decreet Kwaliteitszorg. Dan moeten we erkennen dat heel wat mensen bang zijn en dat hier wordt voorbijgegaan aan de bedoelingen die eraan ten grondslag lagen.

Mevrouw de minister, collega's, wij staan zeer positief tegenover kwaliteitszorg. Dit decreet is voor ons echter een gemiste kans. We gaan het decreet dan ook niet goedkeuren. (Applaus bij AGALEV, de VLD en de VU)

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt (Op de tribune) : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, mevrouw Van Den Heuvel heeft al de inleiding van mijn toespraak gehouden. Zij is geëindigd met de lezing van uw artikel, mevrouw de minister.

U vraagt daarin wie er bang is voor kwaliteitszorg, maar dat is niet bepaald een geruststelling.

Mevrouw de minister, u weet dat er onzekerheid is. We zwijgen dan nog over de rechtsonzekerheid die kan ontstaan ondanks alle communicatiedagen. Deze onrust is trouwens duidelijk gebleken tijdens de hoorzittingen in dit Vlaams Parlement. Er is onrust over de implementatie van dit kwaliteitsdecreet. Ik moet mevrouw Van Den Heuvel daarover gelijk geven. De instellingen stellen vragen omtrent de erkenningsvoorwaarden. De zorgverstrekkers stellen zich vragen inzake de vrijwaring van de twee basisbeginselen van kwaliteitsgeneeskunde.

De meest fundamentele vraag is of de patiënt zich veilig mag voelen. Mag de patiënt zich veilig voelen, als de minister zich in verband met het artikel en het kwaliteitsdecreet de vraag stelt bij wie en hoe behandelingen moeten worden uitgevoerd. Deze vraag is suggestief en bevordert het vertrouwensklimaat niet.

U spreekt van patiënten of cliënten die mondiger worden. Informed consent is inderdaad de basis van vertrouwen. Ook in de zorgverstrekking is dialoog een element van en vaak het cement voor kwaliteit in de gezondheidszorg, maar het vertrouwen en de vertrouwensrelatie bouwt men in de non-profitsector niet op met een kwaliteitslabel. Vertrouwen heeft te maken met vrijwillige keuzes, met tijd en met zorgverstrekkers die zich kunnen vrijmaken voor de patiënt of cliënt en die niet tot louter bureaucraten herleid moeten worden. Een kwaliteitslabel mag geen vals gevoel van veiligheid oproepen.

Ik ben het er met u over eens dat we in de eerste plaats een gezondheidsbeleid moeten voeren ten dienste van de mensen, een beleid waarvan de mensen en niet de structuren en de voorzieningen beter worden. U spreekt echter over emoties. Dit zijn gevoelens, mevrouw de minister. Gevoelens kan men niet beïnvloeden met regels of decreten. Men kan hoogstens leren hoe men ermee moet omgaan. Vragen kan men beantwoorden. Aan verwachtingen kan men proberen te voldoen.

Kwaliteitsevaluatie dient een concept te zijn waar responsabiliteit ten aanzien van het geheel van de samenleving aan de basis ligt. Als kwaliteit inhoudt dat het eigen handelen voortdurend geëvalueerd wordt, verhoogt dit zeker de effectiviteit, maar zorgverstrekking blijft een middelenverbintenis.

Avontroodt

Primordiaal staat het patiëntgericht denken. Om die vrijheid van denken te bereiken zijn het niet zelden de werkomstandigheden die als remmende factor fungeren. Burn-out is de toestand waarin men zich bevindt als men de toestand niet meer aankan, omdat de beroepseisen de middelen waarover men beschikt, overtreffen.

De vraag die zich nu aandient, luidt of dit kwaliteitsdecreet hiervoor een oplossing biedt. U weet dat de sector met een enorm probleem van burn-out te kampen heeft. Dit fenomeen doet zich vooral voor bij idealisten en bij mensen bij wie de persoonlijke inzet onontbeerlijk is om in hun beroep succes te hebben. Het zijn die mensen die zich nu getroffen voelen. Daarom moet men omzichtig omspringen met het menselijke kapitaal. Dit veronderstelt enerzijds een personeels- en middelenbeleid en anderzijds permanent controle.

Kwaliteit wil dus niet alleen zeggen : voldoen aan vooropgestelde eisen. Het betekent ook een adequate afstemming en invulling van nieuwe zorgbehoeften tussen zorgverleners en patiënten. In de gezondheidssector wordt de kwaliteit de facto bepaald door een combinatie van objectieve en subjectieve factoren. Het afgeleverde product en de behandeling of verzorging kunnen worden gemeten aan de hand van een aantal elementen. We denken hierbij vooral aan de tijd die wordt besteed, het materiaal dat wordt gebruikt, de omstandigheden waarin de behandeling wordt verricht en ten slotte de efficiëntie van de therapie. Een ander evaluatiecriterium is de mate waarin de behandeling door wetenschappelijk onderzoek onderbouwd is. Ook dat onderzoek moet voldoen aan de criteria voor kwaliteit.

Het is dus duidelijk dat kwaliteitsbepaling in de verzorgingsinstellingen een ingewikkelde zaak is. Er dient te worden voldaan aan talrijke normen op vele terreinen. Kwaliteitsbepalingen dienen echter niet alleen normatief te worden beschreven en geëvalueerd. Ze moeten tevens ruimte waarborgen voor meer afstemming op de behoeften van de patiënten. Hoewel deze niet altijd rationeel kwantificeerbaar zijn, zijn ze toch heel belangrijk als het gaat over medische- en/of verzorgingsethische vraagstukken.

Het is dus noodzakelijk de kwaliteitsnormen te volgen en eventueel aan te passen. Met de snelle evolutie van de gezondheidszorg evolueren immers ook een aantal elementen die kwaliteitsbepalend zijn. Waar vroeger kennis de voornaamste en bijna

enige voorwaarde was, wordt nu meer en meer aandacht geschonken aan attitude en empathie. Het is duidelijk dat ook kwaliteit evolueert.

Inzake kwaliteitscontrole stel ik me toch nog een aantal pertinente vragen. Bij integrale kwaliteitszorg moet er permanente controle worden uitgeoefend. Is de administratie hiervoor opgeleid ? Welke discipline zal uiteindelijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteitscontrole ? Een evenwichtig oordeel vormen over centra voor geestelijke gezondheidszorg, over verzorgingsvoorzieningen of over een preventiedienst kan in mijn ogen enkel door de eigen discipline gebeuren. Objectief meetbare gegevens, zoals bijvoorbeeld antibioticaverbruik, worden zeker ingebouwd, maar zullen op veel gebieden behoren tot de federale bevoegdheid. Halfbakken kwaliteit voor de patiënt kunnen we niet dulden, maar dubbele kwaliteitsnormen opleggen aan de verzorgingsvoorzieningen evenmin. De kwaliteitsdiensten van de gezondheidszorg bezorgen een vragenlijst met de bedoeling de projecten inzake kwaliteitstoetsing en kwaliteitsbewaking van de zorgverlening in de ziekenhuizen te inventariseren.

Ook federaal minister Colla heeft zich als doel gesteld de kwaliteitszorg voor iedereen te verbeteren. De hoofdgeneesheren en de directeur werden onlangs geconfronteerd met zijn vragenlijst. Ik heb het bundeltje hier bij mij. De vragen handelen louter over kwaliteit, kwaliteitsnormen en interne kwaliteitszorg in de ziekenhuizen. Ik vraag me af of u begrip kunt opbrengen voor het – en dat is eufemistisch uitgedrukt – wenkbrauwgefrons van de mensen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik kan daar inderdaad begrip voor opbrengen. Ik heb de vragenlijst gelezen en het is inderdaad een zeer slechte lijst.

Na drie bladzijden merkte ik dat dezelfde vragen telkens terugkomen, maar dan gericht aan een andere dienst. De kwaliteit van de zorg wordt eigenlijk niet gemeten. Er wordt niet gevraagd naar de organisatie van de kwaliteitszorg, maar naar wat men ervan vindt. De vragen zijn opgesteld als een klassieke enquête, met de beoordelingsmogelijkheden : positief, minder positief, enzovoort. Ik vind de lijst beneden alle peil voor iemand die de kwaliteitszorg wil meten.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Hoe zal de kwaliteitszorg op het overleg worden besproken na die inventarisatie ? Dit leidt toch duidelijk tot een overregulering in de sector ? De betrokkenen

Avontroodt

weten niet meer wat hen nog allemaal boven het hoofd hangt.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik weet niet in welke mate men daarop zal antwoorden. U mag de vragen rustig voorlezen, maar ze peilen niet naar kwaliteitszorg. Deze vragen kunnen naar aanleiding van elk onderwerp worden gesteld.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Het is een inventaris, maar met de bedoeling – vrees ik – federale kwaliteitsnormen op te stellen. Met de burn-out in het achterhoofd, waar de meeste idealisten gevoelig voor zijn, maak ik me daar zorgen over.

Het ontwikkelen van uitkomstindicatoren ten behoeve van de kwaliteitsbewaking en bevordering in verzorgingsvoorzieningen is uitermate complex. Uitkomsten worden niet alleen bepaald door de zorgverlening en de kwaliteit ervan, maar ook door persoonskenmerken en ziektegebonden karakteristieken. De indicatoren moeten relevant en representatief zijn.

De aanvaardbare kwaliteitsindicatoren, en de thema's waarop het kwaliteitsbeleid zich zal toespitsen, worden door de Vlaamse regering na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad opgelegd. Naar ik vernomen heb, is die langverwachte Vlaamse Gezondheidsraad samengesteld. Wie werd daarover niet ingelicht ? De parlementsleden natuurlijk. Ik hoop dat u ons de samenstelling snel meedelen. Ik betreur dat we niet één dag eerder op de hoogte waren, want dan hadden we daar een applaus voor kunnen geven of er vragen over gesteld.

Omtrent de bevoegdheidsproblematiek verwijs ik naar de uitvoerige besprekingen in de commissie. Cruciaal blijft dat de aanvullende normen niet mogen afwijken van de bestaande normen, noch een weerslag mogen hebben op de financiering van de investering, de exploitatie of de ziekteverzekering.

Ik kom nu tot mijn concrete vragen. Zullen de uitvoeringsbesluiten aangepast zijn aan de verschillende sectorvoorzieningen ? Zal de projectgroep, bestaande uit leden van de administratie en externe deskundigen, worden aangesteld daadwerkelijk ter beschikking en worden gesteld van elke voorziening ? In uw toespraak, mevrouw de minister, zegt u zelf dat een doeltreffend en doelmatig kwaliteitsbeleid binnen een voorziening kan leiden tot de vaststelling dat er in een bepaald domein over-

gebruik van interventies bestaat en in een ander domein een ondergebruik. Hoe moet de zorgverstrekker dit interpreteren ? Zullen de federale kwaliteitsnormen hier niet bepalend zijn ? Het voorbeeld dat er overreding nodig is om het voorschrijfgedrag te wijzigen, leidt niet bepaald tot geruststelling in verband met het gehanteerde principe van zelftoetsing.

Tot slot scheidt de nederigheid waarmee de administratie toegeeft dat voorziening en overheid samen de nieuwe mogelijkheden en moeilijkheden van dit kwaliteitsdecreet zullen ervaren en eruit zullen leren, hoop. De samenwerking met de administratie kan uitstekend werk opleveren, maar een overaanbod van dirigistische kwaliteitsnormen is schadelijk. Het risico bestaat dat er werktijd wordt onttrokken aan verzorgingstaken, om alleen een papieren kwaliteit te stimuleren.

Of het kwaliteitsdecreet een gesel of gezel wordt, zal niet zozeer afhangen van de manier waarop men over kwaliteit denkt, maar vooral van de wijze waarop de beloftes waar worden gemaakt en er ruimte blijft om patiëntgericht te werken en te denken. (*Applaus bij de VLD*)

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt, wanneer de samenstelling van de gezondheidsraad wordt besproken op de persconferentie van de regering, krijgen de fractiesecretariaten hier onmiddellijk bericht van. Deze gegevens zitten in de map met persmededelingen van de regering.

De heer De Groot heeft het woord.

De heer Etienne De Groot (*Op de tribune*) : We moeten inspanningen leveren, onder meer in de gezondheidsvoorzieningen, om de kwaliteit te verbeteren. Middelen moeten efficiënter worden aangewend en een grotere klantvriendelijkheid is noodzakelijk. In Japan en de Verenigde Staten heeft men al oog voor de perfecte afwerking van het eindproduct. De gezondheidszorg neemt deze houding nu over en gaat zelfkritiek niet uit de weg.

Men kan echter alleen oogsten wanneer de ondergrond niet slecht is. Heel wat zorgverleners proberen de noden van de patiënt zo goed mogelijk op te vangen, maar slagen daar door overmacht niet altijd in. De overheid, die ook voorstander van kwaliteit is, moet inschatten wat de gevolgen zijn van haar maatregelen, anders vechten de zorgverleners tegen de bierkaai.

Ik wil een paar voorbeelden aanhalen van maatregelen die de kwaliteitszorg negatief beïnvloeden.

De Groot

Sommige voorbeelden zullen jullie verbazen en het verband zal niet altijd onmiddellijk duidelijk zijn.

Ik wil het eerst hebben over de afbouw van het aantal ziekenhuisbedden. Men heeft in een eerste fase reeds een aantal noodzakelijke maatregelen genomen. Nu blijkt er een drang te bestaan om het aantal ziekenhuizen in ons land te verminderen. Men argumenteert dat de afstanden in ons land klein zijn en dat iedereen zich wel kan verplaatsen. Men vergeet echter de zwakkeren in de maatschappij: zij hebben geen auto en durven het soms ook niet aan om een autobus te nemen om een paar kilometer verder te rijden. Ik ken zo'n concrete gevallen. Als voor families met sociale problemen het bezoek aan het ziekenhuis nagenoeg onmogelijk wordt gemaakt, omdat het ziekenhuis te ver weg is, gaat het over een negatieve maatregel. Er zijn nog andere aspecten, waarover ik het hier echter niet wil hebben.

– *De heer Herman Suykerbuyk, ondervoorzitter, treedt als voorzitter op.*

Het zal u misschien verbazen dat de niet-indexering van de erelonen en de vermindering van de terugbetaling van de technische verstrekkingen in ziekenhuizen, ook negatieve effecten hebben op de kwaliteitszorg. Ik pleit niet pro domo. De financiering van ziekenhuizen is echter voor een belangrijk deel afhankelijk van het percentage dat wordt afgehouden van de erelonen van de artsen. Dat bedrag is het enige dat concreet overeenkomt met de werkelijke kostprijs, omdat de erelonen normaal gezien geïndexeerd zijn. De andere pijler waarop de financiering van de ziekenhuizen steunt, is de ligdagprijs die met vijf jaar vertraging wordt aangepast. Denk aan de positie van de ziekenhuisdirecties die een begroting hebben, die een personeelsbeleid moeten voeren, en die door een maatregel die op het eerste gezicht niets te maken heeft met het uiteindelijke resultaat, met een belangrijk financieel probleem worden geconfronteerd. Vacatures zullen niet worden opgevuld, zodat op verschillende diensten een tekort aan personeel zal ontstaan. Dat zal ook repercussies hebben op de kwaliteitszorg.

Vervolgens is er het feit dat men vanaf 1 februari vaatverwijdende middelen niet meer terugbetaalt. Sommige wetenschappers zeggen dat de resultaten ervan dubieus zijn. Toch zijn er ook talrijke bewijzen dat patiënten baat hebben bij deze therapie. Wat is het gevolg? Diegenen met voldoende finan-

ciële middelen kunnen deze medicijnen zonder moeite blijven betalen, terwijl mensen met een klein inkomen in de problemen komen. Deze medicamenten doen misschien geen wonderen, maar zij dragen wel bij tot een grotere zelfredzaamheid.

U zult zeggen dat het hier grotendeels gaat om besluiten op federaal niveau. Ik stel echter vast dat ook op het Vlaamse niveau beslissingen worden genomen zonder dat men de gevolgen voor kwaliteit en ontwikkeling van de gezondheidszorg in overweging neemt. Ik denk hierbij aan minister Van den Bossche die tot eenieders verbazing besluit om de kinesitherapie-opleiding aan de universiteit af te schaffen. Dat is zeer verbazingwekkend, zeker omdat alle wetenschappelijke onderzoeken aantonen dat deze opleiding kwalitatief de beste is.

Waarom neemt de minister plots dit besluit, zonder echt overleg te plegen over de mogelijke gevolgen voor bijvoorbeeld het innoverend denken in de kinesitherapie? Ik kan dat enkel verklaren als een soort wraak van de farao na het arrest van het Arbitragehof, dat de minister verplicht om een vierjarige opleiding voor kinesitherapie in te richten. Dit is weer een voorbeeld van een beslissing waarvan men de gevolgen niet inschat. De minister zegt dat het voor hem eender is wie aan zijn poot werkt. Ik hoop dat hij het dan heeft over zijn tafelpoot, anders zou hij wel eens revalidatieproblemen kunnen hebben. Al deze voorbeelden tonen aan dat algemene beslissingen vaak een rechtstreeks of onrechtstreeks negatief effect hebben op de mensen die op het terrein werken.

Mevrouw Avontroodt heeft daarstraks al gesproken over de overregulering. Het is inderdaad zo dat men soms niet meer weet welk reglement men eerst moet toepassen. Als men dan nog verschillende begrippen, codes en definities gebruikt, is het hek helemaal van de dam. We moeten trouwens onder ogen zien dat de problemen, de dreiging en de druk die op een ziekenhuis worden uitgeoefend, de kwaliteitszorg zeker niet in positieve zin beïnvloeden. Het is zoals een erecode onder collega's: die wordt gemakkelijk gevolgd als iedereen het goed heeft. Met het mes op de keel worden zulke hoogstaande principes echter wel eens vergeten.

Wij anticiperen hier op mogelijke toekomstige bevoegdheden. In het Vlaams Parlement bestaat er zeker een meerderheid om in de toekomst grotere delen van de gezondheidszorg naar het Vlaamse niveau over te hevelen. Toch kunnen we er niet

De Groot

omheen dat de Raad van State een advies heeft uitgebracht over die bevoegdheden. Dit advies is vernietigend voor een belangrijk deel van het ontwerp van decreet en heeft dan ook een aantal negatieve gevolgen. Men wil hier immers tot sanctionering overgaan, en dat kan leiden tot procedures voor het Arbitragehof. U kunt natuurlijk zeggen dat er geen probleem is, zolang niemand een klacht indient. Het blijft dan toch een probleem.

Zoals verschillende sprekers al hebben aangevoerd, kan men de kwaliteitsprocedure niet invullen zonder bijkomende middelen. De gezondheidszorg is namelijk een zeer arbeidsintensieve sector. Indien men wil werken zoals in de economische sector, moet men kunnen beschikken over specialisten die verantwoordelijk zijn voor de begeleiding, wat niet goedkoop is. Bovendien vraagt die manier van werken heel wat tijd van de coördinerende personeelsleden. Wanneer men niet over de middelen beschikt om hen te vervangen, zullen er minder personeelsleden overblijven voor een kwalitatieve zorgverlening.

Als de minister hiervoor de nodige middelen zou uittrekken, zouden er problemen ontstaan met de federale regering. Ik vraag me dan ook af of het niet beter zou zijn om in een eerste fase slechts impulsen te geven en te wijzen op de noodzaak van een kwalitatieve zorgverlening, in plaats van onmiddellijk sancties te voorzien zonder zekerheid over de bevoegdheid van het Vlaams Parlement.

Mevrouw Ceysens gebruikte het begrip economische euthanasie. Alhoewel ik haar bezorgdheid deel, ben ik het hiermee niet eens : euthanasie betekent namelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de betrokkene. Bij economische euthanasie helpt men de mensen om het hoekje, omdat ze economisch niet interessant zijn, omdat ze een belasting vormen voor de maatschappij en omdat ze teveel kosten, niet omdat ze zich in een ellendige situatie bevinden waaruit ze gered willen worden.

We moeten ons bewust zijn van het belang van verantwoorde zorg en de maatschappelijke aanvaardbaarheid ervan. Er gaan stemmen op om lineair te bepalen welke verstrekkingen vanaf een bepaalde leeftijd niet meer worden terugbetaald. Welnu, het gevaar bestaat dat men boven een bepaalde leeftijd geen reanimatie of defibrillatie meer zal uitvoeren en dat men de betrokkene gewoonweg aan zijn lot zal overlaten, zonder reke-

ning te houden met zijn fysieke toestand. We moeten hiermee zeer voorzichtig zijn, zeker omdat in België vaak extreem wordt gedacht. Terwijl men nu talrijke voorbeelden van therapeutische hardnekkigheid kan aanhalen – zoals bijvoorbeeld het plaatsen van een pace-maker bij mensen die bijna stervende zijn –, zou de balans wel eens in de andere richting kunnen doorslaan. Het risico bestaat namelijk dat men de noodzakelijke zorgen waarop iedereen recht heeft, niet meer kan garanderen.

Mevrouw de minister, tot slot vraag ik u om de administratieve rompslomp te beperken. Nu besteden een aantal verpleegkundigen een groot deel van hun tijd aan administratie. Het is belangrijk om hiermee rekening te houden, aangezien de beoordeling vaak op een bureaucratische manier gebeurt.

In het decreet wordt de nadruk gelegd op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt. Men kan inderdaad niet genoeg werken aan de emancipatie van de zieke die zich in een afhankelijke situatie bevindt. Wanneer de zorgverleners worden geconfronteerd met een zorgbehoevende, ontstaat er vaak een bevoegdingsreflex. Het is belangrijk dat de patiënt wordt betrokken bij de beslissingen die hem aangaan. Het is dan ook positief dat de minister dit heeft benadrukt, maar helaas zal zij op het ogenblik niet over de nodige middelen beschikken.

De voorzitter : Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Mijnheer de voorzitter, als voorzitter van de commissie wens ik de verslaggevers van zowel de zitting over de inhoudelijke discussie als van de hoorzittingen te bedanken en te feliciteren voor hun verslag van de werkzaamheden die heel grondig zijn verlopen.

De deskundigen die aanwezig waren op de hoorzitting, hebben gepoogd ons niet alleen meer informatie te geven over het werkveld en de implicaties van dit decreet, maar hebben ook mee bijgedragen tot het stofferen van het debat. Ik denk ook dat de collega's meer dan een inspanning hebben gedaan om een inhoudelijk debat te voeren en de positieve ingesteldheid in de plenaire vergadering toont dat zeker aan.

Maar het decreet is een kaderdecreet. Er is dikwijls aangetoond dat er toch een onderscheid zou moeten worden gemaakt tussen de verschillende sectoren. Die invulling voor de verschillende sectoren moet gebeuren via de uitvoeringsbesluiten. Bij die

Merckx-Van Goey

besluiten zal volgens de minister rekening worden gehouden met de verschillende draagkracht van de voorzieningen : de grootte, de omvang, de aard van de voorziening en vooral ook de wijze waarop voorzieningen nu worden gefinancierd. Uiteraard is het ook de bedoeling dat de uitvoeringsbesluiten worden voorgelegd aan de Vlaamse Gezondheidsraad. Ik wil hier toch ook nog eens uitdrukkelijk onze vraag herhalen en de toezegging van de minister in herinnering brengen dat de ontwerpbesluiten ook in de commissie voor Welzijn en Gezondheid in dit parlement zullen worden voorgelegd vooraleer ze aan de Vlaamse Gezondheidsraad voor advies worden doorgestuurd. Ik denk dat heel wat collega's zullen gerustgesteld zijn, omdat ze op dat ogenblik nog de kans krijgen om meer inhoudelijk in te gaan op de specifieke sectoren.

We mogen kwaliteit niet verenigen tot het afdwingen van rechten en plichten en een algemene menselijke houding die bij de zorgverlener moet aanwezig zijn, zal mee de menselijke kwaliteit van de zorg uitmaken. Zelfs als we spreken over het recht op informatie van de patiënt, kan kwaliteit niet gereduceerd worden tot het afdwingen van rechten en plichten. Ik hoop dat ook de heer De Groot deze visie onderschrijft.

Als zelfbeschikkingsrecht enkel daarover zou gaan, zou kwaliteit verschromelen tot wat in een contract zou kunnen worden vastgelegd. Dit kan slechts een minimale kwaliteit zijn. Het moet meer worden ingevuld. Het is niet alleen de competentie van zorgverleners, het is ook de wijze van omgaan met patiënten die moet worden gegarandeerd. Daarom denk ik dat het niet goed zou zijn om de kwaliteit alleen tot een juridisering te beperken.

Het is de opdracht van de zorgverleners om autonomie te bevorderen door inspraak, maar ook door een en ander te stoeien op een vertrouwensrelatie. Als zelfbeschikkingsrecht zou betekenen dat de patiënt zelf alle beslissingen neemt, vrees ik dat de invulling van het begrip kwaliteit in artikel vier een verschromeling zou zijn.

Ik zou een pleidooi willen houden opdat de vele oproepen tot ethisch handelen het signaal zouden zijn tot voorzieningen waarop men de verderzet-

ting, het toezicht en het bevorderen van de kwaliteit in de gezondheidszorg zou kunnen stoeien.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer (*Op de tribune*) : Mijnheer de voorzitter, collega's, ik zou eerst en vooral de verslaggever en de andere leden willen danken voor de medewerking in de commissie.

De uitvoeringsbesluiten zullen we bij de commissie indienen op het moment dat we ze aan Vlaamse Gezondheidsraad voorleggen. Ik denk dat het een proces is dat gelijktijdig moet gebeuren, en niet voorafgaand. Het is heel moeilijk om te bepalen wie er als eerste een oordeel mag vellen, de regering of het veld. Ik stel voor dat we dat gezamenlijk doen om zo tot de beste besluiten te komen.

Ik wil de context schetsen waarin het decreet inzake kwaliteitszorg tot stand kwam. Ik denk dat we allen het eens zijn dat de Vlaamse gezondheidszorg, in de brede betekenis van het woord, zich situeert in een sterk wijzigende omgeving. Ik noem enkele elementen van deze gewijzigde omgeving.

We staan demografisch voor veranderingen. We hebben een bevolking die veroudert en die een kwalitatief hoogstaand leven kent met het ouder worden door de gezondheidszorg. Dat mag worden gezegd. Een zo hoog mogelijke kwaliteit bieden aan een verouderde bevolking is een uitdaging, niet alleen voor de komende jaren maar ook voor het eerste kwart van de 21ste eeuw.

Een tweede belangrijke wijziging is het feit dat we evolueren naar defederalisering. Deze discussie verloopt op verschillende vlakken. Of dat gebeurt in verschillende stappen of in zijn totaliteit, dat is nog niet duidelijk. We evolueren naar een Vlaamse gezondheidszorg. Dat is mijn overtuiging en velen delen deze overtuiging over de partijgrenzen heen.

Een derde belangrijke wijziging is dat we financieel gezien ook in de sector gezondheidszorg streven naar meer efficiëntie. Anderen hebben ook al gezegd dat efficiëntie en effectiviteit niet betekenen dat de zorg niet menselijker zou kunnen worden. Efficiëntie en effectiviteit zijn niet tegenge-

Demeester-De Meyer

steld aan menselijke zorg. Misschien leidt het wel tot wat persoonlijke spanningen en vooroordelen. Hoe dan ook, daar zijn we het over eens : efficiëntie en effectiviteit zijn niet tegengesteld aan menselijke, warme, hartelijke, ja zelfs charmante zorg.

Een vierde belangrijk element is het feit dat men in de gezondheidszorg te maken heeft met een gewijzigde wetenschappelijke omgeving. Technologisch gaan we heel snel vooruit. We stellen vast dat de gezondheidszorg op een andere manier kan geschieden, dat ze vaak eenvoudiger maar vaak ook complexer is. Als patiënten ondergaan we dit meestal of participeren we erin.

Dat brengt me bij een andere belangrijke factor in die gewijzigde omgeving. Op het maatschappelijke vlak ligt het verwachtingspatroon veel hoger dan in het verleden. Dat hogere verwachtingspatroon veronderstelt veel meer informatie en veel betere communicatie. Dat is een van de grote uitdagingen voor het beleid, voor de zorgverstrekkers en voor ons allemaal.

Deze week troffen me vooral twee uiteenlopende voorbeelden in dat verband. Ik stel vast dat mensen ons als politici aanschrijven en ons nog steeds problemen voorleggen, of men dat nu dienstverlening noemt of wat dan ook. Ik vind dat het mijn plicht is om deze brieven te lezen, om te luisteren naar de mensen. Ik stel vast dat meer en meer mensen, door de gewijzigde omstandigheden – ook in de media – veel meer dingen melden, maar die niet altijd even gemakkelijk kunnen plaatsnemen. Men kan bepaalde stukken voorlezen en dan merkt men zeer goed dat door de recente gebeurtenissen de mensen hun problemen op een andere manier willen meedelen. Ze doen dit echter in termen die ook voor hen niet helemaal bevattelijk zijn.

Een van de grootste uitdagingen ten aanzien van die verwachtingspatronen is zo juist mogelijk communiceren, zo juist mogelijk aan de mensen zeggen wat kan en wat niet kan, wat eventueel resultaat kan hebben en wat niet. Ik hoor hier een aantal – terechte – tegenstellingen noemen. Een menselijker zorg zou ook een duurdere zorg zijn. Ik weet niet of dat altijd waar is. Er zijn veel omstandigheden denkbaar waarin iemand een warme hand reiken veel efficiënter is dan een duurdere zorg verspreken, waarbij men zich wendt tot een aantal therapeutische instanties uit de sector. Als we een

hoger verwachtingspatroon hebben en die willen invullen, komt het erop aan om de meest aangewezen zorg te leveren. Dat is een van de uitdagingen voor de toekomst.

Een tweede feit waardoor ik deze week werd aangegrepen, kaderde in de manier waarop men ons land – ik bedoel wel degelijk België – tegenwoordig beoordeelt. We moeten zelf meer geloven in wat we kunnen. Het ging om een uitzending van het programma Netwerk op de Nederlandse televisie. Ik zag het voor het eerst. Het was een van die kritische uitzendingen. Eerst werd een heel hoofdstuk gewijd aan de commissie Dutroux. Een tweede hoofdstuk ging echter over de eetlustremmers op basis van amfetamines. Die zijn zeer schadelijk en worden hier in België te pas en te onpas uitgereikt. De artsen onder u zullen dat zeker weten. Ik moet zeggen dat ik mij op dat ogenblik een beetje schaamde, maar toch ben ik blijven kijken. Ik stelde me echt vragen over de kwaliteitszorg en over de bijzonder grote therapeutische vrijheid die in onze gezondheidssector bestaat. Er werd gebruik gemaakt van de verborgen camera. Een eerste arts die in beeld kwam, greep gelukkig naar het boekje en weigerde de het middel voor te schrijven. Hij zei : ik doe dit niet. Dit is een middel met zeer negatieve gevolgen. Daarbij legde hij ook omstandig uit waarom zijn patiënt dit niet moest doen. Daar was ik blij om. De tweede arts zei echter : als u dit nodig hebt, zal ik er maar meteen twee voorschrijven. Ook dat werd gefilmd met de verborgen camera. Collega's, u begrijpt dat ik hier toch wel van schrok.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, om die zaken te reguleren bestaat de Code van Medische Plichtenleer. Als reactie op uw vorige opmerking wil ik hier ook nog aan toevoegen dat er een bustoerisme is vanuit Zoersel naar Nederland, en vanuit Nederland naar Zoersel. De mensen van Zoersel halen hun eetlustremmers in Nederland ; de Nederlanders komen ze bij ons halen. Ik denk dus niet dat die vergelijking in internationaal verband opgaat. Mijns inziens is dit echt geen goed voorbeeld om de vrijheid van diagnose en therapie hier aan de kaak te stellen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Avontroodt, het was absoluut niet mijn bedoeling om u persoonlijk aan te vallen.

De voorzitter : De heer De Groot heeft het woord.

De heer Etienne De Groot : Mevrouw de minister, in verband met de ziekenhuizen heb ik daarnet gezegd dat het naleven van een ertecode eenvoudig is, wanneer er geen economische problemen zijn. In de geneeskunde is er nu echter een plethora. Op dat moment zijn er mensen die, bij wijze van spreken, alles doen om hun huishuur te kunnen betalen. Daarom heb ik zopas naar heel die problematiek verwezen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik wilde deze twee voorbeelden alleen maar aanhalen om de uitersten aan te geven. Zowel voor de verstrekkers van de zorg, als voor de overheid of de gemeenschap is het bijzonder moeilijk om – in onderling overleg – een degelijk antwoord te formuleren op het hogere verwachtingspatroon van de mensen. Kwaliteitszorg is daartoe een geschikt middel. Deze kwaliteitszorg moet worden uitgebouwd in de voorzieningen zelf. Dit decreet is dus zeker geen decreet dat alles strak oplegt. Integendeel, het probeert op een zo flexibel mogelijke manier in te spelen op de vragen en de verwachtingen die bij de bevolking leven.

Enerzijds zijn er dus de verwachtingen van de bevolking ; anderzijds zijn er de problemen en de belangen in de gezondheidszorg zelf. Daarom ben ik blij dat we volgende week dinsdag de Vlaamse Gezondheidsraad plechtig zullen installeren, zodat men zo snel mogelijk aan de slag kan. De Vlaamse Gezondheidsraad moet immers een signaal-, overleg- en evaluatiefunctie hebben. Zo kan men werken aan de besluiten inzake de uitvoering van dit kwaliteitsdecreet. Tegelijkertijd kan men ook werken aan het bepalen van de algemene en specifieke thema's per sector en de kwaliteitsindicatoren zoals die in het decreet worden omschreven. Voor elke sector zullen er inderdaad specifieke thema's zijn. Er zullen dus ook specifieke besluiten zijn, die we in overleg met de mensen in het veld zullen opmaken.

Ik geef een voorbeeld. Onlangs werd er een onderzoek verricht bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Een van de collega's heeft zopas deze CGG's aangeduid als een kleinere sector. Uit de bespreking van dit onderzoek is duidelijk gebleken dat het om een kritische doorlichting ging, maar dat deze wel een mooi profiel bood van de sector. Dit was de conclusie van de sector zelf. Het is op basis van deze besprekingen dat we de specifieke thema's van kwaliteitsverbetering in deze sector – ook mede in samenspraak met de sector zelf – zullen bepalen.

Met andere woorden, het zal zeker niet worden opgelegd. Men zal met de sectoren zelf onderhandelen. Door de Vlaamse Gezondheidsraad zal het worden besproken en zal er over worden geadviseerd. Het zal op datzelfde moment ook worden meegedeeld aan de commissie. Hiervoor kan men dan een commissievergadering organiseren. Op deze manier kunnen alle betrokkenen van gedachten wisselen : de betrokkenen op het veld, de ervaringsdeskundigen en het bestuur. Zo kan men dan tot goede verplichte en facultatieve thema's komen met betrekking tot elke sector. Zo bepaalt men bovendien de juiste kwaliteitsindicatoren om deze kwaliteitszorg op termijn te kunnen meten.

Het kwaliteitsdecreet beantwoordt aan een nood en een zorg die leeft. In dit parlement hebben we gezamenlijk aan het decreet gewerkt. We hebben ook in een overgangperiode voorzien. Met het Vlaams Parlement hebben we bepaald dat de eerste erkenningsvoorwaarden in het kader van de kwaliteitszorg zullen worden toegepast vanaf 1 januari 2001. Er werden veel vragen gesteld over de inhoudelijke rol van de administratie gezondheidszorg. Ik wil nog zeggen dat ik de administratie zie als een kwaliteitscoach, die uiteindelijk zal moeten evolueren naar de rol van een kwaliteitsbewaker.

Als ik vandaag zeg dat de administratie een kwaliteitscoach moet zijn, dan betekent dit dat de invoering van de kwaliteitszorg een evolutieproces van jaren zal vergen. De verslaggever heeft hier gesproken van een periode van minstens vijf of zes jaar. Ik denk dat het misschien veel langer zal duren. Kwaliteitszorg is een permanent proces. Op de plaatsten in het buitenland waar men dat al vrij lang heeft ingevoerd, stelt men vast dat er nog steeds stappen naar verbetering moeten worden gezet. De administratie zal spoedig een begeleidingscommissie samenstellen. Die commissie zal de voorzieningen ondersteunen en zelf externe ondersteuning krijgen. De coach zal dus gecoacht worden, zodat er een dynamisch proces kan ontstaan tussen voorzieningen en administratie. Ik wil dit benadrukken.

Mevrouw Ceysens wenste dat de definitie van klant uitgebreider, in meer algemene termen zou zijn opgevat. Als men spreekt over de klant-patiënt, dan hebben we het over diegene die de zorg ontvangt. We kunnen dat niet verder uitbreiden. Ook op internationaal vlak is overeengekomen dat dit de juiste omschrijving is. Het zijn de cliënten-patiënten enerzijds, en het personeel anderzijds, die centraal staan. Het is echt niet nodig dat dit nog eens in het decreet wordt opgenomen.

Demeester-De Meyer

Enerzijds zegt men dat het decreet te sturend, te bevoogdend is. Het zou te weinig een kaderdecreet zijn. Anderzijds willen we onze bekommernissen verwoorden en zijn we geneigd om dat decreet alsmaar concreter in te vullen.

Deze bespreking kan als grondslag dienen voor de besluiten. Maar de dynamiek moet blijven bestaan. Diegenen die in die kwaliteitszorg centraal staan – de cliënt-patiënt en het personeel – moeten in de loop van dat proces hun inbreng kunnen doen. Het zou geen goede oplossing zijn om dat nu in het decreet te willen opnemen. Via de bestaande, normale overlegstructuren in de onderneming – ik plaats het woord onderneming hier tussen aanhangstekens – moet de inspraak van het personeel bij de kwaliteitszorg een feit worden.

Sommigen onder u zoals de heer Vandendriessche, hebben me gevraagd waarom die extra financiering er niet kan komen. Ik denk dat zelfs de heer De Groot hier al op wees : wat ziekenhuizen betreft, is de financiering van de werking nog steeds een expliciet federale materie. Wat hier werd gezegd, is correct : deze kwaliteitszorg en onze betrachtingen zijn anders dan in Wallonië, vandaar ook mijn zeer nadrukkelijke verklaring dat we stelselmatig evolueren naar een veel duidelijker profiel in de Vlaamse gezondheidszorg. Dit gebeurt veel sneller dan sommigen van ons zelfs zouden verwachten : daarvan ben ik absoluut overtuigd. Laten we op dit ogenblik deze kwaliteitszorg in onze voorzieningen uitbouwen met de mogelijkheden waarover we beschikken. We doen dat door middel van coaching door de administratie. Het zal duidelijk worden dat dit als dusdanig geen bijkomende kosten, maar een bijkomende mogelijkheid zal betekenen voor de voorzieningen. Als de administratie dit samen met externen kan ondersteunen, ben ik er zeker van dat we tegemoet zullen komen aan de zorgen die in de sector leven. Hierbij zullen we ten volle rekening houden met de zorg die werd geuit door mevrouw Merckx, dat sommige voorzieningen, door van het feit dat ze groter en meer gestructureerd zijn, uiteraard veel meer mogelijkheden hebben om dit op hun geëigende manier door te voeren. Ik weet dat mevrouw Merckx enorm bekommerd is om bepaalde kleine voorzieningen. Ondertussen hebben we echter al gesprekken op gang gebracht met deze voorzieningen, om gezamenlijk de meest aangewezen kwaliteitszorg voor elke voorziening afzonderlijk op te zetten.

Wanneer we op 1 januari 2001 zullen vaststellen wat we ondertussen hebben kunnen verwezenlij-

ken, zullen we zien dat we aan een bepaalde verwachting bij de Vlaamse bevolking hebben beantwoord. We zullen gezamenlijk hebben gewerkt aan een betere zorg ten dienste van de mensen. (*Applaus bij de CVP en de SP*)

De voorzitter : Vraagt nog iemand het woord ? (*Neen*)

De algemene bespreking is gesloten.

Artikelsgewijze bespreking

De voorzitter : Dames en heren, aan de orde is de artikelsgewijze bespreking van het ontwerp van decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen.

De door de commissie aangenomen tekst wordt als basis voor de bespreking genomen.

HOOFDSTUK I

Algemene bepalingen en definities

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

– *Aangenomen.*

Artikel 2

Voor de toepassing van dit decreet wordt verstaan onder :

1° verzorgingsvoorziening : een organisatie die activiteiten uitoefent op het gebied van zorgverstrekking, gezondheidsopvoeding of preventieve gezondheidszorg zoals bedoeld in artikel 5, § 1, I van de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen en die in dat kader door de Vlaamse Gemeenschap kan worden erkend ; de bepalingen van dit decreet zijn niet van toepassing op de rust- en verzorgingstehuizen die zijn gekoppeld aan een erkend rusthuis, zoals omschreven in het decreet van 5 maart 1985 houdende regeling van de erkenning en subsidiëring van voorzieningen voor bejaarden ;

Voorzitter

- 2° cliënt/patiënt : de persoon die zorg krijgt door een verzorgingsvoorziening ;
- 3° integrale kwaliteitszorg : managementaanpak van een verzorgingsvoorziening, toegespitst op kwaliteit, gebaseerd op de deelname van al haar medewerkers en strevend naar succes op lange termijn door het afstemmen van de zorg op de cliënt/patiënt, en naar voordelen voor alle medewerkers van de verzorgingsvoorziening en voor de samenleving ;
- 4° kwaliteitsbeleid : overkoepelende intenties en koers van een verzorgingsvoorziening met betrekking tot integrale kwaliteitszorg zoals deze formeel door de hoogste leiding binnen de verzorgingsvoorziening tot uitdrukking wordt bekrachtigd ;
- 5° kwaliteitssysteem : organisatiestructuur, procedures, processen en middelen die nodig zijn om de integrale kwaliteitszorg te implementeren ;
- 6° kwaliteitshandboek : document waarin het kwaliteitsbeleid is vastgelegd en waarin het kwaliteitssysteem van een verzorgingsvoorziening is beschreven ;
- 7° kwaliteitsplan : document dat de voor integrale kwaliteitszorg specifieke operationele doelstellingen, middelen, procedures en acties uiteenzet die relevant zijn voor een bepaalde dienstverlening ;
- 8° kwaliteitsindicator : meetbare factor die een aanwijzing geeft van de kwaliteit van de gezondheidszorg in een verzorgingsvoorziening ;
- 9° kwaliteitscoördinator : persoon die als aanspreekpunt fungeert en die de kwaliteitsinspanningen van de voorziening begeleidt.

Op dit artikel is er een eerste amendement van mevrouw Avontroodt, mevrouw Ceysens en de heer De Groot dat luidt als volgt :

Artikel 2

A. Aan 1° de volgende zin toevoegen :

"De bepalingen van dit decreet zijn niet van toepassing op de samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging zoals omschreven in het besluit van de Vlaamse regering houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging van 21 december 1990."

Op dit artikel is er een tweede amendement van mevrouw Avontroodt, mevrouw Ceysens en de heer De Groot dat luidt als volgt :

Artikel 2

B. Aan 1° de volgende zin toevoegen :

"De bepalingen van dit decreet zijn niet van toepassing op de palliatieve netwerken, erkend overeenkomstig het besluit van de Vlaamse regering van 3 mei 1995 houdende erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken."

Op dit artikel is er een derde amendement van mevrouw Avontroodt, mevrouw Ceysens en de heer De Groot dat luidt als volgt :

Artikel 2

C. Aan 1° de volgende zin toevoegen :

"De bepalingen van dit decreet zijn niet van toepassing op de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten, erkend overeenkomstig het besluit van de Vlaamse regering van 19 december 1990 houdende procedure inzake de erkenning en sluiting van psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven beschut wonen en inzake de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten."

Op dit artikel is er een vierde amendement van mevrouw Avontroodt, mevrouw Ceysens en de heer De Groot dat luidt als volgt :

Artikel 2

D. 2° vervangen door wat volgt :

"2° cliënt : iedereen die met de verzorgingsvoorziening en het zorgproces in aanraking komt ;"

Op dit artikel is er een eerste amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Voorzitter

Artikel 2

A. In 3° op de zesde regel na de woorden "cliënt/patiënt" de woorden "en het tegemoet komen aan de rechten van de cliënt/patiënt" invoegen.

Op dit artikel is er een tweede amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 2

B. In 6° op de eerste regel het woord "kwaliteits-handboek" vervangen door het woord "kwaliteitshandleiding".

De stemmingen over de amendementen en het artikel worden aangehouden.

HOOFDSTUK II

Verplichtingen van de verzorgingsvoorzieningen

Artikel 3

Onverminderd de naleving van de erkenningsnormen die op haar van toepassing zijn, is een verzorgingsvoorziening, overeenkomstig haar opdracht, verplicht aan iedere patiënt of cliënt, zonder onderscheid van leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene, verantwoorde zorg of bijstand te verstrekken en hem op een respectvolle manier te behandelen of te begeleiden.

Op dit artikel is er een amendement van de heren Strackx en Aers dat luidt als volgt :

Artikel 3

Op de achtste regel het woord "verantwoorde" vervangen door de woorden : "de best mogelijke".

De stemmingen over het amendement en het artikel worden aangehouden.

Artikel 4

Ter uitvoering van de verplichting omschreven in artikel 3, is elke verzorgingsvoorziening ertoe gehouden een integraal kwaliteitsbeleid te ontwikkelen. Dit beleid is gericht op :

1° verantwoorde zorg rekening houdend met doeltreffendheid, doelmatigheid, continuïteit, veiligheid en maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg ;

2° respectvolle omgang met en behandeling van de cliënt of patiënt, rekening houdend met zijn sociale context, met als elementen het persoonlijk onthaal, de passende verwijzing van de hulpvrager, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en van het zelfbeschikkingsrecht, de klachtenbemiddeling en -behandeling, de informatie en de inspraak van de patiënt of cliënt.

Dit kwaliteitsbeleid vereist minimaal overleg met alle betrokkenen, een voortdurende opvolging en bewaking, beheersing en verbetering van de processen, gericht op het realiseren van de onder 1° en 2° vermelde elementen.

Op dit artikel is er een eerste amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 4

A. In het eerste lid op de derde regel het woord "integraal" schrappen.

Op dit artikel is er een tweede amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 4

B. In het eerste lid, 1°, op de eerste regel na de woorden "rekening houdend met" de woorden "onder meer" invoegen.

Op dit artikel is er een amendement van mevrouw Avontroodt, mevrouw Ceysens en de heer De Groot dat luidt als volgt :

Artikel 4

In het eerste lid, 1°, op de tweede en derde regel de woorden "en maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg" vervangen door de woorden "van de zorg en met de algemene beginselen van de geneeskundige plichtenleer".

Op dit artikel is er een amendement van de heren Strackx en Aers dat luidt als volgt :

Voorzitter

Artikel 4

Het eerste lid, 1° vervangen door wat volgt :

"1° de best mogelijke zorg die in de gegeven omstandigheden haalbaar is".

Op dit artikel is er een derde amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 4

C. Aan het eerste lid, 2°, de woorden ", het klachtenrecht" toevoegen.

De stemmingen over de amendementen en het artikel worden aangehouden.

Artikel 5

§ 1. Het in artikel 4 omschreven kwaliteitsbeleid van de verzorgingsvoorziening dient gestalte te krijgen in de vorm van een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplan, bekrachtigd door de hoogste leiding.

§ 2. Elke verzorgingsvoorziening werkt een kwaliteitshandboek uit.

Het kwaliteitshandboek beschrijft de visie op en doelstellingen van het interne kwaliteitsbeleid.

De Vlaamse regering bepaalt, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, de thema's waarop het kwaliteitsbeleid zich kan toespitsen. Zij hebben betrekking op beide elementen zoals bepaald in artikel 4, 1° en 2° en moeten representatief zijn voor de activiteit van de verzorgingsvoorziening.

De Vlaamse regering bepaalt per soort verzorgingsvoorziening het aantal thema's dat in het kwaliteitsbeleid moet worden opgenomen, en somt bepaalde thema's op die voor een bepaald soort verzorgingsvoorziening verplicht deel uitmaken van het kwaliteitsbeleid. De andere thema's worden door de verzorgingsvoorziening vrij gekozen.

§ 3. Het kwaliteitshandboek wordt geoperationaliseerd in een kwaliteitsplan. De verzorgingsvoorziening toont door middel van het kwaliteitsplan aan dat ze haar processen beheerst en voortdurend verbetert. Dit kwaliteitsplan omvat minimaal :

- a) de omschrijving van de bestaande situatie en van de door de verzorgingsvoorziening geformuleerde operationele doelstellingen binnen thema's die in het kwaliteitshandboek zijn vermeld ;
- b) de termijnen waarbinnen de verzorgingsvoorziening haar doelstellingen inzake kwaliteitsverbetering wil bereiken, evenals de periodiciteit waarmee het kwaliteitsniveau wordt geëvalueerd ;
- c) de adequate meetinstrumenten en procedures waarmee de vorderingen inzake kwaliteit zullen worden getoetst, alsmede de vorderingen en resultaten ;
- d) de bepaling van de methodologie van het systematisch onderzoek naar de tevredenheid van patiënten/cliënten, van de resultaten van dit onderzoek en van de voorgestelde correctieve maatregelen.

De Vlaamse regering stelt, na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, een lijst op van de aanvaarde kwaliteitsindicatoren. Ze kan de minimale vereisten bepalen waaraan het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan per soort van verzorgingsvoorziening moet voldoen.

§ 4. Voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid dient de verzorgingsvoorziening een kwaliteitscoördinator aan te wijzen die over voldoende ervaring en deskundigheid beschikt en die door de hoogste leiding binnen de verzorgingsvoorziening wordt geautoriseerd.

De Vlaamse regering kan per soort verzorgingsvoorziening bepalen wat onder de nodige ervaring en deskundigheid wordt verstaan.

Op dit artikel is er een eerste amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 5

A. Het woord "kwaliteitshandboek" telkens vervangen door het woord "kwaliteitshandleiding".

Voorzitter

Artikel 6

Op dit artikel is er een tweede amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 5

B. In § 3, eerste lid, d) vervangen door wat volgt :

"d) de bepaling van een procedure voor beantwoording van klachten en vragen om informatie van patiënten/cliënten en de evaluatie van de werking van die procedure."

Op dit artikel is er een amendement van mevrouw Avontroodt, mevrouw Ceysens en de heer De Groot dat luidt als volgt :

Artikel 5

In §3 het tweede lid vervangen door wat volgt :

"De Vlaamse regering stelt, na overleg met de betrokken verzorgingsvoorzieningen en de representatieve verenigingen van zorgverstrekkers en na advies van de Vlaamse Gezondheidsraad, een lijst op van de aanvaarde kwaliteitsindicatoren."

Op dit artikel is er een derde amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 5

C. In § 4 na het eerste lid een nieuw lid invoegen, dat luidt als volgt :

"De door de verzorgingsvoorziening aangewezen kwaliteitscoördinator kan voldoende tijd en ruimte vrijmaken - in overeenstemming met de grootte van de voorziening - voor de uitvoering en implementatie van het kwaliteitsbeleid. De Vlaamse regering voorziet hiervoor in de nodige middelen. Tevens wordt voorzien in een extra budget voor opleiding en vorming van al het personeel."

De stemmingen over de amendementen en het artikel worden aangehouden.

HOOFDSTUK III

Toezicht

De Vlaamse regering ziet erop toe dat het kwaliteitsbeleid voldoet aan de verplichtingen vermeld in de artikelen 4 en 5, en verleent in voorkomend geval haar goedkeuring aan het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan van de verzorgingsvoorziening.

De Vlaamse regering bepaalt de procedure die daarbij wordt gevolgd.

Bij gebrek aan beslissing binnen een door de Vlaamse regering vastgestelde termijn, wordt de in voorgaand lid bedoelde goedkeuring geacht stilzwijgend te zijn verleend.

Als het kwaliteitshandboek of het kwaliteitsplan onvoldoende wordt geacht, dient de verzorgingsvoorziening een gewijzigd kwaliteitshandboek of kwaliteitsplan in te dienen binnen een termijn van drie maanden. De goedkeuring van het kwaliteitshandboek of kwaliteitsplan wordt gedurende deze termijn opgeschort. Deze opschorting kan slechts eenmaal worden toegekend.

Op dit artikel is er een amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 6

Het woord "kwaliteitshandboek" telkens vervangen door het woord "kwaliteitshandleiding".

De stemmingen over het amendement en het artikel worden aangehouden.

Artikel 7

Onverminderd de toepassing van de geldende erkenningsnormen, kan een erkenning van een verzorgingsvoorziening enkel worden verleend, behouden of verlengd, als voldaan wordt aan de bepalingen van dit decreet.

Voldoet een verzorgingsvoorziening niet aan de in dit decreet gestelde verplichtingen, dan kan de erkenning worden verleend of verlengd gedurende maximum een jaar, op voorwaarde dat de verzorgingsvoorziening zich ertoe verbindt om binnen deze termijn de nodige maatregelen te nemen om aan de in dit decreet gestelde verplichtingen te voldoen. Als deze verbintenis niet wordt nageleefd, dan wordt de erkenning niet verlengd.

Voorzitter

Tegen de beslissing waarbij de erkenning niet wordt verlengd, kan de verzorgingsvoorziening beroep aantekenen op de wijze bepaald door de Vlaamse regering.

– *Aangenomen.*

Artikel 8

Elke verzorgingsvoorziening stelt aan de Vlaamse regering alle gegevens ter beschikking die voor het toezicht op de toepassing van dit decreet noodzakelijk zijn.

Op dit artikel is er een amendement van mevrouw Van Den Heuvel dat luidt als volgt :

Artikel 8

De volgende zin toevoegen :

"Deze gegevens worden tevens ter beschikking gesteld van het personeel en de gebruikers."

De stemmingen over het amendement en het artikel worden aangehouden.

Artikel 9

§ 1. De Vlaamse regering wijst de ambtenaren aan die toezicht uitoefenen op de toepassing van de bepalingen van dit decreet en van de krachtens dit decreet genomen besluiten.

§ 2. In het kader van het toezicht kan de Vlaamse regering ook andere openbare of private instanties aanwijzen of erkennen en machtigen om het kwaliteitsbeleid van de verzorgingsvoorziening te toetsen.

Met het oog op de erkenning worden de resultaten van deze toetsing aan de in § 1 vermelde ambtenaren bezorgd.

– *Aangenomen.*

HOOFDSTUK IV

Slotbepalingen

Artikel 10

De Vlaamse regering legt driejaarlijks een rapport voor aan het Vlaams Parlement waarin de evolutie van de kwaliteitszorg binnen de verzorgingsvoorzieningen aan de hand van kwaliteitsindicatoren wordt aangetoond.

– *Aangenomen.*

Artikel 11

Dit decreet treedt in werking op 1 januari 1997 met uitzondering van de bepalingen van artikel 7.

De Vlaamse regering kan voor de overgangperiode die aanvangt op 1 januari 1997 en eindigt op 31 december 2000, overgangsmaatregelen nemen en de opgelegde verplichtingen en termijnen aanpassen.

Op dit artikel is er een amendement van mevrouw Avontroodt, mevrouw Ceysens en de heer De Groot dat luidt als volgt :

Artikel 11

Dit artikel vervangen door wat volgt :

"Artikel 11

De Vlaamse regering stippelt een stappenplan uit voor de ontwikkeling en implementatie van een kwaliteitssysteem bestaande uit de volgende drie fasen :

fase I : tegen 1 januari 1999 moeten de verzorgingsvoorzieningen een missie hebben uitgewerkt ;

fase II : tegen 1 januari 2001 moeten de verzorgingsvoorzieningen een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplan hebben uitgewerkt ;

fase III : tegen 1 januari 2004 moeten de verzorgingsvoorzieningen het kwaliteitssysteem hebben geïmplementeerd."

De stemmingen over het amendement en het artikel worden aangehouden.

Voorzitter

Artikel 12

Het artikel 7 van dit decreet treedt in werking op 1 januari 2001.

Op dit artikel is er een amendement van mevrouw Avontroodt, mevrouw Ceysens en de heer De Groot dat luidt als volgt :

Artikel 12

Op de tweede regel het jaartal "2000" vervangen door het jaartal "2004".

De stemmingen over het amendement en het artikel worden aangehouden.

De artikelsgewijze bespreking is gesloten.

We zullen om 16 uur de hoofdelijke stemming over het ontwerp van decreet houden.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE van de heer Jos Geysels betreffende de overheveling van bepaalde financiële middelen van de Nationale Loterij naar de Vlaamse Gemeenschap
– 77 (BZ 1995) – Nrs. 1 tot 3

Bespreking

De voorzitter : Dames en heren, aan de orde is het voorstel van resolutie van de heer Geysels betreffende de overheveling van bepaalde financiële middelen van de Nationale Loterij naar de Vlaamse Gemeenschap, dat luidt als volgt :

Het Vlaams Parlement,

- overwegende dat er vanuit de winsten van de Nationale Loterij jaarlijks aanzienlijke financiële middelen worden toegekend via organisaties, instellingen en initiatieven waarvan de werking rechtstreeks tot de bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap behoort (249 miljoen frank voor de culturele sector in 1988, 416 miljoen frank voor de welzijnssector in 1988) ;

- overwegende dat hierbij een parallel subsidiëringscircuit ontstaat dat op geen enkele wijze kan worden gecontroleerd door het Vlaams Parlement ;

- overwegende de opmerkingen dienaangaande van het Rekenhof, dat in zijn brief van 8 januari 1990 aan de Vlaamse Raad stelt dat deze financieringstechniek via middelen die in de afzonderlijke sectie van een nationale begroting zijn ingeschreven, het soeverein en exclusief gezag dat moet worden uitgeoefend door de eigen decretale en uitvoerende verantwoordelijke organen van de gemeenschappen, ontzenuwt ;

- vraagt aan de Vlaamse regering :

- op de eerstvolgende vergadering van het Overlegcomité de overheveling naar de Vlaamse Gemeenschap ter sprake te brengen van gelden die door de Nationale Loterij worden toegekend aan organisaties, instellingen en initiatieven in Vlaanderen die zich situeren in beleidsdomeinen die tot de exclusieve bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap behoren ;

- initiatieven te nemen om deze overheveling te realiseren voor 1 januari 1998.

De door de commissie aangenomen tekst wordt als basis voor de bespreking genomen.

De bespreking is geopend.

Mevrouw Van Hecke, verslaggever, verwijst naar het verslag.

De heer Geysels heeft het woord.

De heer Jos Geysels (Op de tribune) : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, dit voorstel van resolutie heeft betrekking op de Nationale Loterij. Het gaat meer bepaald over de overheveling van gelden van de Nationale Loterij van het federale naar het Vlaamse niveau voor domeinen die rechtstreeks behoren tot de exclusieve bevoegdheden van de Vlaamse Gemeenschap, zoals cultuur en welzijn. Het gaat over aanzienlijke bedragen : in 1988 ging het over ongeveer 240 miljoen frank voor cultuur en meer dan 400 miljoen frank voor welzijn. Die bedragen zijn lichtjes geëvolueerd. Uit recente cijfers die de minister-president ons in de commissie heeft gegeven, blijkt echter duidelijk dat het nog altijd over honderden miljoenen gaat.

Geysels

Dit is een oud zeer. Ik werkte nog niet lang in het parlement, toen ik aan de toenmalige staatssecretaris van Financiën, mevrouw Demeester, de cijfers vroeg van de verdeling van deze gelden over initiatieven voor welzijn en cultuur in Vlaanderen. Ik kon tot geen andere conclusie komen dan dat er een parallel subsidiëringkanaal bestond, waarbij organisaties en instellingen gelden kregen van de federale overheid zonder decretale regeling. Het gaat over gelden die betrekking hebben op sectoren die soms te weinig geld krijgen. De bevoegde Vlaamse ministers mogen wel een advies geven, maar de federale minister beslist !

We zitten met een dubbel probleem : enerzijds een democratisch deficit en anderzijds een vorm van discriminatie. Uit het onderzoek bleek immers dat sommige organisaties erin slaagden om dubbele subsidiëring te krijgen. Er mag geen discriminatie ontstaan tussen organisaties die hier decretaal wel geld krijgen, maar die er op federaal niveau niet in slagen om nog gelde te bekomen van de Nationale Loterij. Bij sommige organisaties ging het zelfs over drie- of vierdubbele subsidiëring. Volgens ons kan dat niet.

We hebben dat aangekaart bij de toenmalige minister van Cultuur, de heer Dewael. Hij heeft toen een aantal pogingen gedaan om dat te bespreken. Later hebben andere ministers zoals de heer Weckx dat overgenomen.

Naar mijn bescheiden mening was het de laatste tijd nogal stil rond deze problematiek. Daarom heb ik de resolutie tijdens deze zittingsperiode opnieuw ingediend. Het is een resolutie met de uitdrukkelijke vraag van het parlement aan de regering om deze zaak terug aan de orde te brengen bij het Overlegcomité en om daar te vragen of deze gelden niet kunnen worden overgeheveld. Zo komen deze gelden onder controle van het parlement. Het Parlement heeft immers sinds de laatste verkiezingen de legaliteit en de legitimiteit van de bevolking in Vlaanderen.

Ik vat even samen : de resolutie vraagt een versneling van het debat en vraagt aan de Vlaamse regering om het debat op de meest formele wijze bij de federale instanties ter sprake te brengen. Deze resolutie vertrekt vanuit de idee dat er geen democratisch deficit en geen parallelle subsidiëringcircuits mogen bestaan. Het komt aan het parlement toe om te bekijken hoe deze gelden goed kunnen worden besteed en om dat te controleren. Meer heeft deze resolutie niet om het lijf. Het is echter

niet onbelangrijk. Het gaat immers over 750 tot 800 miljoen frank per jaar. (*Applaus bij AGALEV, de VLD en de VU*)

De voorzitter : De heer Denys heeft het woord.

De heer André Denys (*Op de tribune*) : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, onze fractie zal dit voorstel van resolutie steunen om drie redenen.

Allereerst spreken we hier over gemeenschapsbevoegdheden, zoals de heer Geysels al aanhaalde : cultuur, welzijn en sport. We stellen vast dat er vandaag wel een advies van de gemeenschappen is, maar dat deze materie toch nog onttrokken blijft aan het democratisch toezicht. We stellen ook vast dat we een parallel subsidiecircuits krijgen dat niet toelaat om een algemene visie te vormen over het cultuur-, sport- of welzijnsbeleid.

Er is nog een tweede reden waarom we ervoor pleiten om deze resolutie goed te keuren. We vragen dat de Vlaamse regering in het Overlegcomité spoedig zou eisen dat hier een overdracht gebeurt. We weten immers zeker dat Vlaanderen benadeeld wordt. Het aandeel van Vlaanderen in de toelage is kleiner dan de Vlaamse inbreng in de Lottogelden. Men heeft berekend dat 65 percent van de inleggelden van de Lotto uit Vlaanderen komen. Uit berekeningen die ons zijn meegedeeld, stellen we vast dat we daarvan maar 55 percent terug krijgen. Er gaat immers 45 percent naar Wallonië. We zouden er dan ook voor pleiten deze hele problematiek in het Overlegcomité te bespreken. Men zou in dit verband, zoals voorgesteld door de VLD, een splitsing kunnen doorvoeren. Nationale bevoegdheden, zoals ontwikkelingssamenwerking, het nationaal rampenfonds, de Koning Boudewijnstichting enzovoort, zou men nationaal kunnen houden, maar al de rest, zoals cultuur, sport, welzijn, moet onder de bevoegdheid van de gemeenschappen blijven. We schatten dat de verhouding op dit ogenblik respectievelijk zestig-veertig bedraagt. Deze verhouding zou ook moeten worden gerespecteerd inzake de lottogelden. Zo zou Vlaanderen van de Lotto min of meer dezelfde bedragen moeten krijgen als het inlegt, namelijk 65 percent van de totale inzet.

De derde reden is de vaststelling dat de Lotto nog één van die oude politieke bastions is in de slechte betekenis van het woord. Politiek speelt er een grotere rol dan in andere instellingen. Ik meen te mogen zeggen dat het nog heel duidelijk een PSC-bastion is.

Verrijken

Daarom vragen we dat de Vlaamse regering dit probleem dringend zou behandelen in het Overlegcomité. Mocht men daar niet tot een oplossing komen, zou ik ervoor willen pleiten dat alle Vlaamse fracties in de Kamer samen een wetsvoorstel indienen.

De voorzitter : De heer Verrijken heeft het woord.

De heer Emiel Verrijken (*Op de tribune*) : Mijnheer de voorzitter, uiteraard zullen we deze resolutie steunen. De grote kwaal van de Nationale Loterij is natuurlijk het feit dat haar middelen in grote mate zijn afgenomen door de dreiging van de nationale regering om haar te privatiseren. Er is een typisch Belgische koehandel ontstaan waarbij de loterij een deel van haar middelen heeft afgestaan om mee het probleem van de staatsschuld op te lossen.

Ten tweede hebben we behoefte aan een Vlaamse loterij die haar gelden ter beschikking stelt van de Vlaamse sportieve en culturele instellingen. Het probleem is echter dat men niet weet waar de loten verkocht worden. Dit is staatsgeheim. Vlaanderen zou trouwens instaan voor 68 percent van de verkoop, en niet voor 65, zoals de heer Denys zegt.

Een ander staatsgeheim is dat van de bestemmelingen. We weten niet wie die 7,2 miljard frank int. De loterij laat ons weten dat, rekening houdend met het feit dat het aantal instellingen dat van de winst van de Nationale Loterij geniet, zeer groot is, de gegevens in de door ons gewenste vorm niet beschikbaar zijn. We krijgen met andere woorden geen inzicht in de verdeling van die 7,2 miljard frank. Men laat ons bijvoorbeeld wel weten dat aan nationale prestige 105 miljoen frank wordt gegeven. Als we dan vragen wat dat nationale prestige is, krijgen we daar botweg geen antwoord op. We zullen het nooit weten en dat ligt ons op de lever.

Een tweede belangrijk punt is de Koning Boudewijnstichting. Dat is een van de grote polen van het Belgische centralisme die de Vlaamse cultuur ondermijnen. De grote geldpolen tegenover zogenaamde Vlaamse culturele onafhankelijkheid zijn de Nationale Loterij en de Koning Boudewijnstichting.

We vragen ook inlichtingen over andere uitgaven. Aan migranten wordt zo'n 313 miljoen frank besteed. Naar welke instellingen gaat dit geld? Zijn die instellingen niet te fundamentalistisch, te anti-westers? Dat mogen we niet weten, dat is

staatsgeheim. Er wordt 55 miljoen frank gereserveerd voor activiteiten in brede zin. Ik veronderstel dat al de rest dan in smalle zin is. Wat betekent dat nu?

Als volksverbonden partij betreuren we dat aan natuur- en dierenbescherming nul frank wordt toegekend. Ik moet toch niet uitleggen waarom deze problemen ons zo bezighouden? De Vlaamse natuur is ons zorgenkind. In Nederland worden enorme hoeveelheden loterijgeld aangewend voor natuurbescherming. Dit kan lachwekkend klinken voor mensen die niet van de natuur houden. Er is het Nederlandse otterproject. Dat is het belangrijkste natuurbenaderend project in heel Europa. Er zijn hele boekdelen vol bewondering over geschreven.

Een tweede project – ik hoop dat u niet weer lacht – is het oerossenproject in de Hoge Veluwe. De Nederlanders hebben de zuivere bloedlijn van de oerrunderen teruggevonden. Elk jaar worden honderden hectare meer toegekend aan de oerrunderen. Ze bereiken bijna terug het IJsselmeer. Dat kost enorm veel geld. Intussen wordt in triomfantelijk België 105 miljoen frank aan het nationale prestige toebedeeld en we mogen niet weten wat dat inhoudt. Naar natuur- en dierenbescherming gaat nul frank. Dit is ontoelaatbaar.

Ik zou eens te meer willen aandringen op een Vlaamse Loterij. Die zou de hoeksteen vormen van een werkelijke ontvoogding. We zouden geldmiddelen ter beschikking kunnen stellen van culturele, humanitaire, typisch Vlaamse doelstellingen. Op dit moment spreekt men over 100 miljard frank loterijwinsten. Daar krijgt de Vlaamse Gemeenschap dankzij deze resolutie – en dan nog zonder controle – een 400 tot 500 miljoen frank van. Dat is onaanvaardbaar.

We zullen deze resolutie met tegenzin goedkeuren. Het is desalniettemin een goed begin. (*Applaus bij het VB en de VU*)

De voorzitter : Vraagt nog iemand het woord? (*Neen*)

De bespreking is gesloten.

We zullen om 16 uur de hoofdelijke stemming over het voorstel van resolutie houden.

REGELING VAN DE WERKZAAMHEDEN

De voorzitter : Dames en heren, hiermede zijn wij aan het einde gekomen van onze werkzaamheden voor deze voormiddag.

Wij komen om 14 uur opnieuw bijeen om onze agenda verder af te handelen.

De vergadering is gesloten.

– *De vergadering wordt gesloten om 12.34 uur.*
