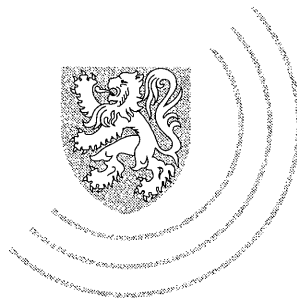


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1996-1997

10 januari 1997

ONTWERP VAN DECREET

betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen

HOORZITTING

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin,
uitgebracht door mevrouw Ria Van Den Heuvel**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : mevrouw Trees Merckx-Van Goey.

Vaste leden : mevrouw Sonja Becq, mevrouw Brigitte Grouwels, mevrouw Trees Merckx-Van Goey, de heren Marc Olivier, Bart Vandendriessche ;

mevrouw Yolande Avontroodt, mevrouw Patricia Ceysens, de heer Etienne De Groot ;

de heer Peter De Ridder, mevrouw Kathy Lindekens, de heer Guy Swennen ;

de heren Wilfried Aers, Felix Strackx ;

de heer Etienne Van Vaerenbergh ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel.

Plaatsvervangers :

de heren Leo Cannaerts, Johan De Roo, mevrouw Veerle Heeren, de heer Hugo Marsoul, mevrouw Riet Van Cleuvenbergen ;

de heer Jacques Devolder, mevrouw Marleen Vanderpoorten, mevrouw Sonja Van Lindt ;

de heren Fred Dielens, Johnny Goos, Jacky Maes ;

de heren Frank Creyelman, Karim Van Overmeire ;

de heer Herman Lauwers ;

de heer Jos Stassen.

Zie :

367 (1995-1996)

– Nr. 1 : Ontwerp van decreet

– Nrs. 2 tot 4 : Amendementen

Hoorzitting over het Kwaliteitsdecreet Verzorgingsvoorzieningen, met :

- mevrouw Annemie Vanden Bussche, auteur van "Diagnose van de organisatie op slaagkansen voor de invoering van IKZ - Management voor de non-profitsector"
- de heer Luc De Vreese, voorzitter van de Vereniging van Directies van Residentiële Ouderen-voorzieningen in Vlaanderen (DROV)
- de heer Raf De Rycke, beheerder van het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)
- de heer Ludo Geenen, stafmedewerker van het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI)
- de heer Luc Van Roye, adjunct-directeur van de Vereniging voor Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV)
- mevrouw Patricia Sabbe, afgevaardigde van de Vlaamse Vereniging van Steden en Gemeenten (VVSG)
- dokter Marc Moens, secretaris-generaal van het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-specialisten
- de heer Luc Seuntjes, afgevaardigde van de Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen
- de heer Stefan Hanson, afgevaardigde van het Vlaams Eerste Lijnsoverleg (VELO)
- dokter Jef Janssen, voorzitter van het Vlaams Comité van Advies van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
- de heer Leo Du Laing, adviseur van het Verbond der Medisch Sociale Instellingen (VMSI)
- de heer Paul Arteel, afgevaardigde van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg
- professor Louis Tielemans, voorzitter van de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en Andere vormen van Medische Verzorging en Begeleiding (VAZA)

Bijlage : Standpunt van de Federatie van Vlaamse Simileskringen vzw

COMMISSIE VOOR WELZIJN, GEZONDHEID EN GEZIN

Vergadering van donderdag 21 november 1996

- *De heer Bart Vandendriessche treedt op als voorzitter.*
- *De commissievergadering wordt geopend om 10.15 uur.*

HOORZITTING

Kwaliteitsdecreet Verzorgingsvoorzieningen

De voorzitter : Normaal ben ik niet de voorzitter van deze commissie, maar ik vind het niet hoffelijk de aanwezigen nog langer te laten wachten. De eerstvolgende weken wordt het ontwerp van het kwaliteitsdecreet gezondheidszorg behandeld in de commissie. Daarbij willen we eerst een aantal mensen uit de sector horen. De eigenlijke bespreking begint volgende week. We moeten nu nog een verslaggever aanduiden.

Mevrouw Patricia Ceysens : Ik stel mevrouw Ria Van Den Heuvel voor als verslaggever.

Mevrouw Annemie Vanden Bussche, auteur van "Diagnose van de organisatie op slaagkansen voor de invoering van IKZ - Management voor de non-profitsector" : Ik spreek hier vanuit mijn werk VOCA, een organisatie die andere organisaties in de gezondheids- en de welzijnssector begeleidt in hun organisatorisch en personeelsbeleid. VOCA heeft een onderzoek gevoerd naar de factoren die de slaagkansen van de integrale kwaliteitszorg bevorderen of belemmeren. De aanleiding was een experiment dat in 1988 van start ging. In een aantal organisaties werd integrale kwaliteitszorg (IKZ) ingevoerd. In sommige organisaties liep dit experiment als een trein, in andere kwam het niet van de grond. Daarom zijn we gaan onderzoeken waarom dit zo was. We zijn daarvoor gaan praten met mensen uit de profit- en uit de non-profitsector. De conclusie was dat integrale kwaliteitszorg slechts kan slagen bij een organisatie die er klaar voor is. Een stabiele structuur is daarbij noodzakelijk. Er moet duidelijkheid zijn over strategie van de organisatie, de communicatiekanalen moeten goed functioneren, er moet een goede afstemming zijn van de taakverdeling, het personeel moet voldoende gekwalificeerd zijn en er moet voldoende personeel zijn. Dit moet gekoppeld worden aan een leiderschap dat openheid en participatie mogelijk

maakt. Vooral het klimaat is belangrijk. Integrale kwaliteitszorg is met andere woorden meer dan een techniek : het is een filosofie.

Zelfs als organisaties er klaar voor zijn, is het nog niet evident hoe ze aan kwaliteitsverbetering moeten doen : elke organisatie moet haar eigen weg kiezen, aangepast aan de heersende cultuur.

- *Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter van de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin, treedt op als voorzitter.*

Op basis van deze vaststelling hebben we diagnose-instrumenten en procedures ontwikkeld om na te gaan in welke mate organisaties klaar zijn voor kwaliteitszorg. Aan de hand daarvan kan een plan opgemaakt worden. Kwaliteitszorg kan enkel gedijen in stabiele organisaties met een cultuur die er klaar voor is en met enthousiaste medewerkers.

De heer Luc De Vreese, voorzitter Vereniging van Directies van Residentiële Ouderenvoorzieningen in Vlaanderen (DROV) : De DROV verenigt directeuren van de Vlaamse rusthuizen met verschillende beheersvormen (VZW, OCMW en NV - BVBA).

Een aantal rusthuizen zal moeten voldoen aan twee decreten inzake kwaliteitszorg. Dat is voor ons onaanvaardbaar. De basiserkenning voor een rusthuis wordt verleend door de Vlaamse minister van Gezin en Welzijn. Rusthuizen voor ouderen zijn welzijnsinstellingen en vallen dus in de eerste plaats onder het kwaliteitsdecreet voor de welzijnsvoorzieningen.

Daarnaast beschikt een aantal rusthuizen over een bijkomende erkenning als rust- en verzorgingstehuis (RVT). Deze erkenning wordt enkel door de Vlaamse minister van Gezondheidsbeleid verleend aan erkende rusthuizen.

De programmatie voor RVT's wordt dan weer op federaal niveau geregeld. RVT's zouden moeten voldoen aan het kwaliteitsdecreet voor verzorgingsinstellingen. Gezien beide decreten niet eenzelfde uitgangspunt hebben, is het moeilijk om aan de twee decreten tegelijkertijd te voldoen.

Onze vereniging is het niet eens met het feit dat alle ouderen die in een residentiële ouderenvoorziening verblijven, met eenzelfde zorgbehoefte, niet eenzelfde forfait krijgen. In een RVT beschikt een bejaarde C-gerechtigde over 25 percent meer personeelsomkadering dan in een rusthuis. Personeelsnormen dienen bepaald te worden overeenkomstig

de zorgbehoefte en mogen niet afhangen van een toevallige bijkomende erkenning. Het nut van een bijkomende RVT-erkenning moet dan ook in vraag gesteld worden.

De Vlaamse instellingen voor ouderenzorg zijn zeer heterogeen. Er is niet alleen het verschil in beheersvormen, er zijn er ook grote verschillen in opnamecapaciteit, organisatiecultuur en -structuur. Ook de grootte van de instellingen varieert; sommige instellingen worden nog geleid door congregaties, andere vormen slechts een onderdeel van grote organisaties met een professioneel management. Sommige rusthuizen hebben bovendien voor hun gehele capaciteit of voor een gedeelte daarvan een bijkomende RVT-erkenning.

We pleiten er voor om alleen het decreet op de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen van toepassing te verklaren op alle rusthuizen.

De ISO 9004-2-norm is herkenbaar in het decreet op de welzijnsvoorzieningen. De terminologie wordt overgenomen en consequent toegepast. In het decreet voor de verzorgingsinstellingen is er een probleem: er wordt geen enkel begrippenkader eenduidig toegepast; men brengt begrippen uit de verschillende historische fasen van de kwaliteitszorg samen.

Historisch evolueerde kwaliteitszorg in verschillende fasen. Eerst was er de productcontrole met productomschrijvingen en -eisen. Het controle-instrument is eindcontrole. Dit is gemakkelijk toe te passen voor industriële producten, maar in de zorgverlening waar "productie" en levering samenvallen is eindcontrole vaak niet toe te passen en zelfs ethisch onverantwoord.

Een tweede, historische stap, was de procescontrole. Het controle-instrument SPC (systematisch procescontrole) is in onze sector ook moeilijk toeepasbaar; men kan geen tussentijdse controles doen tijdens het verzorgingsproces. Procescontrole evolueerde naar procesmanagement. De norm is de ISO 9000-serie en het "controle-instrument" is de auditing.

Wanneer men de fase van het procesmanagement doorlopen heeft, kan de organisatie overgaan naar integrale kwaliteitszorg (IKZ, TQM, Kaizen); het meetinstrument is self assessment.

Het decreet voor verzorgingsvoorzieningen voert de kwaliteitsindicatie en controle in onder de naam van integrale kwaliteitszorg. Controle is geen begrip uit het kwaliteitsmanagement (daar is de

term auditing gangbaar) en zeker niet uit het begrippenkader van integrale kwaliteitszorg. Dat heeft betrekking op de hele organisatie. Het vermengen van de begrippen kan leiden tot technisch inhoudelijke problemen bij de uitvoering.

Het decreet verzorgingsvoorzieningen neemt het klachtenrecht niet op. Dit is onontbeerlijk in een goede kwaliteitszorg. Er wordt gesproken over een kwaliteitscoördinator zonder er financiële middelen aan te verbinden.

Wanneer een RVT-bewoner van een rusthuis dat gedeeltelijk erkend is als RVT naar het ziekenhuis gaat, wordt zijn plaats administratief ingenomen door een andere bewoner die dan plots aanspraak kan maken op een ander kwaliteitssysteem. Dat is niet werkbaar in de praktijk.

Instellingen die voor hun gehele capaciteit een bijkomende RVT-erkenning nastreven moeten aan twee decreten voldoen. Volgens het ene decreet moeten de instellingen een planning opstellen waarbij ze eerst een degelijke beheerraad aanstellen en zich bezinnen over hun visie en strategie. Volgens een tweede decreet moeten ze aan een opgelegd thema werken (bv. het opnameproces). Dit is praktisch niet werkbaar.

De DROV staat positief tegenover de wens van de overheid om de kwaliteitszorg wettelijk te regelen. Indien de rustoorden moeten voldoen aan twee kwaliteitsdecreten, geeft dit geen blijk van kwaliteitsvolle aanpak. De DROV pleit voor één kwaliteitsdecreet en oordeelt dat het basisdecreet voor de welzijnsinstellingen het beste raamwerk biedt. Indien de ongelijke financiering wordt afgeschaft is er geen behoefte meer aan de toepassing van het tweede decreet. Indien dit onmogelijk is, dient in overleg met de ministers en de sector één uitvoeringsbesluit tot stand te komen voor de RVT-rusthuizen.

Mevrouw Patricia Ceysens : Welke organisatie tegenwoordigt mevrouw Vanden Bussche ?

Mevrouw Annemie Vanden Bussche : Ik werk bij VOCA, de vormingscel van Caritas, die organisaties vormt en begeleidt bij organisatie-ontwikkeling, personeelsbeleid en dergelijke.

Mevrouw Patricia Ceysens : Men zegt dat het invoeren van IKZ niets kost. Uit de praktijk weet ik echter dat de invoering van IKZ in een eerste fase niet kosteloos is, hoewel het later kostenbesparend kan werken. Wat zijn de kosten die hieraan volgens u verbonden zijn ?

Denkt u dat een organisatie of een instelling de invoering van integrale kwaliteitszorg best zelf van onderuit realiseert, of denkt u dat het moet verplicht worden met de onthouding van erkenning als sanctie ?

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Ik stem in met de vragen van mijn collega. Volgens de heer De Vreese wordt de term integrale kwaliteitszorg in het decreet verkeerd gebruikt voor controle. Welke problemen voorziet u door dit verkeerd gebruik ?

Hoe staat het momenteel met de toepassing van kwaliteit in de sector ? Velen zijn al bezig met kwaliteitszorg. In hoeverre helpt dit decreet hen of ontmoedigt het hen ?

De heer Bart Vandendriessche : Voor het knelpunt dat de heer De Vreese aanhaalt over vergelijkbare zorg die een vergelijkbare forfait eist, moet een oplossing gezocht worden samen met het federaal niveau. Denkt u dat één uitvoeringsbesluit voor de twee decreten een oplossing is voor deze voorzieningen ?

U heeft veel ervaring in kleine organisaties, maar het decreet neigt naar de grote organisaties. Kan u zeggen hoe u de figuur van de kwaliteitscoördinator ziet ? Dit is geen full-timefunctie. Hoe kan deze functie gerealiseerd worden zonder bijkomende financiering, en eventueel gecoördineerd worden door de centrale administratie ?

Mevrouw Sonja Becq : Mevrouw Vanden Bussche zegt dat organisaties die geen culturele onderbouw hebben een grote kans tot mislukken hebben bij het invoeren van kwaliteitszorg. Kan IKZ niet net cultuurbevorderend werken ?

De vergelijking van de heer De Vreese met de kwaliteitscontrole op producten gaat volgens ons niet op. Er zijn wel een aantal meetbare aspecten. Zo kan men het percentage doorligwonden trachten te verlagen. Hoe kijkt u hier tegenaan ?

Mevrouw Annemie Vanden Bussche : Ik ben het er niet mee eens dat kwaliteitszorg geen geld zou kosten. Voor een betere kwaliteit moet geïnvesteerd worden. Wanneer bijvoorbeeld vijf mensen zich over eenzelfde probleem buigen, zal de kwaliteit wellicht verbeteren, maar de tijd die zij moeten investeren kost geld.

De heer Luc De Vreese : Ik sluit me aan bij het standpunt van mevrouw Vanden Bussche. Kwaliteitszorg kost evenveel als normaal leiding geven. Om efficiënt leiding te geven is bijvoorbeeld een

behoorlijke opleiding van het personeel onontbeerlijk. Ons opleidingsbudget ligt weliswaar hoger dan in de meeste andere instellingen, maar één en ander verloopt toch niet probleemloos.

De overheid mag niet dreigen met sancties zoals intrekking van de erkenning, als de instellingen niet voldoende tijd krijgen. Een periode van vijf tot zes jaar is zeker nodig om de kwaliteitszorg efficiënt te verbeteren. De drie jaar van het decreet is zeker te weinig. Hoewel kwaliteitsverbetering voor ons een kwestie was van overleven, werken we er nu zelf al vier jaar aan. En nu pas hebben we een kwaliteitsboek klaar - daarbij stond ons wel geen voltijdse vrijgestelde kwaliteitscoördinator ter beschikking. De situatie zou kunnen vergeleken worden met die in het bedrijfsleven. Als een bedrijf de ISO-normen moet halen om te kunnen leveren aan Volvo, zou aan de voorwaarden kunnen worden voldaan op bijvoorbeeld twee jaar, met een prijskaartje van twee miljoen frank. Vraag is echter of dan ook de basis mee is. Wij pleiten dan ook voor meer geleidelijke veranderingen, zodat iedereen mee is.

De heer Bart Vandendriessche : Trad u zelf op als kwaliteitscoördinator ? Hoeveel tijd werd aan de kwaliteitszorg besteed ?

De heer Luc De Vreese : Het hoofd verzorging kon zich deeltijds wijden aan zijn taak van kwaliteitscoördinator. Op twee jaar tijd werden er 2500 uren aan besteed. Deze 2500 uren zijn een minimum.

Kleine verenigingen moeten samenwerken met andere instellingen uit dezelfde regio. Samenwerking is nodig op administratief vlak : bijvoorbeeld voor wat betreft de aankopen. Anderzijds pleit ik voor niet te omvangrijke instellingen. Voor de patiënten en het personeel is dat ongetwijfeld beter. Instellingen met slechts twintig tot zestig bedden blijven nodig.

We moeten bij het streven naar kwaliteitszorg vermijden dat we terecht komen in een administratief kluwen. Bij het nastreven van de ISO-normen moet een directeur zijn eigenlijke taak als directeur kunnen vervullen zonder in een papierwinkel terecht te komen. Het is gemakkelijk om een visie of missie te formuleren. Om de doelstellingen te bereiken, moet echter de basis mee zijn. Het personeel moet gemotiveerd zijn en goed opgeleid worden. Cursussen volgen over specifieke problemen als bijvoorbeeld doorligwonden, is daarom noodzakelijk. In standaardomstandigheden kan het personeel af en toe een steekje laten vallen. Iedereen

heeft wel eens een slechte dag. In buitengewone omstandigheden mogen er echter geen fouten worden gemaakt. Daarom zijn er bijkomende middelen voor bijscholing nodig, ook voor stagiairs en vrijwilligers. Tegen een menselijk tempo hebben we hiertoe ten minste drie tot vier jaar nodig. Ons standpunt heeft uiteraard enkel betrekking op rusthuizen, over andere sectoren kan ik me niet uitspreken. Het is belangrijk dat er duidelijke uitvoeringsbesluiten komen die voor alle rusthuizen dezelfde zijn.

Mevrouw Annemie Vanden Bussche : Iedereen wil kwaliteit, niet iedereen streeft echter een systematische kwaliteitszorg na. En tussen beide termen is er een groot verschil. Systematische kwaliteitszorg vergt een groeiproces. Iedereen moet mee kunnen, ook de basis. Top down kan een richting worden aangegeven, en kunnen er bepaalde sleutels worden aangereikt. Het gevaar dat hier bestaat is dat wie het minst weet van systematische kwaliteitszorg, ook vaak het snelst tevreden is. Naast de sleutels die van bovenaf worden aangereikt, moet de nodige bewegingsruimte bestaan om te groeien binnen een specifieke eigen context, binnen een eigen bedrijfscultuur. Kan via systematische kwaliteitszorg een bedrijfscultuur tot stand komen, of is een aangepaste bedrijfscultuur juist nodig voor een systematische kwaliteitszorg ? Het is de vraag van de kip en het ei. Als er helemaal geen open bedrijfscultuur aanwezig is, is systematische kwaliteitszorg volgens ons niet mogelijk. Anderzijds kan integrale kwaliteitszorg wel mee bouwstenen aanreiken voor een reeds bestaande bedrijfscultuur.

Mevrouw Patricia Ceysens : Bij ISO speelt ook de kostenfactor een rol. De interne kosten, de lonen bijvoorbeeld, lopen gewoon door. Daarnaast zijn er de specifieke kosten voor ISO. Moet de administratie die op zich nemen ? Is het zo dat ISO in de verzorgingssector gebaseerd is op de producten en in de welzijnssector op de dienstverlening ?

De heer Luc Devreese : Indien de administratie de instellingen zal begeleiden om de doelstellingen te bereiken, dan kan de begeleider niet tegelijkertijd de audit uitvoeren. De auditor moet onafhankelijk zijn, moet de sector kennen en een audit kunnen uitvoeren. Het kan niet dat de inspectie-administratie ons daarbij gaat helpen, want als het mis gaat moeten ze hun eigen fouten toegeven. De kosten voor een externe audit kunnen 200.000 frank tot een miljoen frank bedragen.

De kwaliteit is gebaseerd op ISO-norm 9001, de aanwijzingen voor de diensten op ISO-norm 9004-2.

De heer Raf De Rycke, beheerder van het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) : Onze organisatie groepeerd 60 algemene ziekenhuizen, 35 psychiatrische instellingen, 23 initiatieven beschut wonen, 237 rusthuizen en 49 service-flats. Het VVI heeft altijd bijzondere aandacht besteed aan de kwaliteit van de dienstverlening voor de aangesloten leden. In 1992 werd een congres gewijd aan dit thema. In samenwerking met het Vormingscentrum Caritas, worden reeds enkele jaren cursussen georganiseerd over kwaliteitszorg. Een aantal instellingen zijn bezig een systematisch kwaliteitsbeleid uit te bouwen. Het VVI heeft er geen enkele moeite mee dat de overheid de kwaliteitszorg in de gezondheids- en welzijnsinstellingen stimuleert. Maar de wijze waarop dit momenteel gebeurt, roept vragen op, zowel over het ontstaan als over de inhoud van die kwaliteitszorg.

De sectoren van de gezondheids- en welzijnszorg worden tot hun verwondering met twee ontwerpen van kwaliteitsdecreten geconfronteerd. Die zijn verre van gelijklopend inzake benaderingswijze en reglementering. Het VVI vindt het samen bestaan van twee decreten in één instelling, zoals rusthuizen met RVT-bedden, onaanvaardbaar, omdat dit verwarring schept en het kwaliteitsproces eerder afremt dan bevordert. Het VVI betreurt dat er bij de voorbereiding van zulke decreten geen grondig en open overleg met alle partijen wordt gevoerd. Op federaal niveau lijkt dit wel te kunnen. Daar werd het overleg zelfs geïnstitutionaliseerd in een protocol-akkoord.

Het VVI had ook verwacht dat de bevoegde Vlaamse ministers die beiden de gezondheids- en welzijnsinstellingen dringend aanmanen tot een betere samenwerking, een voorbeeld zouden stellen door samen één kwaliteitsdecreet uit te werken met specifieke uitvoeringsbesluiten per sector. Bij nadere bestudering van de twee decreten gaat de voorkeur uit naar het decreet waarin het concept kwaliteit open gelaten is. Dit wil zeggen dat het niet verengd wordt tot integrale kwaliteitszorg. De voorkeur gaat uit naar het decreet waarin de invulling van het kwaliteitsproces minder van bovenaf wordt opgelegd. Dus geen verplichte thema's, geen opleggen van indicatoren, geen verplichting van een kwaliteitscoördinator, geen strak tijdschema van drie jaar. Het moet van onder uit worden opgebouwd, bottom-up, met een lange aanlooptijd. Het VVI verwacht dat de specifieke sectorale uitvoeringsbesluiten die uiterst belangrijk zijn voor de concrete implementering van het kwaliteitsproces veel meer in overleg met alle betrokken partijen worden voorbereid. Er bestaan immers grote ver-

schillen tussen de sectoren. Hoe gaat men bijvoorbeeld de tevredenheid meten van iemand die gedwongen in een psychiatrische instelling werd opgenomen ?

Dat de ontwikkeling van kwaliteitszorg in de domeinen van gezondheid en welzijn geen extra geld zou kosten, is een uitspraak die getuigt van weinig realiteitszin. Daar ga ik later verder op in.

Het VVI stelt zich ook vragen over de grondwettelijke bevoegdheid van de Vlaamse versus de federale overheid, net als de Raad van State overigens, om nog te zwijgen over de integratie van de mogelijke wetgevingen van deze beide beleidsniveaus. De vaststelling van erkenningsnormen behoort tot de bevoegdheid van de federale regering, de controle op de naleving van de normen tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. De mensen van het veld die de kwaliteit moeten waarmaken, zouden niet het slachtoffer mogen worden van onenigheden binnen de overheid. Ook dit bevordert een relatief chaotische situatie die contra-indicatief is voor het invoeren van kwaliteitszorg.

Dan wil ik ook meer inhoudelijke bedenkingen maken. Over welke kwaliteit gaat het ? De integrale kwaliteitsformule is in de profit-sector ontwikkeld in een periode van wereldwijde economische crisis. Het bedrijfsleven heeft methodes ontwikkeld om met minder mensen betere kwaliteitsproducten voort te brengen, weliswaar geholpen door de enorme ontwikkeling van de spits technologie. IKZ werd gepropageerd uit commerciële overwegingen vanuit een concurrentiepositie met de bedoeling een winstgevendende marktpositie te veroveren. De kwaliteitsformule werd zonder meer overgedragen naar de non-profitsector die een zeer arbeidsintensieve sector is, waar met en aan mensen wordt gewerkt op domeinen die heel gevoelig liggen. Een aangepaste vertaling van IKZ naar de zorgverleningsfunctie is op dit ogenblik weinig gebeurd.

Systematische kwaliteitszorg kan slechts gedijen in een goede voedingsbodem. Deze voedingsbodem wordt gevormd door een strategische beleidsvoering, aangepaste structuren en een cultuuromslag bij het personeel en de leiding. Een echte kwaliteitsverbetering zonder extra kosten is een fabel. De overheid legt bijkomende verplichtingen op aan de overheid waarvoor geen bijkomende financiële ondersteuning wordt gegeven. Het invoeren van een systematisch kwaliteitsproces moet bijzondere aandacht besteden aan relationele aspecten. Dat vraagt inspanningen zowel van het instellingsbeleid als van alle medewerkers, een investering in vorming en begeleiding die zeker in de eerste fase

meer geld kost. Op bepaalde domeinen zoals de technische en logistieke functies kunnen er misschien meer zaken gerealiseerd worden met minder middelen en zijn de processen ook gemakkelijker meetbaar. Maar voor de kwaliteit van het zorgen begeleidingsproces zijn in de eerste plaats personeelsmiddelen nodig. Ik stel vast dat heel wat instellingen te kampen hebben met een personeelstekort. Verzorging is een arbeidsintensieve vorm van dienstverlening.

Verder moeten we het veranderingsproces ook de tijd geven. Drie jaar is te weinig om als instelling te beantwoorden aan kwalitatieve erkenningsnormen. Zelfs een termijn van zes jaar is nauwelijks voldoende. Het koppelen van de minimale kwaliteitseisen aan de erkenning van de instelling ervaart het VVI als een sanctionering. Men zou er beter aan doen de instellingen die boven het minimum uitstijgen, te belonen.

Het kwaliteitsdecreet voor verzorgingsinstellingen wil een aantal thema's verplichten. Hoe zit het dan met de beheersvrijheid van de individuele instelling ? Dergelijke vormen van dirigisme bevorderen niet de opbouw van onder uit. Het beperkt de mogelijkheid van experimenten.

Het ontwerp van decreet verwijst naar de zorg die rekening moet houden met de maatschappelijke aanvaardbaarheid. Dit moet kritisch bekeken worden. Hetzelfde geldt voor het zelfbeschikkingsrecht en de schaarste van middelen. Wij verkiezen trouwens de term autonomie.

De geneesheren in de ziekenhuizen zijn de hoofdverantwoordelijken in het behandelingsproces. De meesten hebben een contractuele verbintenis sui generis met het ziekenhuis. Er is dus geen sprake van onder- of bovenschikking, wat tot problemen kan leiden wanneer er bedenkingen over de geneesheren worden geuit.

Ten slotte zijn er de sancties. Artikel 7 voert het niet verlengen van de erkenning in als een vorm van sanctie. Hiertegen kan beroep aangetekend worden. De memorie van toelichting wijst ook op mogelijke sancties via de subsidiëring van de infrastructuur. Hiertegen is echter geen beroep mogelijk.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Deze hoorzitting heeft al heel wat aan het licht gebracht, maar ik vrees dat dit nog maar het topje van de ijsberg is. Hoe staat het VVI tegenover een vergelijking tussen universitaire en regionale ziekenhuizen ? Dit is immers niet in het decreet opgenomen. De midde-

len waarover deze ziekenhuizen beschikken zijn niet dezelfde en toch worden dezelfde resultaten verwacht.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Ik stel vast dat het VVI moeite heeft met dit ontwerp van decreet, maar niet met het bevorderen van kwaliteit. Wat is volgens het VVI het alternatief om de kwaliteit van de voorzieningen aan te pakken ? Welke rol kan en mag de overheid hierin spelen ?

Mevrouw Patricia Ceysens : Ook de SERV geeft de voorkeur aan één decreet. Het tweede is er echter nog niet. Het zal niet gemakkelijk zijn deze versmelting te realiseren.

Het VVI zegt dat er geen grondig overleg is geweest. Wat bedoelt men daarmee ? Is er geen overleg geweest of gaat het om een overleg waar niets uitgekomen is ?

De voorzitter : Het federale protocol-akkoord waarnaar de heer De Rycke verwijst, werd afgesloten na de dringende bepalingen van de programawet. Dit lijkt mij ook niet bepaald ideaal. Men kan de ingewikkeldheid van het Belgische compromis betreuren, maar de verdeling van de bevoegdheden is een feit. We moeten nagaan hoe wij in deze feitelijke context de Vlaamse bekommernis om kwaliteit het best kunnen invullen en aanmoedigen. De ziekenhuissector bijvoorbeeld is zelf vragende partij inzake een nieuw ziekenhuisconcept. Op het federale niveau blijkt dit niet gemakkelijk te realiseren. Als Vlaamse vereniging steunt het VVI het nieuwe concept. Zijn onze initiatieven dan geen eerste stap in de goede richting ?

Dan heb ik nog een vraag over het protocol-akkoord. Hoe is de controle op de kwaliteit op het federale niveau ? Is deze geënt op een visie op gezondheid of veeleer op financiering ?

De heer Raf De Rycke : Binnen eenzelfde sector verschillen de middelen inderdaad. Er zijn verschillen op vlak van verpleegdagprijs tussen universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen, tussen algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Dat wil echter niet zeggen dat hogere verpleegdagprijzen ook betekenen dat er meer middelen zijn om het kwaliteitsdecreet, zoals het er nu uit ziet, te implementeren. De bijkomende middelen worden immers toegekend in functie van specifieke opdrachten die de ziekenhuizen moeten uitvoeren. Met het nieuwe financieringssysteem wil men niet langer de structurelelementen van het ziekenhuis, zoals de bedden, financieren, maar wel de pathologie.

De voorzitter : Dit is een aangekondigde en nog niet gerealiseerde maatregel. In de recente federale maatregelen terzake is nog altijd sprake van bedden.

De heer Raf De Rycke : Toch dient de wijziging zich aan. Voor de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid moeten extra middelen toegekend worden aan de ziekenhuizen om de kwaliteitscoördinator te financieren. Dit betekent daarom niet dat het globale budget van de sector moet verhogen. Er zijn verschuivingen mogelijk binnen de globale sector.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Men moet eenzelfde resultaat beogen, terwijl de middelen ongelijk zijn op historische gronden. Ik zie niet in hoe we een uniforme kwaliteitseis kunnen opstellen en u blijkbaar evenmin.

De heer Raf De Rycke : Ik reken er op dat de verschillen in de toekomst toch zullen verminderen door een meer correcte financiering. Het is echter te vroeg om daarover nu al uitspraken te doen.

De middelen om een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen zijn zeer uiteenlopend. Van het grootste belang is dat we beschikken over voldoende gekwalificeerd personeel. Nu probeert men het tekort aan personeel op te vangen door logistieke assistenten in dienst te nemen via een sociale Maribel-operatie. Dat is een eerste stap, maar in de plaats van niet-gediplomeerd personeel hebben we goed opgeleide mensen nodig. Ook de vernieuwing van de infrastructuur is zeer belangrijk. Voor de financiering daarvan zijn afspraken met de federale overheid nodig. Ten slotte moet het decreet het algemeen kader aanreiken dat ons toelaat vanuit de basis voorstellen te doen.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Met dit decreet worden aan de voorzieningen bijkomende voorwaarden opgelegd. Dat zou meteen de laatste stuip trekking van hun autonomie kunnen betekenen. Hoe zou u die kritiek weerleggen ?

De heer Raf De Rycke : Als men verwacht dat in deze sector nieuwe initiatieven die inspelen op nieuwe behoeften, worden genomen, moet men de creativiteit een kans geven. Dit impliceert een zekere mate van beheersvrijheid. De laatste jaren is de regelgeving echter sterk toegenomen, niet alleen vanuit het departement waarvan onze sector afhangt, maar ook vanuit andere departementen.

Met het bevoegde kabinet hebben we alleen informele gesprekken gevoerd, een meer gestructureerd

overleg heeft niet plaatsgevonden. Nochtans is dit cruciaal, zeker voor de uitvoeringsbesluiten.

De voorzitter : In welk overheidsniveau hebt u het meest vertrouwen bij de invoering van aangepaste kwaliteit in de voorzieningen ? Wordt die invoering op federaal niveau niet eerder tegengewerkt ?

De heer Ludo Geenen, stafmedewerker van het Verbond der Verzorgingsinstellingen (VVI) : Drie weken geleden heeft onze organisatie, in een andere commissie, al gepleit voor een Vlaams ziekenhuisbeleid. Terwijl de evaluatie van de medische praktijkvoering op federaal vlak wordt geregeld, beoogt dit decreet veeleer de kwaliteit op het terrein te bevorderen. Dat kan integratieproblemen opleveren. Het begeleidings- en stimuleringsinitiatief op het vlak van kwaliteit is zeer gunstig. Maar het zou jammer zijn dat de oorspronkelijke bedoelingen verloren gaan als de verkeerde middelen worden aangewend.

De heer Bart Vandendriessche : De overheid wordt geconfronteerd met het verschrikkelijk probleem van de beheersbaarheid van de kosten in de welzijns- en gezondheidssector. We kunnen niet meer verder met de bestaande structuren. Binnen drie tot vier jaar moet een nieuw ziekenhuisconcept voorliggen, met uniforme kwalitatieve meetpunten in plaats van de huidige kwantitatieve. De Vlaamse overheid moet die evolutie sturen. Daartoe is nu eenmaal een zekere mate van dirigisme nodig. Hoe kan de overheid anders iedereen binnen zo een korte termijn op dezelfde lijn brengen ?

De heer Raf De Rycke : Het is geen gemakkelijke opgave om dit te realiseren op relatief korte termijn. Het is een proces dat moet groeien vanuit een consensus over de doelstellingen, en in overleg met de basis via een aantal kanalen die eventueel nog opgericht moeten worden. Finaal zal de overheid zijn verantwoordelijkheid moeten nemen. Wij zijn bang dat er te weinig rekening zal gehouden worden met de noden en behoeften van de basis. Het invoeren vraagt tijd en een bepaalde cultuur. Een meer coherente aanpak is van belang, de versnippering van de gezondheidszorg komt de kwaliteit niet ten goede. Zo nemen verschillende departementen los van elkaar initiatieven over de drugsproblematiek. Voor een coherent beleid zijn duidelijke afspraken noodzakelijk.

We hebben ook schrik voor een ziekenhuisbeleid met twee snelheden. De goede dynamiek in Vlaanderen staat tegenover Wallonië waar ook aandacht is voor kwaliteit maar waar nog geen decreet is.

De heer Bart Vandendriessche : Is de Vlaamse Gezondheidsraad een mogelijk platform voor overleg met de basis ?

De heer Raf De Rycke : Dit is een mogelijk platform in de mate dat men rekening houdt met de geformuleerde adviezen, en in de mate men erin slaagt deze samen te stellen uit de deskundige vertegenwoordigers van de basis. We stellen ons nogal wat vragen rond deze samenstelling.

Mevrouw Patricia Ceysens : Heeft u de indruk dat dit een besparingsdecreet is ?

De heer Raf De Rycke : Bepaalde passages geven de indruk dat een goede kwaliteit samengaat met besparingen. Ik denk niet dat de basisbedoeling besparen is. Het is wel mogelijk dat dit het resultaat zal zijn. Wij vragen echter extra middelen om voor kwaliteit te zorgen. Dat wil daarom niet zeggen dat de hele sector nood heeft aan meer middelen, er kunnen eventueel verschuivingen optreden binnen de bestaande aanwending van middelen. De schaarse middelen moeten terechtkomen waar ze het meest nodig zijn.

De heer Luc Van Roye, adjunct-directeur van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV) : Onze vereniging vertegenwoordigt ongeveer 100 algemene en enkele psychiatrische ziekenhuizen. 39 hiervan bevinden zich in Vlaanderen. We vertegenwoordigen dus ongeveer 30 procent van de algemene ziekenhuizen in Vlaanderen, wat goed is voor 40 procent van de bedden.

We willen vooreerst de commissie bedanken voor de uitnodiging. We betreuren dat dit niet gebeurd is voor de Vlaamse Gezondheidsraad, waarvan de oprichting reeds goedgekeurd is. In grote lijnen kan ik akkoord gaan met de voorgaande sprekers. Ik zal een aantal accenten leggen die typisch zijn voor de openbare instellingen.

Principieel hebben wij niets tegen kwaliteitszorg. Wij waarderen de intenties van de overheid. Kwaliteitsmanagement is een noodzaak maar we vinden het geen goed idee dit te koppelen aan erkenning. Het gaat hier immers over een continu verbeteringsproces. Velen zijn hier al ernstig mee bezig.

We betreuren dat een definitie van kwaliteit ontbreekt, behalve de subjectieve tevredenheid van de patiënt. Allicht overdrijf ik hier want in de memorie van toelichting wordt gesproken over de ISO-norm. Ook deze norm blijft echter tamelijk abstract en subjectief als instrument voor het verlenen van erkenningen.

Zoals ook in de memorie van toelichting vermeld wordt, zijn er al heel wat initiatieven waarbij kwalitatieve evaluaties worden opgelegd. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan eisen voor medici en verpleegkundigen, aan kwaliteitsnormen binnen het apothekewezen, enzovoort.

We hebben het moeilijk met artikel drie van het ontwerp van decreet dat aan elk ziekenhuis oplegt om elke patiënt de nodige zorgen te verstrekken. We verzetten ons niet tegen de tekst als dusdanig, die immers overeenkomt met de definitie die de VOV aan een openbaar ziekenhuis geeft. We zijn blij dat die definitie in het decreet wordt opgenomen. Alle instellingen die met publiek geld dezelfde opdracht uitvoeren, moeten op dezelfde manier door de overheid gecontroleerd worden. In de praktijk is dat niet het geval. De openbare ziekenhuizen hebben immers een eigen specifieke, sociale opdracht, waarvoor ze de nodige middelen moeten krijgen.

We hebben ook geen bezwaren tegen pathologiefinanciering op zich. Maar men mag niet uit het oog verliezen dat in een systeem van pathologiefinanciering bepaalde patiënten misschien niet in aanmerking zullen komen voor de versnelde behandelingsvormen die wetenschappelijk verantwoord zijn. Juist deze patiënten bevinden zich hoofdzakelijk in de openbare ziekenhuizen.

We sluiten niet uit dat andere ziekenhuizen dezelfde opdracht op zich nemen en dezelfde middelen krijgen als de openbare ziekenhuizen. Opdat de openbare ziekenhuizen hun specifieke taak efficiënt zouden kunnen uitvoeren, moeten de openbare ziekenhuizen een eigen structuur kunnen opbouwen die een modern en kwaliteitsvol management mogelijk maakt, met ruimte voor een democratische controle. Hier ligt een taak voor het Vlaams Parlement. Het is onaanvaardbaar dat instellingen die niet dezelfde functie uitoefenen en die aan andere functioneringsregels zijn onderworpen, op dezelfde wijze worden beoordeeld.

We zijn het niet eens met de mogelijkheid die de overheid in artikel negen, paragraaf twee van het ontwerp van decreet krijgt, om het toezicht uit te besteden aan private instellingen. De overheid heeft de bevoegdheid zowel structurele als functionele normen als kwaliteitseisen te stellen. Wij menen dan ook dat de overheid het best zelf over die normen kan waken. Dit ontwerp van decreet heeft budgettaire gevolgen voor de verzorgingsinstellingen : kwaliteit kost geld, zeker in de fase van investeringen. De vraag rijst wie dat zal betalen. We betreuren dat de bestaande adviesorganen

afgeschaft werden en dat hun bevoegdheid om te oordelen over de erkenning aan de administratie werd gegeven. Hierdoor verdween immers een democratisch orgaan dat op grond van hun ruime ervaring op het terrein objectief advies kon verstrekken.

Samenvattend kunnen we zeggen dat we geen problemen hebben met een decreet inzake de kwaliteit op zich, maar wel met de koppeling van kwaliteitszorg aan de erkenning. Dit ontwerp van decreet mag geen middel zijn voor een besparingsronde waardoor een aantal instellingen kunnen worden verplicht de deuren te sluiten. Daar lijkt het nu wel op.

Mevrouw Patricia Ceysens : Hoever staat het in de praktijk met de integrale kwaliteitszorg in de openbare ziekenhuizen ?

Mevrouw Yolande Avontroodt : Als ik het goed begrijp kan de toepassing van dit kwaliteitsdecreet enkel lukken als de financiering van de ziekenhuizen en vooral de pathologiefinanciering correct verloopt. Het gaat hier om federale bevoegdheden. Als het kwaliteitsdecreet gekoppeld wordt aan erkenningen, zullen de openbare ziekenhuizen daardoor moeilijkheden krijgen.

De heer Luc Van Roye : Ik kan geen concrete informatie geven over de manier waarop in de openbare ziekenhuizen aan integrale kwaliteitszorg wordt gedaan. Ik heb wel de indruk dat er werk van wordt gemaakt. Het personeel in de meeste ziekenhuizen is erg patiëntgericht. Ik weet niet welke ziekenhuizen niet zouden willen meewerken aan de kwaliteitszorg.

De voorzitter : Wordt de kwaliteitsbewaking begeleid ? Zijn er deskundigen aangewezen die advies kunnen geven, of ligt de verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen zelf ?

De heer Luc Van Roye : In de meeste openbare ziekenhuizen wordt vanuit het ziekenhuis zelf aan kwaliteitsbewaking gedaan. Sommige openbare ziekenhuizen gaan wel te rade bij externe auditfirma's. Dit kost echter veel geld.

De voorzitter : De kwaliteitsbewaking gebeurt dus niet vanuit de koepel, vanuit het VOV zelf.

De heer Luc Van Roye : Kwaliteit kost geld. Voor de uitbouw van een systeem van kwaliteitszorg is voldoende personeel en tijd nodig. De openbare ziekenhuizen zijn bovendien gebonden aan barema's. Deskundigheid aantrekken kost echter veel

geld : daardoor hebben we het soms moeilijk. Gelukkig kunnen we meestal rekenen op de goede wil van ons personeel. Met de bestaande middelen komen we al heel ver. We moeten niet wachten op een kwaliteitsdecreet, op een nieuw budget of op een verplichte kwaliteitscoördinator om de basisvoorwaarden voor kwaliteitsbewaking te creëren.

Als het proces van kwaliteitsverbetering, waarbij iedereen betrokken moet worden, wordt gekoppeld aan erkenning, kunnen er grote problemen ontstaan. We verzetten ons heftig tegen een situatie waarbij na een negatieve evaluatie na drie jaar, instellingen zonder meer zouden worden gesloten.

De voorzitter : U verwijst onder meer naar de voogdijregeling. Pleit u ervoor dat de openbare ziekenhuizen niet meer onder de voogdij van de OCMW-raad of van de gemeenten zouden staan ?

De heer Luc Van Roye : De meerderheid van de algemene ziekenhuizen valt onder de voogdij van de OCMW-raad. Er doet zich wel een evolutie voor : steeds meer openbare ziekenhuizen maken gebruik van hoofdstuk 12 van de OCMW-wetgeving. Ik pleit echter niet voor de afschaffing van de huidige voogdijregeling. Het zou wel aangewezen zijn dat alle instellingen in de regio die een sociale functie hebben aan eenzelfde controle zouden worden onderworpen als de openbare ziekenhuizen.

De voorzitter : Stelt u dan voor dat privé-instellingen ook onder OCMW-toezicht zouden vallen ?

De heer Luc Van Roye : Zover wil ik niet gaan. Ik pleit wel voor een organisatie sui generis waarvoor instellingen zouden kunnen kiezen. Dat moet op vrijwillige basis gebeuren : in veel OCMW-ziekenhuizen doen er zich immers helemaal geen problemen voor.

Wij willen dat er voor alle instellingen die met overheidsmiddelen werken en ook een sociale functie hebben, een gelijke controle is.

Mevrouw Patricia Sabbe, stafmedewerker voor het bejaardenbeleid van de VVSG : Als laatste spreker zal ik wellicht in herhaling vallen. Er is bij de sprekers een vrij grote unanimititeit. De bedenkingen die ik wil maken, zijn geen formele standpunten van de beheersorganen. Voor overleg was de tijd te kort. Wel zijn het opmerkingen die stoelen op de knowhow omtrent IKZ van mij en mijn collega's. We hebben veel gesprekken gevoerd met de veldwerkers, dus ben ik ervan overtuigd dat deze bedenkingen wel representatief zijn. Ik bedank de commissie om ons te horen. Wij betreuren echter

dat dit zo laat gebeurt : er is met onze organisatie geen enkel formeel of informeel overleg gepleegd.

Wij zijn voorstander van een beleid dat ertoe aanzet de totale kwaliteit van de zorg systematisch en continu te verbeteren, zoals het letterlijk in de memorie van toelichting staat. Wij hebben wel vragen bij de manier waarop dit volgens dit ontwerp zal worden gedaan en bij de timing.

Wat het toepassingsgebied betreft, wil ik opmerken dat de nefaste gevolgen van het feit dat er twee kwaliteitsdecreten bestaan, worden onderschat. Vooral voor de rusthuizen met RVT-bedden die de twee decreten tegelijkertijd zouden moeten toepassen, is dit een zeer groot probleem. Indien er voor de rusthuizen met RVT-bedden één apart uitvoeringsbesluit komt, is dit geen goede formule. Dan wordt er een onderscheid gemaakt tussen rusthuizen met en zonder RVT-bedden. Op die manier krijgt men in de rusthuissector geen eenduidigheid: nu al wordt de sector met verschillende decreten geconfronteerd. Bovendien lopen de teksten van de twee decreten uiteen : er wordt een verschillende terminologie gebruikt en de verplichtingen die worden opgelegd, zijn niet dezelfde. Ik pleit er voor dat er gestreefd wordt naar één kwaliteitsdecreet. Als dat niet kan, vraag ik om de rusthuis-RVT's uit het toepassingsgebied te lichten, zodat ze enkel onder de toepassing van het decreet voor de welzijnsvoorzieningen vallen.

Dit ontwerp is bovendien op het lijf geschreven van de ziekenhuizen. De memorie van toelichting heeft het voortdurend over ziekenhuissituaties. Dit is niet aangepast aan de rusthuissector waarbij de RVT's vooral horen. Bijgevolg is het voorgestelde systeem totaal ongeschikt en soms ontoepasbaar voor een deel van de voorzieningen die onder het toepassingsgebied vallen. Samenwerkingsverbanden in de thuiszorg (SIT's) groeperen bijvoorbeeld enkele individuen die werken in de thuiszorg. Die verbanden krijgen enkele tienduizenden frank subsidie : een kwaliteitscoördinator en een kwaliteitshandboek zijn gewoon niet betaalbaar en niet werkbaar.

In de toelichting wordt gezegd dat het de bedoeling is om de voorzieningen aan te zetten tot het voeren van een kwaliteitsbeleid en om dit proces te vergemakkelijken. Dit ontwerp geeft echter geen stimulansen maar sancties, negatieve stimulansen dus. Het legt veel verplichtingen op zonder daar iets tegenover te plaatsen. Bovendien is het decreet te dirigistisch : de thema's worden opgelegd van bovenaf. Het kwaliteitshandboek en -plan moeten worden goedgekeurd. De erkenning zou van het

kwaliteitsbeleid afhankelijk worden gemaakt. Er moet een kwaliteitscoördinator worden aangeduid. Van bovenaf zal worden bepaald wanneer deze als deskundig mag worden beschouwd. Jaarlijkse tevredenheidsmetingen zijn verplicht. Deskundigen inzake kwaliteitszorg zijn het er nochtans over eens dat het systematisch werken aan een verbetering van de kwaliteit van onderuit moet groeien met de betrokkenheid van alle actoren. De thema's waaraan zou moeten worden gewerkt, verschillen niet alleen van soort voorziening tot soort voorziening, maar zelfs van instelling tot instelling op basis van de sterkte-zwakke analyse van elke organisatie.

Op dit ogenblik is er weinig deskundigheid aanwezig, zowel binnen als buiten de instellingen. Er zijn gewoonweg onvoldoende experts om morgen alle voorzieningen tegelijk te begeleiden in het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. De deskundigheid kan men ontwikkelen door vorming, maar dat kost geld. Ik deel de vrees dat een aantal consultingbureaus het gat in de markt zullen vinden en er grof geld aan zullen verdienen. De vraag is ook of zij voldoende expertise hebben voor de verzorgingssector. Zij zijn eerder thuis in de commerciële sector.

Het voorgestelde kwaliteitsbeleid zal handen vol geld kosten. Er moet een kwaliteitscoördinator worden aangesteld. Het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid, het opstellen van een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsplan, vraagt tijd en inzet van mensen. Experts kosten geld. De toelichting vermeldt zelf dat zoiets op korte termijn kostenverhogend werkt. Er wordt ook verschillende keren met zoveel woorden gezegd dat er middelen en mensen zullen moeten worden ingezet als men wil slagen. De industrie heeft immers aanzienlijke budgetten geïnvesteerd in kwaliteitszorg. Waar moeten de verzorgingsvoorzieningen dit geld halen? In de ziekteverzekering wordt alleen gedacht aan besparen. Dit zit nu op federaal niveau, en daar is weinig interesse om een initiatief uit één landsgedeelte te financieren. Zal de Vlaamse overheid middelen uittrekken? Financieel kan de sector een kwaliteitsbeleid volgens dit ontwerp niet aan.

Om de kwaliteitsverbetering haalbaar te maken zijn er extra financiële middelen nodig. De financiële situatie is op dit ogenblik van die aard dat er soms maatregelen worden doorgevoerd die de kwaliteit precies in negatieve zin beïnvloeden.

De timing is bij dit alles zeer belangrijk. Drie jaar is onvoldoende. De mensen van de sector denken eerder aan het dubbele. De implementatie van dit systeem vergt immers vooraf een grondige mentali-

teitsverandering. Eerst moeten we het juiste klimaat scheppen en de structurele obstakels opruimen. Openbare voorzieningen die functioneren binnen een grotere structuur zoals het OCMW werken bijvoorbeeld met bepaalde procedures en bepaalde bevoegdheidsverdelingen. Daarnaast is er ook nog tijd nodig om de systemen te implementeren.

Er bestaan belangrijke tegenstrijdigheden tussen het ontwerp enerzijds en de memorie van toelichting of de artikelsgewijze bespreking anderzijds. Bij de artikelsgewijze bespreking van artikel 6 is er sprake van een beroepsmogelijkheid die in het artikel zelf niet meer terug te vinden is. Er wordt op gewezen dat er in andere reglementeringen op een fragmentaire manier aandacht is voor kwaliteit, terwijl dit ontwerp-decreet integrale kwaliteit nastreeft. Is het dan geen tegenstrijdigheid om thema's op te leggen? Ook dat is immers een vorm van fragmentair werken. In de memorie van toelichting wordt er gesteld dat het niet de bedoeling is een specifiek kwaliteitssysteem op te leggen. Toch is het voorstel gebaseerd op een specifieke visie, namelijk de ISO-normen. Ik bedoel daarmee niet dat de ISO-normen niet goed zijn, maar wel dat er ook andere systemen zijn. We zouden hierover een debat moeten houden. We zouden de mogelijkheid moeten openlaten om naargelang de structuur van de voorziening het meest geschikte instrument te kiezen. In het ontwerp van decreet worden de concrete thema's als verplichtend beschouwd. In de memorie van toelichting worden ze beschouwd als een richtsnoer, als hulpmiddelen. Omtrent het verplichtend karakter ervan wordt in de memorie van toelichting warm en koud geblazen.

In het kwaliteitsdecreet wordt voorgeschreven dat heel het kwaliteitsbeleid op papier gezet moet worden. Dit zal voor een grote werklust zorgen, zowel in de voorzieningen als bij de inspectie. Zijn er daarvoor niet meer inspecteurs nodig? Beschikken de inspecteurs wel over de nodige deskundigheid? We vragen ons ook af of de overheid de kwaliteitscontrole aan private instellingen kan overlaten, zeker als dat bepalend is voor het al dan niet verlenen van de erkenning. Bovendien vraag ik me af of het de bedoeling is dat de naleving van het decreet wordt gecontroleerd op basis van documenten of op basis van de praktijk.

Het is niet zo moeilijk om een aantal mooie dingen op papier te zetten. De praktijk bekijken is echter geen sinecure, omdat het noodgedwongen moet gebeuren op basis van een beperkte kennis van de instelling. Een vorige spreker stelde ook al dat men

in alle geval dient te vermijden dat degene die begeleidt en degene die de audit doet, dezelfde persoon is.

Het risico is niet denkbeeldig dat instellingen hun erkenning zullen kopen, door consultingbureaus tegen grof geld een knap plan te laten schrijven, zonder dat daarmee de reële kwaliteit gebaat is.

Tot slot is er nog het probleem van de bevoegdheidsverdeling tussen de gemeenschap en de federale overheid. Ik vrees dat het Arbitragehof het decreet zou kunnen vernietigen, wanneer men met de opmerkingen uit het advies van de Raad van State geen rekening houdt.

Mevrouw Patricia Ceysens : Mevrouw Sabbe werkt voor de VVSG, maar volgt blijkbaar vooral de problematiek van de OCMW's ?

Mevrouw Patricia Sabbe : Binnen onze organisatie houden sommige stafmedewerkers zich vooral bezig met de gemeentelijke materies, terwijl anderen zich vooral op de OCMW's toeleggen. Ik behoor tot deze laatste groep en ik heb me meer bepaald gespecialiseerd in de bejaardenproblematiek.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Dinsdag begint de bespreking van het kwaliteitsdecreet. Daarom zou ik aan de voorzitter willen vragen ons de teksten van deze zeer volledige uiteenzetting te bezorgen.

Mevrouw Patricia Sabbe : Ik heb een tekst meegebracht, en ik heb die alvast voor de aanwezige leden laten kopiëren.

De voorzitter : Ook volgende week zijn er commissievergaderingen. De eerste vergadering heeft plaats op dinsdagnamiddag, en dan kan de verdere timing besproken worden. Dan krijgen de commissieleden het woord en kunnen ze een gesprek aangaan met de minister. Deze vergaderingen zijn openbaar. Als de sprekers van vandaag de debatten willen volgen, is dat dus mogelijk.

We onderbreken nu onze vergadering en hervatten na de middag.

- *De vergadering wordt om 13.45 uur onderbroken voor een middagpauze.*
- *De vergadering hervat om 14.17 uur.*
- *De heer Wilfried Aers treedt op als voorzitter.*

Dokter Marc Moens, secretaris-generaal van het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Geneesheren-Specialisten : Onze federatie verenigt alle bij wet erkende specialismen en telt 6.400 leden. Wij zijn de grootste medische organisatie in het land. Omdat er geen huisartsen onder onze leden zijn, worden we volgens de letter van de wet niet beschouwd als representatief en worden we op federaal niveau niet gehoord.

Ons uitgangspunt is dat er een overaanbod is aan artsen en instellingen. We hebben natuurlijk niets tegen de bevordering van de kwaliteit. Op Europees vlak werken we mee aan de ontwikkeling van een kwaliteitsdecreet. Over het decreet, dat hier voorligt, zijn we echter niet enthousiast. De opmerkingen van de Raad van State, die de Vlaamse Gemeenschap niet bevoegd acht, kunnen aanleiding geven tot het indienen van een verzoekschrift tot nietigverklaring bij het Arbitragehof.

Bij het uitwerken van kwaliteit moet sterk de nadruk liggen op de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt. In het decreet spreekt men van de ruimere term cliënt. De vrijheid van de patiënt, de diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts en de bescherming van het beroepsgeheim. Dit zijn immers evenwaardige kwalitatieve componenten.

Ik betreur dat er slechts laattijdig overleg werd gepleegd. Er is dringend behoefte aan een passend overlegmodel. Artsen willen dit voornamelijk vanuit het beroep zelf regelen, bijvoorbeeld via de peer review. In zogenaamd rationele landen als Nederland, Groot-Brittannië en de Skandinavische landen, heeft de overheid de bevoegdheid voor de uitwerking van een vorm van kwaliteitsdecreet gedelegeerd naar het beroep zelf.

De specialistische geneeskunde wordt geconfronteerd met een overaanbod aan reglementeringen, zowel op federaal als op gemeenschapsniveau. Dit kan aanleiding geven tot willekeur en rechtsonzekerheid. Voor aangelegenheden waarvoor zowel de federale als de gemeenschapsregering bevoegd zijn, wordt het op den duur moeilijk om nog door de bomen het bos te zien. Ik kan in dit verband verwijzen naar de accreditering van de geneesheren die onder meer de permanente navorming omvat. De accreditering werd ingevoerd via de akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen. Deze akkoorden worden geregeld op federaal niveau in het raam van de medische honoraria. De erkenning en de beroepstitels van de geneesheren vallen onder de federale bevoegdheid, met name van de minister van Volksgezondheid.

Volgens de wet houdende de sociale bepalingen van 29 april 1996 werden wijzigingen aangebracht waardoor de federale overheid zich concreter met de kwaliteit van de medische praktijk en praktijkvoering zal bezighouden. Volgens diezelfde programmawet kunnen federaal normen voor evaluatie inzake medische praktijkvoering worden ingevoerd. Hiertegen is veel protest gerezen. Niet voor niets werd minister Colla in dit verband Keizer Koster genoemd. Binnen de klinische biologie zal het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie een kwaliteitshandboek voor klinische labo's verplicht stellen. Voor de ISO-normen die in beproevingslabo's worden gebruikt bestaat ook een federale regelgeving, met name de wet van 20 juli 1990 betreffende de accreditatie van certificatie- en keuringsinstellingen alsmede van de beproevingslaboratoria. Deze wetgeving heeft nog weinig met volksgezondheid te maken, maar meer met economie. En dit soort economische aangelegenheden behoort tot de bevoegdheid van de federale overheid.

Er bestaat een grote rechtsonzekerheid door het ontbreken van definities of duidelijke rechtsregels betreffende termen als kwaliteit, maatschappelijke aanvaardbaarheid, verantwoorde zorg enzovoort. Als er geen duidelijke rechtsregels bestaan vragen we gewoon om problemen. Er wordt in het ontwerp van decreet te veel aan de regering overgelaten in de vorm van uitvoeringsbesluiten. Nochtans gaat het soms om fundamentele maatschappelijke keuzes. Teksten over de maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorgen gaven blijk van grote bezorgdheid bij patiënten en artsen. De patiënten mogen geen slachtoffer worden van maatschappelijk egoïsme. Niet de uitvoerende, maar wel de wetgevende macht moet de fundamentele maatschappelijke keuzes maken.

- *Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter van de Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin, treedt op als voorzitter.*

De termen voor het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan worden in het ontwerp ook vermeld. De overheidsinsbreng hier wordt te groot. Er zijn geen duidelijke criteria waaraan de Vlaamse regering zich moet houden om het plan en het handboek te toetsen.

Als laatste punt wil ik erop wijzen dat er niet in extra financiële middelen voorzien wordt. We vrezen echter voor bijkomende administratieve lasten. Extra werk is geen waarborg voor de kwaliteit, misschien zelfs een gevaar voor de kwaliteit. Uit

ervaring weet ik dat voor het realiseren van een handboek ten minste een voltijdse kracht nodig is.

Om af te sluiten wil ik nog zeggen dat specialisten nood hebben aan rechtszekerheid in het kader van hun beroep. Nu is er een versplintering van de regelgeving. Ook is er een reglementair opbod tussen de federale en Vlaamse overheid. Wij willen minder reglementen, we moeten opletten dat we het kind niet met het badwater weggooien en stikken in de reglementen. Trouwens, gaat het in de praktijk wel iets opleveren? Of gaan het mooie handboeken zijn die in de bibliotheek bewaard worden?

De Vlaamse overheid moet zich beraden. De Vlaamse overheid moet zich in haar project beperken tot het opzetten van een begeleidende structuur met het oog op positieve aanbevelingen en sensibiliseringscampagnes aan de verzorgingsvoorzieningen. Het moet ook losgekoppeld worden van de erkenningsdruk die nu een sanctiemiddel kan zijn.

Overleg is heel belangrijk, deze hoorzitting dus ook. Misschien speelde de druk van de oppositie een rol in het organiseren van de hoorzitting. We geven graag advies, maar we vinden het jammer dat dit nu niet van bij het begin is gebeurd.

Mevrouw Patricia Ceysens : Het decreet regelt de kwaliteit in de verzorgingsvoorzieningen. Het woord arts komt er niet in voor. Hoe ziet u dit? Wat zal het in de praktijk betekenen voor de ziekenhuisartsen? Kan u een toelichting geven bij de maatschappelijke aanvaardbaarheid van de zorg en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt?

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Ik wil een verduidelijking in verband met de rechtsonzekerheid. De uitvoerende macht mag de dingen die ze momenteel doet, niet doen. Welke plaats neemt het parlement daarbij in?

Mevrouw Yolande Avontroodt : In het decreet komen een aantal aspecten niet aan bod, onder andere bij de medische audit. Bijvoorbeeld de kwaliteit van het leven van de patiënt. Het gaat er om dat de patiënt beter moet worden. De plaats die de artsen innemen bij de diagnose moet gekend zijn.

Dokter Marc Moens : De arts is de motor achter de zorg. Zowel in ziekenhuisverband en daarbuiten is de zorg van de arts de eerste mogelijkheid om kwalitatief te werken. In het decreet zelf wordt niet over artsen gesproken, maar ze moeten er wel wor-

den bij betrokken zoals in de commentaar bij de artikelen wordt gestipuleerd.

Wat de maatschappelijke aanvaardbaarheid betreft, is het zo dat elke arts aan elke patiënt de best mogelijke zorgen moet verlenen. Dat is deontologisch ook zo vastgelegd. Er kunnen conflicten ontstaan in verband met de maatschappelijke haalbaarheid. De arts heeft een heel belangrijke verantwoordelijkheid als de patiënt de mogelijkheid heeft tot een wilsbeschikking, maar dit is een ander debat. Ik wou enkel wijzen op het gevaar omtrent de term "maatschappelijk aanvaardbaar". Als dat zo in het decreet staat, zonder verdere specificaties, dan blijft dit zeer vaag. Een breder debat is nodig. De uitvoeringsbesluiten kunnen gemaakt worden, maar dit hoort niet thuis in de uitvoering van een decreet. Het moet apart besproken worden in het Vlaams Parlement.

In verband met de punten die mevrouw Avontroodt aanhaalde, wil ik erop wijzen dat de geneesheren de eersten zijn om te bepalen welke richtlijn idealiter moet worden nageleefd. In Zweden, Finland en Noorwegen hebben de beroepsverenigingen een veel groter impact dan hier. De patiënten moeten er van A tot Z bij betrokken worden, dit binnen de maatschappelijke structuur die uiteraard grenzen heeft. De patiënten blijven centraal staan. De structuren dienen niet om de ziekenhuizen bezig te houden, maar moeten afgestemd worden op de noden en behoeften.

Mevrouw Sonja Becq : Ik wil even inpikken op wat daarnet gezegd is. In het denken over kwaliteit binnen en buiten de ziekenhuizen, speelt de arts een grote rol. Samenspel is belangrijk, ook met de thuiszorg moet rekening gehouden worden. Het op elkaar afstemmen is ook een deel van de kwaliteitszorg.

Wat de wetgevende en uitvoerende macht betreft, daarvoor ging men advies vragen aan de Vlaamse Gezondheidsraad. Daar zitten toch ook alle partners in. Hoe kijkt u daar tegen aan ?

Dokter Marc Moens : Uiteraard moet de samenwerking bevorderd worden, zowel in de ziekenhuizen als in de verzorgingsinstellingen. De federale overheid heeft in dit verband al heel wat wettelijke regelingen getroffen. Ik meen echter dat men zelfs met een prachtig kwaliteitshandboek niet tot de nodige samenwerking komt als er geen goede geest is.

In de tekst staat dat er advies zal gevraagd worden. Toch ben ik er niet gerust in, want een dergelijk

advies is vrijblijvend. Dit is ook bij de federale overheid het geval. Als lid van het Riziv kan ik vaststellen dat veel van de gegeven adviezen de mist ingaan. Nu wordt er een Vlaamse Gezondheidsraad opgericht. Ik ben evenwel niet gelukkig met de manier waarop die samengesteld wordt. De minister duidt de leden aan. Zo is er geen garantie dat het om neutrale adviezen zal gaan.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Vooreerst zou ik willen opmerken dat we nood hebben aan een kwaliteitsvol overheidsbeleid inzake de gezondheidsinstellingen. Ik heb ook twee vragen. Zal het verplichte kwaliteitsbeleid volgens u leiden tot een gezonde concurrentie en vreest u niet dat de concurrentie zal leiden tot een uitschakeling van voorzieningen ?

Dokter Marc Moens : Als klinisch bioloog kan ik u vertellen dat verschillende klinische laboratoria al een accreditering verkregen hebben bij Economische Zaken. Deze laboratoria deden vroeger al goed werk. De vraag is of ze het nu beter doen. Zeker is dat ze deze accreditering hanteren als een vorm van public relations. Dit leidt tot problemen van deontologie en tot klachten bij de Orde der Geneesheren. In het Verenigd Koninkrijk is het nu al zo dat de ziekenhuizen er sterren krijgen zoals de restaurants in de Michelinidsen. Ik durf betwijfelen of alles wat met accreditering te maken heeft echt de kwaliteit verhoogt. Er zitten zeker positieve elementen in : de kwaliteit is altijd verbeterbaar. Het zijn echter de mensen in de praktijk die het moeten waar maken. Ik heb ook schrik dat bepaalde instellingen door de concurrentie uitgeschakeld kunnen worden. Het verwerven van een accreditering is ook geen garantie. Zo heeft het Instituut voor Hygiëne en Epidemiologie een dergelijke accreditering verworven, maar toch kregen de klinische laboratoria vanwege die instelling een erbarmelijk inschrijvingsformulier. De experts uit het beroep overwegen klacht in te dienen bij de minister.

Mevrouw Sonja Becq : Deze voormiddag heb ik hier verschillende mensen horen pleiten voor kwaliteitszorg. Er is ook benadrukt dat daartoe een aantal voorwaarden moeten vervuld zijn, in de eerste plaats de bereidheid tot samenwerking. Denkt u niet dat het toch wel belangrijk is dat de overheid de mensen onder druk zet om inderdaad tot die kwaliteitsverhoging te komen ? Ik denk dat we de impulsen, de stimulering en de verplichting die van de overheid kunnen uitgaan niet zomaar mogen wegwuiven.

Dokter Marc Moens : In mijn besluit heb ik geschreven dat de overheid een begeleidende en stimulerende rol moet spelen. Dat kan inderdaad helpen bij mensen die een beetje laks zijn. Maar het is wel gevaarlijk dat te koppelen aan erkenning en sanctionering. Zo suggereerde de heer Colla zelfs dat artsen hun titel zouden kunnen verliezen. Dergelijke sancties kunnen we moeilijk aanvaarden. Daar kan willekeur achter schuilen. Daarom zou men zich tot stimuli moeten beperken.

Mevrouw Sonja Becq : Moet de overheid niet meer doen dan enkel stimuleren ?

Dokter Marc Moens : Als u de kwaliteitszorg wil verplichten, dan moet u dit ook mogelijk maken. Ik weet dat het met dezelfde mensen en dezelfde middelen niet mogelijk is. In de ziekenhuissector moeten er te veel prestaties geleverd worden voor te kleine honoraria. De ziekenhuizen worden bedolven onder allerlei vragen die daarna niet gebruikt worden.

De voorzitter : Ik dacht dat men een aantal van deze gegevens in de toekomst intensiever zou gaan gebruiken. Maar dat is eigenlijk niet het punt van deze discussie.

De heer Luc Seuntjens, Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen : Namens de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen wil ik bedanken voor de uitnodiging om ons standpunt over het kwaliteitsdecreet hier te komen toelichten.

Dit decreet wil een kader creëren voor de ondersteuning van de kwaliteitszorg in de Vlaamse verzorgingsinstellingen. Het gaat dus vooral over instellingen en niet over personen. Onze organisatie vertegenwoordigt de huisartsen. Over het algemeen gaat het dus over personen, want slechts dertig percent van onze leden zijn actief in groepspraktijken. We vragen ons daarom af of dit decreet ons wel aanbelangt. We hebben ook een aantal problemen bij de interpretatie van de tekst.

De WVVH wil ondersteuning bieden aan huisartsen en huisartsgroepen die aan kwaliteitsbevordering willen doen. Dat blijkt zowel uit haar beleidsplan 1995 voor de kwaliteitsbevordering van de Vlaamse huisartsen als uit de afdeling Kwaliteitsbevordering die in 1994 binnen haar structuur, naar het voorbeeld van buitenlandse instellingen, is opgericht.

De focus richten op kwaliteitsbevordering is een goede optie. De WVVH heeft de afgelopen twee

jaar inspanningen geleverd om de verschillende partners op huisartsniveau samen te brengen binnen een stuurgroep Kwaliteitsbevordering, die gelieerd is met het Vlaams Huisartsenparlement.

De diverse Vlaamse huisartsenorganisaties hebben heel wat kritiek op het feit dat de kwaliteitsbevordering kadert binnen het RIZIV. Ze menen dat de koppeling van de inhoudelijke kwaliteitsbevordering aan de financiële conventies en haar nomenclatuuronderhandelingen gevaarlijk zijn.

Binnen de medico-mutualistische organen is onlangs ook consensus ontstaan over een globaal medisch dossier. De federale ministers Colla en De Galan hebben hierover onlangs een ontwerp-KB voorgesteld. Minister Colla wil zich profileren rond de zorgkwaliteit. Hij kan dit doen via zijn erkenningsbevoegdheid en via de wet houdende sociale bepalingen van april 1996 (programmawet). Bij de huisartsen heerst onduidelijkheid over de bevoegdheidsverdeling.

Een kwaliteitssysteem topdown kan zich niet enkel laten gelden door middel van negatieve stimuli als het onttrekken van de erkenning. In het decreet wordt onvoldoende werk gemaakt van de ondersteuning van projecten vanuit de basis, die al bestaan of nog gestart kunnen worden. Uiteraard deelt de WVVH de zorg voor een adequate geldelijke betoelaging om de installatie van kwaliteitsystemen mogelijk te maken. Daarbij rijst de vraag naar de reële financieringsbevoegdheid.

We zijn voorstander van een integraal beleid, opgesteld en geadviseerd door een breed samengestelde gezondheidsraad. Kan ik daarover straks nog enkele opmerkingen formuleren ?

De voorzitter : Het ontwerp van decreet over de Vlaamse Gezondheidsraad is gisteren in de commissie goedgekeurd en zal na een reflectietermijn in de plenaire vergadering behandeld worden. Intussen kan u nog altijd opmerkingen formuleren.

De heer Luc Seuntjens : We willen hier waarschuwen voor een te strikte scheiding van preventie en curatie op het beleidsniveau. In de dagelijkse praktijk van de huisarts is zijn preventiewerk vervat binnen zijn curatief werk.

De huisarts wordt via het decreet-Weckx terecht gezien als een spilfiguur in de organisatie van de thuiszorg. Op diverse plaatsen in Vlaanderen hebben huisartsenkringen en huisartsen zich ingezet om van de samenwerkingsinitiatieven voor thuiszorg een degelijk instrument te maken. De koepel-

organisatie is VELO (Vlaams Eerstelijns Overleg). Er is echter nog nood aan een coherent beleid om de multi-disciplinaire thuiszorg op het terrein in heel Vlaanderen te verwezenlijken.

Ook op het vlak van palliatieve zorgen ontstonden al waardevolle initiatieven op het terrein. Minister Demeester-De Meyer nam op dat vlak al enkele initiatieven, maar ook hier ondermijnen de bevoegdheidsverdeling tussen de gemeenschappen en de federale regering en de strijd tussen diverse belangengroepen het werk op het terrein.

Het medisch schooltoezicht is in volle ontwikkeling. Is hier geen coördinatie nodig? Huisartsen zijn een belangrijke externe cliënt voor de verschillende verzorgingsinstellingen. Kwaliteitssystemen moeten ook worden toegepast op het raakvlak tussen deze twee partners. De WVVH acht het wenselijk initiatieven te starten die bijdragen tot de verbetering van de samenwerking tussen de huisartsen en de gezondheidswerkers van de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

De WVVH staat achter de installatie van een Vlaamse Gezondheidsraad die op een brede basis gefundeerd is. Zij weigert echter een top down-benoemingsprocedure. De kandidaten moeten vanuit de diverse geledingen gemandateerd worden en op basis van vooraf gestelde criteria gekozen.

De voorzitter : De artsen vallen niet specifiek onder het toepassingsveld van het ontwerp-decreet. Toch hebben de commissieleden hun opinie gevraagd omdat artsen belangrijke partners zijn.

De heer Stefaan Hanson, afgevaardigde van het Vlaams Eerstelijns Overleg : Het VELO is een los samenwerkingsverband van verenigingen dat eerstelijnswerkers uit de gezondheidszorg samenbrengt. Ik spreek als gemandateerde van één van die verenigingen, het Verbond der Vlaamse Tandartsen: een wetenschappelijke instelling en een beroepsvereniging. Hoewel wij als zorgverleners wellicht niet de eerste doelgroep zijn van het ontwerp-decreet, voelen wij ons toch sterk betrokken, omdat het voorgestelde model van integrale kwaliteitszorg getransponeerd zou kunnen worden naar de eerste lijn.

Het decreet is duidelijk afgeleid van het industrieel model voor integrale kwaliteitszorg en dit is niet deugdelijk voor de gezondheidszorg. De ISO-9000 normen die in de industrie worden gehanteerd, garanderen immers slechts dat procedurematig alles goed wordt opgevolgd, terwijl de objectieve

kwaliteit van het eindproduct niet wordt gegarandeerd.

In het kader van een middelenverbintenis is de subjectieve kwaliteitsbeleving van de patiënt daarenboven een enorm belangrijke factor die niet gemakkelijk objectief meetbaar is. De kwaliteitsindicatoren in de gezondheidszorg zijn dus veel relatiever dan in industriële processen.

Het ontwerp-decreet verwijst naar de Vlaamse Gezondheidsraad en de Vlaamse Adviesraad. Het stoort ons dat in deze raden meer aandacht besteed wordt aan de aanwezigheid van sociologen en filosofen dan van zorgverleners en dat de voorzitter een jurist moet zijn. Er zijn in ons land drie soorten beoefenaars van de geneeskunde: de geneesheren, de apothekers en de tandartsen. Deze laatsten worden geweerd uit de Gezondheidsraad.

Dezelfde mentaliteit vinden wij terug in het voorliggende decreet. Het toezicht wordt immers toevertrouwd aan de ambtenarij zonder te vermelden dat het over geneeskundigen of leden van betrokken paramedische beroepen moet gaan. Voorbeelden uit Groot-Brittannië en de Scandinavische landen illustreren dat ondanks alle mogelijke controlerende en normerende instanties de kwalitatieve gezondheidszorg en de patiëntentevredenheid niet verbeterd worden. De zucht naar normen en de bijhorende intrekking van erkenningen kan leiden tot politiek gekonkel.

Integrale kwaliteitszorg is niet mogelijk binnen de huidige sfeer van budgettaire beperkingen. Op federaal vlak wordt wel een, weliswaar beperkt, budget ingeschreven voor de werkingskosten van de kwaliteitszorg van de ziekenhuizen. Dit brengt ons bij het probleem van de conflicten met de federale overheid, dat niet beperkt blijft tot Volksgezondheid maar ook bestaat ten aanzien van Sociale Zaken.

Wij wensen mee te werken aan een beleid dat kwaliteit bevordert. Om hiertoe te komen moeten de beschikbare middelen op de beste manier worden aangewend en dit gebeurt momenteel niet in de federale ziekteverzekering. Hiervoor zijn structurele maatregelen nodig die moeten uitgevaardigd worden door de federale overheid. Maar dit moet ons niet afschrikken : de federale meerderheid is toch dezelfde als deze die dit dossier voorstelt.

De voorzitter : Beide assemblees worden rechtstreeks verkozen en kunnen dus van elkaar afwijkende voorstellen doen.

De heer Stefan Hanson : Een eigen Vlaams kwaliteitsbeleid veronderstelt ten minste een defederalisering van de uitgaven. Gewezen KUL-rector Dilemans heeft het over een personalistische visie betreffende sociale zekerheid die emancipatorisch moet werken en zoveel mogelijk vrijheidsmomenten moet inbouwen. Vertaald naar de kwaliteitsbegeleiding in de gezondheidszorg betekent dit niet de betutteling en oeverloze normeringsdrang zoals we die vinden in het voorliggend decreet.

Kwaliteitsverzorging komt tegemoet aan een goed gedefinieerde verzorgingsnood en dit veronderstelt dataregistratie. Hieraan hebben we momenteel een schrijnend gebrek. Op lange termijn is preventie de beste kwaliteitsmaatregel. De tandartsen werken hier dagelijks aan. Zowel de goed geïnformeerde patiënt als de bekwame zorgverlener moeten tevreden blijven over het verloop van de behandeling, het bekomen resultaat, de nazorg en de moeite die het hen kost.

De patiënt vinden we terug in het informed-consensusmodel dat tot stand komt in een kwaliteitsrelatie tussen patiënt en zorgverlener. Dit model moet niet misbruikt worden om de middelenverbintenis om te buigen tot een resultaatsverbintenis want hierdoor worden beide partijen benadeeld. Een goede basisopleiding, die zowel wetenschappelijk onderbouwd als patiëntgericht is, is onontbeerlijk voor de vorming van goede zorgverleners. Een niet-geïntegreerde benadering van de patiënt vanuit specialistische onderdelen van het beroep bevordert de kwaliteit van de geneeskunde niet. Analooq met het bovengenoemde zijn de echelonering en het verlenen van de gezondheidszorg op het laagst mogelijke maar kwaliteitsverzekerende niveau voor ons het beste. De bijscholing van de zorgverlener moet gestimuleerd en begeleid worden vanuit peer review om de kwaliteitsbevordering optimaal te laten verlopen.

De zorgverleners in de eerste lijn zijn vragende partij voor een kwaliteitsbeleid. Hiervoor is een defederalisering van de gezondheidszorg nodig, gezien tot nu toe nog niet werd ingegaan op onze vele vragen tot structurele wijzigingen die nodig zijn om de beschikbare middelen op een optimale wijze aan te wenden. Vlaanderen kan geen kwaliteitsnormen opleggen zonder financiële stimuli te geven. In hetzelfde kader moeten het overaanbod aan zorgverstrekkers en de ongebreidelde inplanting van dure infrastructuur en uitrusting worden gereguleerd. Daardoor zal ruimte vrijkomen voor integrale kwaliteitszorg.

Kwaliteitsverzorging wordt het meest gediend met een mentaliteitswijziging vanaf de basisopleiding. Er moet meer aandacht worden besteed aan preventie, subsidiariteit via echelonering, stimuli voor nascholing en intercollegiale toetsing, informatie voor de patiënt door het promoten van het informed-consensusprincipe, waarbij zowel patiënt als zorgverlener rekening houden met de werkelijkheid van de medische context.

Het is niet logisch een decreet uit te vaardigen voor een beperkt onderdeel van de gezondheidszorg. Het zou beter zijn om een ernstig samengestelde Vlaamse Gezondheidsraad op een doordachte manier voorstellen te laten formuleren over een globaal beleid voor kwaliteitszorg in de gezondheidszorg en om vervolgens, indien nodig, de wetgeving te decreteren.

De voorzitter : Ik zou niet willen dat u ons vandaag met een wrange nasmaak in de mond zou verlaten. De voorzitter van de Vlaamse Gezondheidsraad hoeft geen jurist te zijn, zoals u suggereert : er wordt slechts vermeld dat het moet gaan om iemand met juridische bekwaamheid.

Mevrouw Patricia Ceysens : Blijkbaar staat u nogal sceptisch tegenover het overbrengen van ISO-normen van de industrie naar de gezondheidssector. Kan u uw standpunt verduidelijken ?

De heer Stefan Hanson : Ik heb inderdaad mijn bedenkingen bij de overdracht van de ISO-normen van de social-profit- naar de profitsector, door mijn ervaring met werkgroepen die dergelijke normen moeten overbrengen naar de sector van de geneeskunde en de tandheelkunde. De normeringsbureaus staan ver van de eigenlijke praktijk en verliezen uit het oog dat er in de gezondheidssector met mensen gewerkt wordt. Ook bij de patiënten zijn de ervaringen niet gunstig. We maken er ons zorgen over dat de resultaatsverbintenis precies via dit kanaal gepropageerd wordt.

Mevrouw Patricia Ceysens : Ik ken nochtans heel wat mensen die enthousiast waren over de werkwijze. Begrijp ik u goed als u zegt dat u niets tegen integrale kwaliteitszorg hebt, maar dat de erkenning van de instellingen er niet van afhankelijk mag worden gemaakt ?

De heer Stefan Hanson : Ik wil uw vraag liever omzeilen. Ons land heeft nog geen ervaring in dit domein. In plaats van van bovenaf te decreteren, zou beter van onderaf tewerk worden gegaan. Al van bij hun basisopleiding zouden zorgverleners van het kwaliteitsidee moeten worden doordron-

gen. Eigenlijk zouden de ISO-normen slechts een veruiterlijking mogen zijn van bestaande gewoontes. Bij een streven naar kwaliteitsverbetering mag niet worden vertrokken van beroepsvreemde structuren.

Dokter Jef Janssen, voorzitter Vlaams Comité van Advies van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg : De sector die de heer Du Laing en ikzelf hier vertegenwoordigen heeft in het verleden reeds concrete stappen ondernomen voor kwaliteitsbevordering. Wij zijn daar dus voorstander van en zelfs van een min of meer zachte dwang van de overheid. Vooraleer de heer Du Laing grondiger ingaat op onze opmerkingen op het voorliggende decreet wil ik twee algemene bedenkingen geven. De minister zegt dat kwaliteitsbeleid een zaak is van alle personeel maar ook dat er niet meer middelen zijn. Het zal erg moeilijk zijn het personeel in onze sector daartoe te motiveren wetende dat het duidelijk minder betaald wordt voor gelijksoortig werk in andere sectoren. Daarnaast is het te betreuren dat het bestaande overleg tussen de verschillende partners in onze sector en de administratie en beleid, zoals dit in het Vlaams Adviescomité van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg bestond, wegvalt. Aan de op te richten Vlaamse Gezondheidsraad wordt een belangrijke rol toebedeeld bij de implementatie van dit kwaliteitsdecreet. Ik acht die raad, in de thans bekende samenstelling, niet in staat dit met kennis van zaken voor onze sector te doen.

De heer Leo Du Laing, adviseur Verbond der Medische Sociale Instellingen : Ik wil benadrukken dat ik namens de hele sector van de extramurale geestelijke gezondheidszorg spreek, dus ook namens de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg. De heer Lievens is verhinderd. Hoewel beide organisaties eigen klemtonen hebben, zijn er toch veel gelijklopende bekommernissen.

Wij hebben vragen bij de toepasbaarheid van het decreet in kleinschalige instellingen. Ik bedoel niet de kleine rusthuizen waarover men het vanochtend had, maar wel echt kleinschalige voorzieningen van de extramurale sector, zoals de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de initiatieven voor beschut wonen. Het decreet geldt voor alle voorzieningen, maar het houdt te weinig rekening met de eigenheid en beperkte mogelijkheden van de kleine extra-murale instellingen. Het is op maat gesneden van grote organisaties zoals ziekenhuizen. Dat blijkt ook uit de memorie van toelichting. Voor ons is dat een wereldvreemd document. Een kwaliteitsbeleid stoelend op een kwaliteitshand-

boek, kwaliteitsmanager, kwaliteitsdepartement en -comités, een jaarlijks onderzoek naar de tevredenheid van de patiënten is van het goede teveel voor een CGG. In de commentaar bij artikel 5 staat wel dat men het kwaliteitsbeleid in kleine organisaties op een andere manier dan in de grote zal toepassen. Maar de uitvoeringsbesluiten kunnen de verplichtingen in het decreet zelf niet ongedaan maken.

Sommige zaken zijn nochtans onhaalbaar, onder meer de verplichte aanstelling van een kwaliteitscoördinator. Hoe moet deze verplichting nagekomen worden in de centra voor geestelijke gezondheidszorg, die zelfs nog niet kunnen beschikken over een vrijgestelde directiefunctie ?

Ook het uitwerken van een kwaliteitshandboek is problematisch voor een CGG-equipe (gemiddeld 6 voltijds-equivalenten) zonder directiefunctie. Er staat in de commentaar bij artikel 5 dat er een beroep op derden kan worden gedaan. Wij zouden het hoogstaande en uitvoerig uitgewerkte kwaliteitshandboek van een Nederlandse RIAGG kunnen overnemen, maar zijn wij dan bezig met bureaucratie of met kwaliteitszorg als een proces dat gestalte moet krijgen in elke voorziening ?

Voor de koepelorganisaties zien wij een rol weggelegd in het proces van kwaliteitszorg. Maar het af te leggen parcours mag niet te zwaar zijn. Kan het voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg niet wat eenvoudiger gemaakt worden door bijvoorbeeld één degelijke nota te vragen ? Daarin kunnen dan onder meer de visie, de kwaliteitsverbetering enzovoort aan bod komen.

Sinds 1994 zijn we bezig met tevredenheidsonderzoek in samenwerking met de KU Leuven. Het gaat om een licentiaatsverhandeling, want meer middelen hebben we niet. Er werd een wetenschappelijk instrument om de kwaliteit te meten, ontwikkeld voor de beoordeling van de kwaliteit van de CGG-hulpverlening door de patiënten. Het instrument, dat ruimer opgevat is dan een simpele peiling naar de tevredenheid, is bijna klaar. Deze ervaring leert ons dat ook deze verplichting van het decreet een serieuze investering van tijd en geld vergt, zeker indien de centra de resultaten zelf moeten verwerken, want nu gebeurde dit door de universiteit. We stellen ons ook de vraag hoe zinvol een jaarlijks onderzoek is. Trouwens, de Vlaamse regering is heel wat soepeler voor zichzelf : de Vlaamse regering zal slechts om de drie jaar aan het parlement verantwoording afleggen.

Het ontwerp is te dirigistisch. Er zijn verschillen tussen de geformuleerde intenties en hetgeen er nu voorligt. In haar beleidsbrief schreef minister Demeester-De Meyer dat ze een kader wou uittekenen, maar geen strak juridisch keurslijf zou opleggen. Ook in haar beleidsbrief voor 1997 geeft ze aan dat zelfverantwoordelijkheid heel belangrijk is. Maar wat krijgen we nu ? Een top down-model met een massa verplichtingen en een strak tijdschema. Het wordt bovendien gekoppeld aan de erkenningsvoorwaarden. Dat is een negatieve sanctie en dat leidt dus tot een minimale aanpak. Waarom zouden we zelf een optimaal kwaliteitssysteem proberen uit te werken, als we zo de lat hoger leggen voor de erkenning van onze centra ?

Zelfverantwoordelijkheid houdt in dat elke organisatie een eigen sterkte-zwakte-analyse maakt. Die kan verschillend zijn van voorziening tot voorziening. Nu moet iedereen dezelfde weg op en dat lijkt ons strijdig met de visie op kwaliteitszorg.

Er zijn onvoldoende garanties voor betrokkenheid bij de implementatie van het decreet. Bij de voorbereiding werd de sector op geen enkele manier betrokken. Met des te meer aandrang willen we dat de uitvoeringsbesluiten wel met alle partijen worden voorbereid. Maar we zijn ongerust. Er circuleren geruchten dat de uitvoeringsbesluiten al in een ver gevorderd stadium zijn. We willen dus weten waar we aan toe zijn, we willen ook reële inspraakmogelijkheden.

Kwaliteitszorg is ook een kwestie van randvoorwaarden en middelen. Zo moet kwaliteitszorg een gunstige voedingsbodem hebben. Ook het advies van de SERV wijst daarop. In dat verband is het onze vraag hoe we onze mensen kunnen motiveren voor geïntegreerde kwaliteitszorg als het geestelijke gezondheidszorgbeleid mank loopt. Het federale en Vlaamse beleid zijn onvoldoende op elkaar afgestemd. Er zijn ernstige onevenwichten in de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. De psychiatrische ziekenhuizen hebben 15 keer meer middelen dan de centra voor geestelijke gezondheidszorg. In Nederland is die verhouding 4 tegen 1. In plaats van de harmonisering van het personeelsstatuut is er een toenemende discrepantie in de verloning van het personeel in de intra- en extramurale geestelijke gezondheidszorg.

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg bekleden in de intra-extramurale samenwerkingsverbanden een ongelijkwaardige positie doordat een vrijgestelde voor de directiefunctie ontbreekt. Ze moeten ook kunnen inspelen op nieuwe ont-

wikkelingen als dagactiviteiten voor psychiatrische patiënten en psychiatrische thuiszorg.

De kwaliteitszorg, die nu aan de orde is, vergt extra inspanningen en extra kosten. In de commentaar bij artikel 5 lees ik dat de voorzieningen de nodige middelen moeten vrijmaken voor het kwaliteitsbeleid. Ik weet niet waar de centra die middelen moeten halen. Buiten de personeelskosten ontvangen de centra voor geestelijke gezondheidszorg gemiddeld maar een half miljoen à 600.000 frank voor hun werkingskosten, zoals onder meer voor huisvesting. Wanneer de integrale kwaliteitszorg ons voor de zoveelste keer bijkomende verplichtingen oplegt zonder dat daar de nodige middelen tegenover staan, dreigt dat ten koste te gaan van de hulpverlening. Als wij spreken van bijkomende middelen, dan denken we in de eerste plaats aan een directiefunctie.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Ik heb nog één concrete vraag. Stel dat u over voldoende middelen beschikt om aan de voorwaarden van dit decreet te beantwoorden, gaat u akkoord met dit decreet ? Of vindt u nog steeds dat de kleine instellingen buiten beschouwing moeten worden gelaten ?

De heer Leo Du Laing : Wij vinden niet dat kleinschalige voorzieningen zoals de CGG en de initiatieven van beschut wonen buiten beschouwing moeten gelaten worden als het gaat om kwaliteitszorg. Wij hebben in onze sector trouwens niet gewacht op een kwaliteitsdecreet om zelf initiatieven te nemen ter ondersteuning van de voorzieningen bij het voeren van een kwaliteitsbeleid. Wij hebben er ook geen moeite mee dat de overheid de ontwikkeling van systematische kwaliteitszorg wil stimuleren en er controle op uitoefent. Maar wat men vraagt moet voor kleinschalige instellingen doenbaar zijn en een uniforme top-down aanpak met verplichte thema's enz. is uit den boze. Het kwaliteitsproces moet binnen de instelling zelf gestalte krijgen. Wat de bijkomende middelen betreft, vragen we niet zo veel. De subsidiëring van een vrijgestelde directiefunctie kan voldoende zijn.

Mevrouw Sonja Becq : Dit was een helder betoog, en we kunnen akkoord gaan met wat u zegt. Noch in de ziekenhuizen noch in de ambulante sector mag het uitvoeren van een kwaliteitsdecreet ten koste van de hulpverlening gaan.

De heer Paul Arteel, afgevaardigde van de De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVG) : De VVG neemt een speciale plaats in binnen de Vlaamse geestelijke gezond-

heidszorg. Bijna tien jaar geleden werd onze vereniging opgericht als resultaat van de uitdrukkelijke wil van alle betrokkenen - zorgverstrekkers en zorgontvangers - om te streven naar een betere geestelijke gezondheidszorg.

VVI, VOV en de twee ambulante koepels zijn leden van onze vereniging en ik ga dan ook niet herhalen wat zij hier al gezegd hebben. De VVGG doet niet aan belangenbehartiging. Ze wil een brug slaan over sectoren en gezindheden heen, maar ook tussen zorgontvangers en zorgverstrekkers. We vinden het belangrijk het perspectief van de gebruiker (patiënt, ex-patiënt en zijn onmiddellijke omgeving) te belichten.

Internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie benadrukken al sinds 1978 dat mensen het recht en de plicht hebben, zowel individueel als in groep, om deel te nemen aan het plannen en uitvoeren van de zorg voor hun eigen gezondheid. Ook de Wereldfederatie voor geestelijke gezondheidszorg heeft gekozen voor het patiëntenperspectief.

In de memorie van toelichting zelf wordt gewezen op het groeiende kwaliteitsbewustzijn van de gebruiker. Daarom is het bevreemdend om in de tekst van hetzelfde ontwerp geconfronteerd te worden met uitspraken over de onmacht van en een gebrek aan kritisch oordeel of aan deskundigheid bij de gebruiker.

De VVGG ijvert voor het geven van logistieke en inhoudelijke ondersteuning aan de gebruiker en zijn omgeving, al is dat dan een werk van lange adem en al doen we dat met wisselend succes. Vandaar onze verbazing over het feit dat de organisatie Similes hier niet uitgenodigd is, in tegenstelling tot onze andere leden. Similes is trouwens een organisatie die de helft van haar energie moet besteden aan overleven en niet aan de taak waarvoor ze is opgericht.

In de motivatie van het decreet vinden we niet terug dat de patiënt en zijn omgeving van dit alles beter moeten worden. Ik denk aan zaken zoals de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de zelfbeschikking van de patiënt en het verstrekken van informatie. Tot onze verbazing lazen we zelfs dat de individuele patiënt uit de bepalingen van dit decreet geen aanspraken mag afleiden. In vroegere versies van beleidsbrieven van de minister stonden er onder meer bepalingen over het verstrekken van informatie aan patiënten en over de uitbouw van een ombudsdienst voor patiënten en hun familieleden.

In de meer recente versies zijn deze passages verdwenen.

Op 4 oktober laatstleden heeft de VVGG een samenkomst georganiseerd waarop haar ledenverenigingen met vertegenwoordigers van de overheid overleg konden plegen over de rechten van de patiënt. We hebben toen enkel met de federale overheden gepraat, omdat de Vlaamse overheid niet aanwezig was.

Het informatieproces is uitermate belangrijk, zowel voor, tijdens en na een opname of behandeling. Dit is geen middel om verantwoordelijkheid te ontlopen, zelfs niet op juridisch vlak. De informatie is een doel op zich. Ze is een indicator van de kwaliteit van de hulpverlening.

Het vervullen van de informatieverplichting vergt geen enorme budgetten. Met gezond verstand en goede wil kan al veel gerealiseerd worden. Wanneer de koepels en de overheid hiervoor als gangmakers optreden, dan kan dat al een stap vooruit zijn.

Klachtenopvang is zeer belangrijk. Een niet-conflictueus klachtenkanaal is immers een belangrijke bron van informatie. Sinds 1991 werkt de VVGG met patiëntenvertrouwenspersonen (PVP's) in een beperkt aantal psychiatrische instellingen. Dit experiment werd met door de instellingen zelf ter beschikking gestelde middelen op beperkte schaal doorgevoerd. In 1995 werd het grondig geëvalueerd. Hoewel de resultaten onmiskenbaar positief zijn, dreigen de PVP's te verdwijnen. We kampen met een voortdurend tekort aan financiële middelen.

Mevrouw Patricia Ceysens : U pleit voor een betere informatieverstrekking. Moet die informatieverstrekking dan sterker geïnstitutionaliseerd worden, bijvoorbeeld in dit decreet ?

De heer Paul Arteel : Men moet zich niet te dirigistisch opstellen. Daarvoor hangt goede informatie te sterk af van de setting. Ik spreek daarom ook liever over een informatieproces. Dat vraagt in de eerste plaats gezond verstand en goede wil.

Anderzijds is het vreemd dat in de ziekenhuiswetgeving, waarin de kleinste details worden geregeld, niet eens een minimumkader wordt geschetst van wat informatie zou moeten inhouden.

Mevrouw Patricia Ceysens : Stelt u vast dat er te weinig tijd wordt gemaakt om patiënten informatie te verschaffen ?

De heer Paul Arteel : Bij onze evaluatie bleek dat voor patiënten in psychiatrische instellingen de elementen tijd, bereikbaarheid en duidelijkheid belangrijk waren.

De voorzitter : In artikel 4 wordt informatie wel even vermeld, maar bij de bespreking zullen we dit element toch duidelijker in de verf moeten zetten.

Professor Louis Tielemans, voorzitter van de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en Andere vormen van Medische Verzorging en Begeleiding (VAZA) : Op verschillende ogenblikken heeft de VAZA aandacht besteed aan de kwaliteit van de opvang van patiënten, de indicatie van de diagnose en/of de behandeling, de gebruikte methodologie en de resultaten. Ze deed dit in de context van algemene adviezen betreffende bepaalde diensten, zoals radiotherapie, hartcentra, enzovoort. In die adviezen besteedden we niet alleen aandacht aan de technische en programmatrische elementen.

De erkenningsprocedure voor instellingen is minder formeel, en meer inhoudelijk geworden. Gegevens over ziekenhuizen en diensten worden bekend gemaakt en in de commissie onder gelijken besproken. Dit heeft zeker een verandering bij de Vlaamse ziekenhuizen teweeggebracht. In dit verband is het verschil met andere gemeenschappen trouwens opvallend. Als uittreidend voorzitter van het VAZA, dat door het decreet over de Vlaamse gezondheidsraad verdwijnt, vind ik het jammer dat deze discussiemogelijkheid nu wegvalt.

Ik acht het zeer lovenswaardig dat in de gezondheidszorg, meer bepaald in de verzorgingsvoorzieningen, de kwaliteitszorg specifiek aan bod komt via dit ontwerp van decreet. Wel betreur ik de mogelijke top down-benadering : via decretale weg worden een aantal formele hulpmiddelen opgelegd, die dreigen voorbij te gaan aan bestaande concrete en zinvolle kwaliteitsinitiatieven die op lokaal vlak al tot stand zijn gekomen, met de steun van de Vlaamse administratie. De overheid kan in dat opzicht in de toekomst verder best aanmoedigend en ondersteunend werken, zoals ook blijkt uit de ervaringen met het Canadese accrediteringssysteem.

Hierbij kan gewezen worden op gelijksoortige benaderingen in het VIPA-decreet waarbij de nieuwe procedure (masterplan) - alhoewel goed bedoeld - heeft geleid tot een nieuwe bureaucratie zowel ter hoogte van de verzorgingsinstellingen als ter hoogte van de administratie van de Vlaamse Gemeenschap. Een aantal instellingen zal wellicht,

om aan de nieuwe eis te beantwoorden, beroep doen op externe "professionelen" om het kwaliteitshandboek en het kwaliteitsplan uit te werken. Ervaringen in Nederland wijzen op dit gevaar.

Ik wil ook waarschuwen voor een afhankelijke en partijdige beoordeling wanneer mogelijk diezelfde private instanties die - direct of indirect - worden betrokken bij het uitwerken van het kwaliteitsbeleid van de instellingen, tegelijk door de overheid worden belast met de controle hierop. Het ontwerp van decreet voorziet immers in deze mogelijkheid.

De ervaringen met het VIPA-decreet leren dat het verwerven van de expertise voor deze veranderingen duur is voor de instellingen. De minister heeft wel oog voor eventuele kosten binnen de administratie maar niet binnen de instellingen.

Ten slotte moet gewezen worden op het duale karakter van de geneeskundige verzorging in de instellingen : een wetgeving en financiering op de instellingen en een andere filosofie en regelgeving voor de geneesheer. De kwaliteit binnen de verzorgingsinstellingen is natuurlijk de integraal van beide. Het onderhavig decreet is hier onduidelijk over, maar richt zich essentieel alleen tot de instellingen. Dit was reeds de zwakheid van het concept "hoofdgeneesheer", die door de Wet op de ziekenhuizen wel de opdracht en de bevoegdheid kreeg om de medische activiteit in het ziekenhuis kwalitatief te toetsen, maar die in de praktijk geen of weinig vat heeft op de individuele medische praktijkuitoefening. Dit is ook het geval voor deze regelgeving : De ziekenhuisbeheerder dient een integraal kwaliteitsbeleid te ontwikkelen gericht op verantwoorde zorg binnen de instelling, maar de zorgenverstrekkers zijn aan andere kwaliteitsregels onderworpen. Ze hebben een visie op kwaliteit die meer gericht is op individuele dan wel op collectieve performantie. Dit probleem stelt zich ook in Nederland.

Mevrouw Patricia Ceysens : Hoe ziet u de integrale kwaliteitsidee evolueren, indien de maatregelen in het decreet niet verbonden worden aan de erkenning en aan sancties?

Professor Louis Tielemans : Ik vrees dat men formeel aan het decreet zal beantwoorden, maar dat in de praktijk geen veranderingen zullen gebeuren. In de verschillende deelsectoren is er een evolutie aan de gang ook op methodologisch vlak. Deze verschilt soms naargelang de sector, omdat de gegevens anders zijn. Het ziekenhuis moet wel een totaalvisie krijgen maar dit mag niet beperkt blij-

ven tot het vormelijke en de vernieuwingen moeten ook slaan op de geneesheren.

Hier is een positieve evolutie aan de gang. Een tweetal jaar geleden konden de activiteiten van de geneesheren niet besproken worden en dat is nu wel mogelijk. We moeten inhaken op deze beweging naar meer openheid. Ik sluit niet uit dat dit met dit decreet gebeurt, maar de ervaringen met het VIPA-decreet hebben ons geleerd dat een mooie tekst en goede bedoelingen niet voldoende zijn.

De voorzitter : We hebben vandaag veel kritiek gehoord op de overregulering en de hieraan verbonden sanctionering. Waar kan de overheid volgens u het best terugtreden ?

Is er volgens VAZA een verband tussen de openheid en kwaliteit van het ziekenhuis en het statuut van de geneesheren die er werken ?

Professor Louis Tielemans : Er is in het algemeen een verbetering merkbaar. De dialoog tussen de administratie en de ziekenhuizen is hier niet vreemd aan. Vanuit de administratie wordt minder gesanctioneerd en gecontroleerd : men discussieert en wijst de ziekenhuizen de weg. Er is geen duidelijk verband tussen het statuut van de artsen en de graad van verbetering.

In dit ontwerp worden de ziekenhuizen nog teveel bekeken als groep. Het is een plaats waar individuen patiënten verzorgen. Dat is hier meer het geval dan in het buitenland. De groepsgeest en de aandacht voor de collectieve belangen moeten bevorderd worden.

Mevrouw Patricia Ceysens : U spreekt van het bemoedigende voorbeeld van Canada. Kan u enkele tips geven om dit model ook hier in te voeren ?

Er is hier gezegd dat een periode van drie jaar te kort is om het decreet te evalueren. Welke periode acht u haalbaar ?

Professor Louis Tielemans : In Canada had men een systeem zoals het onze, met inspecties en erkenningen. Nu worden door de politieke overheid doelstellingen opgelegd en wordt er gepraat met de ziekenhuizen over de manier waarop zij deze kunnen realiseren. De ziekenhuizen krijgen ook de vrijheid om doelstellingen uit te werken op basis van hun eigen situatie, zonder dat ze hiervoor gesanctioneerd worden. Er is een georganiseerde dialoog met de overheid en er wordt bekeken hoe en waarom bepaalde instellingen resultaten boe-

ken en waarom anderen niet. Met voorliggend decreet kan dit gerealiseerd worden, maar het wordt niet duidelijk vermeld. Ondanks de goede bedoelingen hebben andere decreten ook dikwijls niet het gewenste effect gehad.

Mevrouw Patricia Ceysens : Lijkt een periode van drie jaar voor u realistisch ?

Professor Louis Tielemans : Drie jaar lijkt me inderdaad een goede periode. Om dergelijke inspanningen te evalueren is er uiteraard een minimale tijdspanne nodig. Een periode van één of twee jaar is te kort voor een ernstige evaluatie, zoals uit de ervaringen met het VIPA-decreet blijkt.

De voorzitter : Er zijn geen vragen meer. De commissieleden zijn misschien wat overdonderd door het harde werk van vandaag. Ik dank de sprekers en de aanwezigen voor hun bijdrage.

Mevrouw Rita Van Den Heuvel : Is het mogelijk om de vertegenwoordigers van Similes uit te nodigen om toch nog een tekst voor te leggen ?

De voorzitter : We zullen de tekst van Similes als bijlage bij het verslag voegen.

– *De hoorzitting wordt gesloten om 16.49 uur.*

BIJLAGE

Standpunt van de Federatie van Vlaamse Simileskringen vzw

Het spreekt voor zich dat gebruikers en familie de eersten zijn om kwaliteit van zorg te eisen. Zij zijn het die aan de lijve ondervinden of de zorg die zij ontvangen degelijk, betaalbaar en op maat is. Dit kwaliteitsdecreet zou ons dan toch goed moeten uitkomen, dachten we. Het tegendeel is waar.

Het decreet is een ontgoocheling voor gebruikers en familie. Onze kritiek is vooral principieel en fundamenteel van aard. We laten het aan de voorzieningen zelf over om de concrete inhoud te becommentariëren.

Hoe komt het dan toch dat we niet gelukkig zijn met het voorliggende ontwerp van decreet ?

- * Dit decreet is de zoveelste **lippendienst aan patiënt en zijn omgeving**. Meer en meer lezen we hoe het belang van de patiënt primeert ; dat we van een voorzieningenbeleid moeten overschakelen naar een patiëntgericht beleid. Dit ontwerp van decreet is helemaal niet patiëntgericht. Het vertrekt niet van de noden en behoeften van patiënten en hun omgeving.
- * De complexiteit van de integrale kwaliteitszorg in verzorgingsvoorzieningen wordt wel nog enigszins aangestipt in de Memorie van toelichting, maar werd niet vertaald naar het decreet zelf toe. Het decreet legt de sector een aantal oppervlakkige zaken op. Het ontwerp van decreet vloeit niet logisch voort uit een aantal ideeën die in de Memorie van toelichting staan. Het lijken twee aparte documenten. Wij appreciëren de bezorgdheid van de overheid voor de kwaliteit van zorg in de voorzieningen, zeker in deze tijden van middelenschaarste, maar we begrijpen niet hoe men tenslotte tot zo'n eng en oppervlakkig decreet is kunnen komen.
- * Het feit dat er voorafgaandelijk geen overleg gepleegd is met gebruikers en familie is voor ons onbegrijpelijk. Overheid en gebruikers hadden op dit thema een bondgenoot kunnen zijn met elkaar. Indien de overheid gebruikers en familieleden hadden betrokken, was dit ook een duidelijk signaal geweest naar de voorzieningen dat gebruikers en familie niet zo onmondig zijn als men denkt (of wenst) en dat er wel degelijk moet vertrokken worden van hun noden en behoeften. Dit is voor de gebruikersbeweging, en voor de dynamiek in de sector in het algemeen, een gemiste kans.

- * Dit decreet maakt het de voorzieningen gemakkelijk. Wellicht verbaast u zich over deze uitspraak aangezien de talrijke voorzieningen reeds zeer omstandig hun vooral praktische bezwaren hebben geuit, die we trouwens volmondig allemaal kunnen onderschrijven. De voorzieningen krijgen inderdaad geen extra middelen om dit extra werk op te vangen, de koppeling aan de erkenning is wat ongelukkig, het ontwerp van decreet is tot stand gekomen zonder oprecht en diepgaand voorafgaandelijk overleg, het decreet is niet op maat van de centra geestelijke gezondheidszorg en beschut wonen, enz....

De voorzieningen hebben gelijk, de overheid behandelt hen in dit opzicht met weinig respect.

En toch durven we zeggen dat dit decreet het hen gemakkelijk maakt. Er wordt namelijk geen werk gemaakt van **een grondige mentaliteitswijziging** die dringend en noodzakelijk is. De patiënt dient centraal te zijn. Waarom zorgt de overheid er dan niet voor, via positieve maatregelen, dat dit dan ook gebeurt? De enkele positieve initiatieven die op dit vlak gebeurd zijn, werden afgebouwd. Dit decreet voorziet enkel in een aantal omslachtige en tijdsroovende mechanismen zoals het kwaliteitshandboek, kwaliteitsplan, ... Een voorziening zal een stafmedewerker of een extern bureau hiermee belasten en eenmaal alles netjes op papier staat, hebben zij plichtsbewust hun taak volbracht.

- * De overheid heeft de mond vol over deregularisering, maar dit decreet is de zoveelste overregularisering. Deze **overregularisering gaat daarenboven nog eens te ten koste van de gebruiker zelf en zijn omgeving**. Hoe meer het personeel van een voorziening zich moet bezig houden met allerlei reglementen uit te werken en op te volgen hoe minder tijd zij hebben om hetgeen te doen wat ze moeten doen nl. bezig zijn met de patiënt. Hoe meer de overheid reglementeert, hoe meer voorzieningen verlamd geraken in een knellend keurslijf, en hoe meer de patiënt herleid wordt tot een onmondig verzorgingsobject.

- * Dit decreet richt zich vooral op zaken die op papier zullen staan in het kwaliteitsplan en -boek. De ervaring leert ons dat er een groot verschil kan bestaan tussen wat er op papier staat en de realiteit in een voorziening.

- * Men kan maar een kwaliteitsvolle voorziening hebben indien het personeel én de gebruikers mondig zijn. Waarom maakt men daar geen werk van? Hoelang moeten gebruikers en familie nog roepen om een degelijk informatiebeleid en klachtenopvang in de voorzieningen? Hoe kan een gebruiker nu mondig zijn als hij niet geïnformeerd wordt over wat hij eventueel kan verwachten in de voorziening waar hij opgenomen wordt, en dit op financieel en levensbeschouwelijk vlak, op het vlak van inhoud van zorg, rechten en plichten? Als de gebruiker eenmaal geïnformeerd (zwart op wit) is over wat hij kan verwachten in een voorziening kan hij ook klacht indienen indien volgens zijn mening hem niet de te verwachten service werd verleend.

Onze eisen zijn reeds jaren :

- een verplicht informatiebeleid naar gebruikers en hun gezinsleden in elke voorziening
- een klachtenopvang

Dit kwaliteitsdecreet rept daar met geen woord over.

Vorming van het personeel is ook een noodzakelijke voorwaarde voor een degelijke service. De sector geestelijke gezondheidszorg is een sector die de laatste decennia enorm geëvolueerd is. Bijna dagelijks groeien er nieuwe inzichten. Elk personeelslid moet daarom continu bij- en/of omgeschoold worden.

Dit kwaliteitsdecreet rept daar met geen woord over.

- * Het decreet geldt voor alle gezondheidsvoorzieningen. We hadden liever gezien dat er van meet af aan rekening werd gehouden met de specificiteit van de sector geestelijke gezondheidszorg. Deze sector is totaal verschillend aan de sector van de somatische geneeskunde. Maar nog steeds wordt de sector geestelijke gezondheidszorg stiefmoederlijk behandeld. Hetgeen toch verbazingwekkend is gezien het om toch een vrij aanzienlijke groep patiënten/cliënten gaat.

Men maakt eerst een regelgeving die van toepassing is op de somatische geneeskunde en men past deze dan wat aan voor de sector geestelijke gezondheidszorg. Deze werkwijze is voor ons volledig uit den boze. De sector geestelijke gezondheidszorg is een zeer specifieke sector met een eigen identiteit en is geen "afkooksel" van de somatische geneeskunde.

BESLUIT

Wij appreciëren ten volle dat de Minister oog heeft voor kwaliteit in de gezondheidsvoorzieningen. Op dit vlak zijn wij als belangenvereniging zelfs vragende partij. Wij betreuren het echter dat de Minister via een eerder "administratief" decreet de kwaliteitsdoelstellingen probeert na te streven. Dit decreet is te weinig patiënt-/cliëntgericht.

Het is daarenboven een gemiste kans om andere en volgens ons meer dringende zaken te regelen zoals een informatie- en klachtenbeleid. Het ontwerp van decreet en het hele proces van de tot standkoming ervan zijn voor ons trouwens geen toonbeeld van integrale kwaliteit.