ARCHIEF
VLAAMSE RAAD
TERUGBEZORG

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1984-1985 12 MAART 1985

BELEIDSNOTA

Een vernieuwd Vlaams gezondheidsbeleid

VERSLAG

namens de Commissie voor Gezondheidsbeleid uitgebracht door mevrouw C. Smitt

Samenstelling van de Commissie :

Voorzitter : de heer R. Vannieuwenhuyze.

Vaste leden : mevrouw C. Boeraeve-Derycke, de heer A. Diegenant, mevrouw C. Smitt, de heren R. Vannieuwenhuyze, H. Van Rompaey, H. Van Wambeke ;

de heren G. Anthuenis, F. Colla, E. Cuvelier, E. De Groot ;

de heren J. De Bremaeker, L. Hancké, J. Sleeckx ;

de heren J. Caudron, W. Peeters.

Plaatsvervangers :

de heer H. Deleeck, mevrouw W. Demeester-De Meyer, de heer A. Deneir ;

de heer E. Flamant, mevrouw M. Van den Poel-Welkenhuysen ;

de heren E. Coppens, M. Vandenhove ;

de heer R. Vandekerckhove.

Zie :

294 (1984-1985)

– Nr. 1 : Beleidsnota

DAMES EN HEREN,

Naar aanleiding van de bespreking van de begroting van gezondheidsbeleid op 10 januari 1984, bood de Gemeenschapsminister voor Gezondheidsbeleid aan de commissie een nota aan : Beleidsnota 1984, met cijfergegevens in bijlage.

De commissie besprak dit document op 24 januari, 7 en 21 februari 1984. Bij de aanvang werd afgesproken dat deze bespreking slechts zou leiden tot een nieuw document waarin de Gemeenschapsminister, rekening houdend met de inbreng van de commissie, de krachtlijnen van een beleid zou omschrijven of herschrijven, het document voor goedkeuring bij de Vlaamse Executieve aanhangig zou maken en het dan als definitieve beleidsnota aan de Raad zou voorleggen.

Deze beleidsnota, die de krachtlijnen toelichtte van het voor 1984 gepland beleid, was onderverdeeld in drie luiken : intramurale zorgen, extramurale zorgen en enkele beschouwingen rond nieuwe algemene initiatieven. De hoofdlijnen waren de volgende.

1. Het structurele onevenwicht weg te werken dat ontstaan was tussen de intramurale sector en de alternatieve verpleegtehuizen of verpleegdiensten ten einde een meer aangepast verblijf en verzorging, zowel vanuit het ziekenhuis als vanuit het rustoord, op punt te stellen.

2. Een meer selectief beleid wordt noodzakelijk ingevolge de schaarste van de budgettaire middelen hetgeen tot het aanpassen dwingt van de voorzieningen aan nauwkeurig gedefinieerde behoeften.

3. Een uitvoerige analyse van de evolutie van de zorgenverstrekking toonde aan dat de verdeling van de bevoegdheden tussen het nationale en het gemeenschapsniveau zeker voor herziening moest vatbaar zijn.

4. Daarenboven werd onderstreept dat heel wat doelstellingen die de Gemeenschap zich zou kunnen stellen, gehypothekeerd worden door het ontbreken van een parallellisme op nationaal vlak.

Bij de aanvang van de bespreking werd opgemerkt dat een groot deel van de inhoud van de nota de nationale materie betreft. Wat de punten betreft waarover de Gemeenschap bevoegdheid heeft, mag de bespreking niet vrijblijvend zijn, maar moet ze uitmonden in ontwerpen of voorstellen van resolutie of decreet.

In feite is de bespreking uitgegroeid tot een vragenuurtje. De leden waren uitgenodigd hun vragen op voorhand schriftelijk te formuleren. Uit de antwoorden van de Gemeenschapsminister en de repliek die tijdens de vergaderingen daarop volgde, komen echter wel duidelijk de verlangens naar voor. De commissie staat onverdeeld achter de „vervlaamsing” van het gezondheidsbeleid dat duidelijk anders moet evolueren dan in de andere gemeenschap. De aandacht gaat vooral naar de eerstelijnszorg. Op de tweede plaats komt de preventie die niet alleen de gezondheid ten goede komt, maar besparingen betekent waarvan het financieel voordeel aan de Vlaamse gemeenschap moet toekomen. Overigens, de wetenschappelijke literatuur toont aan dat in de praktijk curatieve en preventieve zorgen elkaar voor 90 procent overlappen. En ten slotte wordt gewezen op de noodzaak van een beter gestructureerd overleg. Om dit te bereiken moet de wet van 8 augustus 1980 inzake de bevoegdheid optimaal worden benut, ook in de zogenaamde schemerzones. Een document dat deze bevoegdheden duidelijk opeist en bovendien vragen stelt omtrent twistpunten en dat gericht wordt aan de Raad, kan volgens de commissie niet onopgemerkt voorbijgaan worden.

De bespreking concentreerde zich rond volgende vragen :

1. Welke evolutie kende de tuberculose in de Vlaamse Gemeenschap sinds 5 jaar ?

De Gemeenschapsminister gaf volgende cijfers :
1979 : 1380 gevallen of 2,60 per tienduizend ;
1980 : 1242 gevallen of 2,33 per tienduizend ;
1981 : 1234 gevallen of 2,19 per tienduizend ;
1982 : 1133 gevallen of 2,01 per tienduizend ;

Een lid merkte op dat niettemin in sommige subregio's, zoals thans in Noord-Vlaanderen, infectiehaarden ontstaan zijn, wat de noodzaak van selectieve preventiemaatregelen aantoont.

De vermindering van het aantal ziektegevallen houdt niet in dat er ipso facto sprake kan zijn van besparingen. Bij de bespreking van de begroting werd echter slechts gesproken van een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen.

2. Op de vraag hoeveel Vlaamse geneesheren momenteel werkzaam zijn in ontwikkelingslanden (ABOS), was het antwoord : 59. Het aantal vrijwilligers is moeilijk na te trekken. Zelfs de Orde van Geneesheren kan niet zeggen waar de artsen werkzaam zijn. Het aantal vrijwilligers zou het veelvoud van de officiëlen zijn.

Een lid gaf de reden waarom hij die vraag stelde. Uit ervaring met stagiairs weet hij dat de jonge arts in het buitenland (ontwikkelingshulp) een betere stageperiode heeft dan hier te lande. Hij dringt aan op een ruimere mogelijkheid van keuze tussen legerdienst en ontwikkelingshulp.

Hierbij aansluitend zei een lid dat er een slechte spreiding is van de artsen in de ontwikkelingslanden. Velen van onze jonge artsen zitten in Centraal-Afrika. Elders zijn ze te weinig aanwezig.

Een ander lid vroeg of de Vlaamse Gemeenschap daadwerkelijk kan deelnemen aan de plannen van het ABOS.

De Gemeenschapsminister antwoordde hierop dat de ontwikkelingshulp van de Gemeenschap los van of aanvullend bij de Gemeenschap moet gezien worden. De Gemeenschap kan niet deelnemen aan prestigeprojecten maar verleent bijstand aan kleinschalige projecten (bij voorbeeld tussenkomst in de vervoerkosten van oude geneeskundige apparatuur). In 1983 werd steun verleend aan twee projecten :

a. Een toelage van 250.000 frank werd bij ministerieel besluit van 9 december 1983 verleend aan de VZW Caraes (Broeders van Liefde) uit Gent als bijdrage in de kosten van het containervervoer van medisch materiaal bestemd voor het streekhospitaal in Butare (Rwanda).

b. Een toelage van 50.000 frank werd eveneens bij besluit van 9 december 1983 toegekend aan Socialistische Solidariteit uit Brussel als bijdrage in de kosten van vervoer van medisch materiaal naar Corintho (Nicaragua).

3. Is het globaal aantal studenten per faculteit geneeskunde gestegen of gedaald ?

Het globaal aantal studenten ziet er volgens de bronnen waarover de Gemeenschapsminister beschikt (Universitaire stichting) uit als volgt :
1973-1974 : 17.547
1974-1975 : 18.207
1975-1976 : 18.790
1976-1977 : 19.988
1977-1978 : 20.654
1978-1979 : 20.219

1979-1980 : 20.282
1980-1981 : 20.140
1981-1982 : 18.888
1982-1983 : 18.159

Dit is dus een stijging tot 1977-1978, daarna een daling.

De inschrijvingen per inrichting zijn gespecilìeerd in bijlage 1.

4. Op de vraag van een lid dat verwees naar een persbericht waarin gezegd werd dat in bepaalde universiteiten in vergelijking met andere, méér studenten in de tweede kandidatuur geneeskunde slagen, antwoordde de Gemeenschapsminister op basis van gegevens van de dienst studieadvies van de RUG dat in de Vlaamse universiteiten 10 jaar geleden 40 procent slaagden in het eerste jaar, en nu 60 procent slagen. Er bestaan geen exacte cijfers met betrekking tot Wallonië, doch na doorstroming is er de laatste jaren een duidelijke trend van stijging in Vlaanderen en daling in Wallonië.

5. In antwoord op de vraag wat het gemiddelde bedrag is van geneeskundige verstrekkingen in de ziekteverzekering per bejaarde, verstrekt de Gemeenschapsminister de laatste RIZIV-gegevens van 1981. De sociale ziekten zijn daarin niet begrepen.

A. Algemene regeling : (NB : er zijn ook „bejaarden" bij de invaliden en weduwen) :

gepensioneerden :	28.892,58 fr.	(aantal : 1.239.449)
invaliden :	32.200,14 fr.	(aantal : 337.526)
weduwen :	34.714,57 fr.	(aantal : 406.100)

B. Regeling zelfstandigen :

gepensioneerden :	11.863,07 fr.	(aantal : 132.684)
invaliden :	18.070,53 fr.	(aantal : 63.347)
weduwen :	16.071,95 fr.	(aantal : 53.766)

Het verschil tussen de gemiddelde bedragen in de A- en de B-regeling is te verklaren door het feit dat kleine risico's niet worden terugbetaald voor de zelfstandigen (vrije verzekering) en dat wegens niet-betaling van kleine risico's voor geneesheren minder „mogelijkheid" bestaat om prestaties „grote risico's" voor te schrijven.

6. Welke zijn per Gemeenschap de uitgaven voor geneeskundige verstrekking verdeeld per groep van gerechtigden (WIGW en andere gerechtigden) ?

De Gemeenschapsminister antwoordt dat de statistieken niet per Gemeenschap opgesteld worden. In bijlage II worden de gevraagde tabellen per groep (algemene regeling en regeling zelfstandigen) over de periode 1978-1981 gegeven.

7. De kaart van bijlage III geeft een visueel beeld van de over- en ondercapaciteit van de ziekenhuisregio's en de relatie' die bestaat tussen de overcapaciteit en de grote Vlaamse centra. Niettemin blijven verschillende vragen bestaan :
– In hoeverre is het beeld realistisch, gezien de vervoermogelij kheden ?
– Het onderscheid tussen Z en R + V-bedden komt er niet tot uiting.
– De overcapaciteit in Brussel verzwijgt de overcapaciteit in de randgebieden (vooral Vilvoorde).
– Quid met de vrije keuze ?

Er wordt aan herinnerd dat de dienst 900 een gemeenschapsmaterie moet worden, maar de zaak zit in het overlegcomité. Terloops wordt opgemerkt dat een 900-hospitaal als het Erasmusziekenhuis Nederlandsonkundig is.

8. Hierbij aansluitend vroeg een lid hoe de ziekenhuisregio's worden samengesteld of wie dit bepaalt.

Het antwoord luidt :

a) Deze regio's werden niet vastgelegd bij wet of besluit. Het is een begrip dat de programmatiecommissie hanteert voor eigen gebruik en dat derhalve geen enkele wettelijke of reglementaire basis heeft.

b) De programmatiecommissie heeft in 1976 de regio's bepaald rekening houdend eensdeels met een bevolking, per regio, van ongeveer 200.000 inwoners en anderdeels met de behoeften van de te bedienen bevolking in acht genomen de demografische prognoses en de sociaal-economische evolutie van het te bedienen gebied.

c) Vlaanderen is, op die basis, ingedeeld in 23 ziekenhuisregio's met een gemiddelde bevolking van ongeveer 200.000 inwoners behalve 5 grote centra :
– Gent : 550.000 inwoners ;
– Antwerpen : 600.000 inwoners ;
– Hasselt-Genk : 375.000 inwoners ;
– Vilvoorde-Dilbeek : 325.000 inwoners ;
– Leuven : 300.000 inwoners.

d) Per ziekenhuisregio en per gemeente kan, op basis van de jaarlijks door het N.I.S. – dienst Bevolkingsstatistieken – megedeelde evolutie van : 1. de bevolkingscijfers en 2. de geboortecijfers het overeenstemmende aantal verantwoorde bedden vastgesteld worden.

9. Kunnen statistisch, per regio, de uitgaven van geneeskundige verstrekkingen medegedeeld worden ten einde een vergelijking van dit verbruik per streek te kunnen maken (bij voorbeeld Namen vergeleken met Dendermonde) ? Deze statistieken worden door het RIZIV nationaal en per landsbond van mutualiteitsverbonden opgesteld zodat deze vergelijkingscijfers niet per regio kunnen medegedeeld worden. Bijlage IV geeft de statistische gegevens per landsbond voor het jaar 1981 (algemene regeling en regeling zelfstandigen).

10. Ook wordt gevraagd welke de criteria zijn die zullen gebruikt worden bij ondersteuning en stimulering van de eerstelijnsinitiatieven ? De Gemeenschapsminister antwoordt dat een reglementering momenteel wordt voorbereid door de Administratie Gezondheidszorg van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap.

De criteria die gebruikt worden zijn terug te vinden in de adviezen verleend door de werkgroep Eerstelijnsgezondheidszorg die sinds oktober 1982 functioneert. De werkgroep heeft op 23 juni 1983 een eerste nota „Horizontale samenwerking van de basisdisciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg" aan de Gemeenschapsminister bezorgd. Deze nota werd op verzoek van de leden aan de commissie overgemaakt en wordt als bijlage IV aan dit verslag toegevoegd. Globaal komen die criteria neer (zoals opgesomd in het deeladvies van de werkgroep Eerstelijn) op volgende punten :
1. het bij houden van een gemeenschappelijk dossier van elke patiënt ;
2. een minimale frequentie van overleg en samenkomen ;
3. gelijkwaardige inbreng van alle disciplines en klare taakverdeling ;
4. patiëntenbetrokkenheid en patiëntenrechten ;
5. kleinschaligheid ;
6. beschikbaarheid ;
7. minimale administratie ;
8. beschikbaarheid over de nodige lokalen – uitrusting.

11. Het protocol met Minister Dehaene over de omschakeling van ziekenhuisbedden in rust- en verzorgingsbedden heeft onvermijdelijk geleid tot problemen in de schadeloosstelling. Hierover ondervraagd zei de Gemeenschapsminister

dat tot op heden slechts 1 dossier met een schade-eis werd ingediend. Het blijft een voorwaardelijk dossier aangezien de erkenning voor de rust- en verzorgingsbedden nog niet werd toegekend. Tot op heden werd nog geen enkele schadeloosstelling uitgevoerd. In het kader van de schadeloosstelling voor de afbouw van ziekenhuisbedden of de niet-uitvoering van de investeringen in de ziekenhuissector werden tot op heden 18 dossiers ingediend. (Het OCMW te Zottegem heeft op 28.12.1983 een schadeloosstellingsdossier ingediend). De 18 ingediende dossiers in het kader van de schadeloosstelling zijn :

1. Medisch Instituut Socialistische Mutualiteiten West-Vlaanderen ;
2. OCMW – Bree ;
3. OCMW – Lokeren ;
4. OCMW – Waregem ;
5. Orthopedische Kliniek Vanhouteghem – Gent ;
6. OCMW – Bredene ;
7. OCMW – Diest ;
8. Hydro – Oostende ;
9. OCMW – Zottegem ;
10. Ter Kerselaere – Heist o/d Berg ;
ll. OCMW – Antwerpen ;
12. Sint-André Ziekenhuis – Lubbeek ;
13. Kliniek St.-Jozef – Brugge ;
14. Sancta Maria – Herentals ;
15. De Berg Thabor v.z.w. – Brussel ;
16. Vesalius Ziekenhuis – Brasschaat ;
17. Sint-Camilluskliniek – Wilrijk ;
18. O.-L.-Vr.-Kliniek – Aalst.

12. Op de vraag welke criteria toegepast worden om de ligdagprijs te bepalen en welk verschil bestaat tussen Vlaanderen en Wallonië, kon de Gemeenschapsminister slechts antwoorden dat de bepaling van de ligdagprijs geen gemeenschapsbevoegdheid is en behoort tot de bevoegdheden van de nationale Minister van Sociale Zaken. Het koninklijk besluit van 20.12.1973 houdt de samenstelling (t.t.z. bestanddelen en criteria voor de berekening) in. Verder verschenen er in dat verband nog een aantal omzendbrieven welke eenvormig zijn in de toepassing zowel voor Vlaanderen als Wallonië.

De materie „personeel” behoort eveneens tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen. De Gemeenschapsminister heeft wel weet van het inschakelen van niet-statutair personeel in bepaalde verzorgingsinstellingen maar :
– kan niet met zekerheid verklaren of de kaders daardoor worden aangevuld ;
– beschikt over geen statistische gegevens ter zake ;
– trouwens hebben op een enquête over deeltijdse arbeid slechts een klein aantal ziekenhuizen geantwoord, zodat zeker geen algemeen beeld kan gegeven worden.

13. Er bestaat een stuurgroep informatisering. Deze stuurgroep is vastgesteld in overleg tussen het kabinet van de Gemeenschapsminister van gezinsbeleid, COI (Centrum voor overheidsinformatica) en de administratie. De samenstelling is als volgt :

voor het kabinet :
– E. Maes, adjunkt-kabinetschef ;
– G. Peeters, opdrachthouder ;
– F. Libeer, adviseur ;
– J. Abbeloos, kabinetsmedewerker ;

voor de administratie :
– Dr. Claus, leidend ambtenaar ;
– Dr. Bossens, hoofdgeneesheer-direkteur ;
– Dr. Stevens, geneesheer-inspecteur ;
– de heer De Boodt, Algemene Technische Diensten ;

– de heer Gudtshoven, bestuurssekretaris ;
– de heer Buyck, Medisch Schooltoezicht ;

voor CO1 :
– de heer R. Ramaekers, direkteur.

Zijn precieze opdracht bestaat in :

– het overnemen van bestanden komende van het nationale niveau : de bestanden van de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten, de opvolging van de erkenningsprocedure en in laatste instantie de medische registratie van de bestanden ;

– het opzetten van nieuwe geglobaliseerde projekten :
  - algemene medische dossiers ;
  - informatisering medisch schooltoezicht ;
  - geïnformatiseerd beheer OPC's.

Rond de informatica en de gegevensbanken had een lid nog vragen en bedenkingen waarop de Gemeenschapsminister antwoord gaf.

a) Welk statuut heeft het CO1 ?
Momenteel is het CO1 nog een v.z.w., maar de Voorzitter van de Executieve zal eerlang aan de Executieve een ontwerp van decreet voorleggen om van het CO1 een publieke nv te maken.

b) Hoe situeert zich en welke activiteiten heeft het CO1 in de Vlaamse Gemeenschap ?
Op basis van een Executievebeslissing van 1980, herbevestigd in 1982, heeft het CO1 de opdracht alle informatica-activiteiten van de Vlaamse Gemeenschap voor te bereiden en uit te voeren.

c) In hoeverre kan men een beroep doen op de door Volksgezondheid nationaal gestockeerde gegevens ?
In principe bestaat tot op heden die mogelijkheid niet. Wel is het de bedoeling drie bestanden, met name de registratie van de para-medici, de medische statistieken en een beperkt bestand voor de OPC Geel over te nemen van het departement van Volksgezondheid, aangezien de nationale informaticaverwerkingscentra na 1984 geen prestaties meer zouden leveren voor de Gemeenschappen en Gewesten.

d) In hoeverre kan men een beroep doen op de gegevensbank en de centrale computer van Caritas te Leuven ?
Het is mij niet bekend dat de Administratie van de Vlaamse Gemeenschap beroep zou kunnen doen op deze gegevensbank.

e) In verband met het profiel van de patiënten werd de wens geuit eveneens aanspraak te kunnen maken op de gegevens van de mutualiteiten.
Dit is een probleem dat mijns inziens eerst dient besproken te worden op het (nationale) vlak van het RIZIV. Pas dan kan uitgemaakt worden welke de haalbaarheid van een dergelijk voorstel is.

f) Voor de vaststelling van de lacune bij het RIZIV dat de gegevens niet per regio voorhanden zijn, verwees de Gemeenschapsminister naar de Minister van Sociale Zaken.

Na deze gedachtenwisseling beloofde de Gemeenschapsminister een ontwerp van synthese-nota klaar te maken waarbij rekening zou gehouden worden met de opmerkingen en de suggesties van de commissie.

Op 20 maart 1984 ontving de commissie deze nieuwe tekst onder de titel „Een vernieuwd Vlaams gezondheidsbeleid". In dit commissiestuk werden de concrete beleidsaspecten in de vorm van ontwerp-resoluties samengevat.

De commissie onderzocht deze tekst in de loop van het tweede kwartaal van 1984. Op basis van die bespreking heeft

de Gemeenschapsminister zijn beleidsnota, zoals die thans aan de algemene vergadering wordt voorgelegd, geredigeerd.

1. Uitgangspunten en opties

Een lid betreurde dat de bijzondere wet van 8 augustus 1980 op de staatshervorming een verkeerde start nam door preventie en curatieve zorg van elkaar los te koppelen.

De Gemeenschapsminister beaamde dat en hij achtte het mogelijk de samenwerking tussen preventie en curatieve zorg te bevorderen. Maar daarom moet men geen nodeloze discussies uitlokken, zeker niet als uitgangspunt van een nota over eigen beleid. Hij beloofde niettemin verderop in de nota aan dit belangrijk punt aandacht te schenken.

II. Concrete beleidsaspecten

Een lid waarschuwde tegen te veel medicaliseren van de preventie. Hij spoorde aan tot meer patiëntenzorg met de wetenschap dat het ziekteaanbod steeds meer medisch-sociaal, psychosomatisch wordt.

Nog inzake preventie wees een lid op de sociale ongelijkheid in het probleem van ziekte en dood. Lagere klassen zijn bijzonder risicodragend. Hierover is geen registratie voorhanden. Het is nodig dat de sociale oorzaken van deze verschijnselen beter onderzocht worden en dat men begint met het verzamelen van psyche-medische informatie.

Op vraag van een lid wanneer het experimenteren in het medisch schooltoezicht een einde kan nemen, antwoordde de Gemeenschapsminister dat hij gehoopt had dat hij het experimenteren kon afsluiten vanaf september 1984. Het tegendeel is echter waar. Hij moet nog verder gaan door het afbouwen van klinische onderzoeken, het plaats maken voor preventievoorlichting, het meer inbouwen van de MS-equipe in de school. Een bijkomende moeilijkheid is de bepaling van schoolarts.

Een lid beweerde dat we slechte Europese cijfers hebben inzake zuigelingensterfte, wat de Gemeenschapsminister ten zeerste betwistte. De eerste-week-sterfte is slecht, maar globaal hebben we geen slechte cijfers. Een bevalling is geen ziekte. Met de onlangs opgerichte instelling Kind en Gezin moet op dit punt samengewerkt worden voor een efficiënt beleid.

Vóor de dringende geneeskundige hulpverlening uitte een lid de wens dat deze zou georganiseerd worden door huisartsen. Aldus zou de hulp efficiënter zijn, want niet elke oproep is dringend en bovendien is de dienst 900 niet geconcipieerd als eerste hulpverlener.

De Gemeenschapsminister sprak de hoop uit dat deze materie ooit onder de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap zou vallen.

Op vraag naar de omschrijving van „permanente wachtdienst” antwoordde de Gemeenschapsminister : „dat steeds een dokter aanwezig is om een specialist op te roepen”.

Een lid beklaagde zich in de sportgeneeskunde over de negatieve ervaringen met de instanties die ieder hun zeg hebben in de dopingscontrole.

Voor de Gemeenschapsminister is het evident dat we spoedig over een Vlaamse antidopingscommissie moeten beschikken. Hij wil ook bestrijding van doping in de niet-competitieve sport. Hij vraagt niet alleen een uitbreiding van de lijst van de verboden produkten, maar ook een uitbreiding van de lijst van de personen die onder de maatregelen vallen.

In de sector eerstelijnsverzorging verklaarde een lid zich voorstander van groepsbenadering en samenwerkingsverbanden. Het probleem ligt in de RIZIV-tussenkomst. De visie van de nota vond hij goed. Alleen rijst de vraag : wat denkt de nationale Minister erover ?

Spreker had woorden van lof voor de eigen projecten van de Gemeenschapsminister. Quid echter met de criteria voor de gezondheidscentra ? De middelen zijn beperkt ; dus is het moeilijk haalbaar.

Voor deze spreker is er ook een concurrentieel probleem. Hij vroeg voor de bestaande initiatieven van samenwerking tussen artsen met een eigen sociaal assistent (die uit eigen „pot" betalen) dezelfde bezoldiging als voor de gezondheidscentra.

Over de evolutie van de lopende experimenten inzake verschuiving van intramurale naar extramurale zorg, zei de Gemeenschapsminister dat er een bescheiden resultaat is, maar dat er nog geen gestructureerde opvang bestaat.

Hierop repliceerde een lid dat er geen resultaat komt zonder opvang door de Gemeenschap. Er is een mentaliteitsverandering nodig. Vlaanderen heeft behoefte aan een eigen Vlaamse opleiding.

Wat het punt gezondheidsregio's betreft, wordt gepleit voor een betere voorziening voor Limburg.

Bij de lezing van het hoofdstuk over de blokkering van het ziekenhuisbeddenbestand tonen verschillende leden zich bezorgd over de denataliteit in Vlaanderen. Ook hier achten zijn mentaliteitsverandering nodig.

Onder de titel rust- en verzorgingstehuizen werd ten slotte door een lid een fel pleidooi gehouden voor wat meer ruimte in de kamertjes van de ouderlingentehuizen. Bejaarden hebben recht op het bezit van een paar eigen meubeltjes wat een vertrouwde sfeer schept.

De Gemeenschapsminister is het daar volkomen mee eens. Daartegenover staat echter de vraag naar steeds meer gemeenschapsruimten.

Hetzelfde lid stelde voor een vergoeding te geven aan gezinnen die hun bejaarde en hulpbehoevende ouders zelf verzorgen. Deze zorg is voor deze kinderen een grote materiële en sociale druk, en omdat ze door hun gedrag een financiële last aan de Gemeenschap onttrekken, zijn ze tot nu toe tweemaal benadeeld ten overstaan van hen die bejaarden naar ouderlingentehuizen laten gaan.

Deze uitvoerige bespreking van de twee voorontwerpen resulteerde in document 294 van de Vlaamse Raad. De nota en het voorgesteld beleid droeg thans de goedkeuring van de Vlaamse Executieve mee. Op 8 januari hoorde de commissie de Gemeenschapsminister die in het kort de hoofdtrekken van het in de nota voorgesteld beleid nogmaals omschreef.

De nadruk van dit beleid, dat, aldus de Gemeenschapsminister, moet kaderen in een globale, coherente gezondheidspolitiek, dient meer mensgericht te zijn zodat meer aandacht moet gaan naar de primaire preventie en eerstelijn dan naar de specialistische, intramurale geneeskunde. De preventie, de thuisverzorging en andere extramurale voorzieningen bieden duidelijk een meer economische oplossing.

Door structureel en organisatorisch in te grijpen in de aanpak worden de nog beschikbare middelen verschoven naar een meer doelmatig en humaan gezondheidsbeleid.

De commissie stelde vast dat deze beleidsnota en de daarin vervatte resoluties beantwoordden aan wat tijdens de zes vergaderingen van de commissie door de talrijke aanwezigen over de ontwerpteksten werd gezegd.

De commissie achtte het niet nodig verder besprekingen te wijden aan het document.

De Voorzitter vroeg een stemming over het geheel van de beleidsnota.

De commissie nam ze eenparig aan.

De Verslaggever, ***De Wnd. Voorzitter,***

C. SMITT W. PEETERS

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Geneeskunde

Inschrijvingen per inrichting

Academiejaar 1973-1974

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.541	444	125	35
Université de 1'Etat à Liège	1.312	600	549	154
Université Catholique de Louvain	2.067	1.045	539	135
Katholieke Universiteit te Leuven	2.529	715	240	69
Université Libre de Bruxelles	1.299	662	715	168
Vrije Universiteit Brussel	526	168	161	21
Université de I'Etat à Mons	–	–	–	–
Universitaire Instelling Antwerpen	64	22	4	2
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	372	108	106	18
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de I'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	570	232	25	12
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–	–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	139	49	3	2
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel	–	–	–	–
Koninklijke Militaire School te Brussel	–		–	–
TOTAAL	10.419	4.045	2.467	616
	14.464		3.083	
			17.547	

Academiejaar 1974-1975

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.584	514	149	52
Université de 1'Etat à Liège	1.234	624	410	103
Université Catholique de Louvain	2.007	1.102	521	140
Katholieke Universiteit te Leuven	2.453	769	246	78
Université Libre de Bruxelles	1.425	785	789	199
Vrije Universiteit Brussel	550	190	135	18
Université de 1'Etat à Mons	–	–	–	–
Universitaire Instelling Antwerpen	111	37	17	2
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	352	116	145	30
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de 1'Etat à Gembloux		–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	556	240	41	13
Faculté Universitaire Catholique de Mons		–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel		–	–	–
Universitair Centrum Limburg	254	89	7	2
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel		–	–	–
Koninklijke Militaire School te Brussel		–	–	–
TOTAAL	10.526	4.493	2.451	637
	15.019		3.088	
		18.101		

Academiejaar 1975-1976

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.521	543	136	42
Université de I'Etat à Liège	1.199	617	379	97
Université Catholique de Louvain	2.040	1.151	520	172
Katholieke Universiteit te Leuven	2.443	900	208	65
Université Libre de Bruxelles	1.530	934	896	253
Vrije Universiteit Brussel	631	218	128	32
Université de I'Etat à Mons	59	14	30	13
Universitaire Instelling Antwerpen	160	50	18	3
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	308	105	98	20
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de l'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	502	255	46	24
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–		–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles		–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	311	107		5
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel		–		–
Koninklijke Militaire School te Brussel		–		–
TOTAAL	10.704	4.894	2.466	726
	15.598		3.192	
		18.790		

Academiejaar 1976-1977

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.568	567	248	76
Université de 1'Etat à Liège	1.223	637	402	102
Université Catholique de Louvain	2.177	1.238	520	161
Katholieke Universiteit te Leuven	2.500	1.025	194	53
Université Libre de Bruxelles	1.522	1.032	1.026	297
Vrije Universiteit Brussel	703	248	117	28
Université de I'Etat à Mons	71	27	44	15
Universitaire Instelling Antwerpen	194	64	25	4
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	293	102	129	45
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de 1'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	513	263	43	25
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–	–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	328	118	17	4
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel	–	–	–	–
Koninklijke Militaire School te Brussel	–	–	–	–
TOTAAL	11.092	5.321	2.765	810
	16.413		3.575	
			19.988	

Academiejaar 1977-1978

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.539	600	269	73
Université de l'Etat à Liège	1.335	643	421	108
Université Catholique de Louvain	2.193	1.294	518	173
Katholieke Universiteit te Leuven	2.536	1.096	185	59
Université Libre de Bruxelles	1.491	1.023	1.113	293
Vrije Universiteit Brussel	768	282	100	33
Université de 1'Etat à Mons	99	56	73	31
Universitaire Instelling Antwerpen	200	64	26	
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	279	98	188	53
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de I'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	441	271	47	26
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–	–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	357	163	23	
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel		–	–	–
Koninklijke Militaire School te Brussel		–	–	
TOTAAL	ll.238	5.590	2.963	863
	16.828		3.826	
			20.654	

Academiejaar 1978-1979

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.422	599	233	79
Université de I'Etat à Liège	1.255	673	422	113
Université Catholique de Louvain	2.075	1.307	489	170
Katholieke Universiteit te Leuven	2.422	1.134	209	86
Université Libre de Bruxelles	1.474	1 .000	1.162	300
Vrije Universiteit Brussel	754	280	108	28
Université de I'Etat à Mons	114	57	66	31
Universitaire Instelling Antwerpen	222	68	27	8
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	241	100	147	36
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de 1'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	418	226	54	27
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–	–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	387	161	26	9
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel	–	–	–	–
Koninklijke Militaire School te Brussel	–	–	–	–
TOTAAL	10.784	5.605	2.943	887
	16.839		3.830	
		20.2 19		

Academiejaar 1979-1980

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.354	590	235	81
Université de I'Etat à Liège	1.279	744	433	117
Université Catholique de Louvain	1.992	1.269	520	192
Katholieke Universiteit te Leuven	2.340	1.142	132	52
Université Libre de Bruxelles	1.351	997	1.315	350
Vrije Universiteit Brussel	756	280	89	26
Université de l'Etat à Mons	104	59	82	26
Universitaire Instelling Antwerpen	249	79	29	8
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	289	126	209	56
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de l'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	386	233	66	28
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–	–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	395	181	31	10
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel	–	–	–	–
Koninklijke Militaire School te Brussel	–	–	–	–
TOTAAL	10.495	5.700	3.141	946
	16.195		4.087	
			20.282	

Academiejaar 1980-1981

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.243	567	198	58
Université de l'Etat à Liège	1.220	757	441	110
Université Catholique de Louvain	1.996	1.310	543	217
Katholieke Universiteit te Leuven	2.496	1.272	142	54
Université Libre de Bruxelles	1.256	963	1.210	352
Vrije Universiteit Brussel	727	292	89	21
Université de 1'Etat à Mons	120	57	69	26
Universitaire Instelling Antwerpen	261	89	29	–
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	293	148	183	60
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de 1'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	336	215	55	24
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–	–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–		–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	398	200	26	10
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel	–	–	–	–
Koninklijke Militaire School te Brussel	–	–	–	–
TOTAAL	10.346	5.870	2.985	939
	16.216		3.924	
		20.140		

Academiejaar 1981-1982

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.150	549	143	50
Université de l'Etat à Liège	1.163	779	378	101
Université Catholique de Louvain	1.967	1.358	562	218
Katholieke Universiteit te Leuven	2.163	1.254	155	52
Université Libre de Bruxelles	1.014	809	1.157	352
Vrije Universiteit Brussel	637	282	68	17
Université de 1'Etat à Mons	89	61	45	22
Universitaire Instelling Antwerpen	283	94	25	6
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	286	155	199	81
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de I'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	302	193	45	34
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–	–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	353	202	24	11
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel	–	–	–	
Koninklijke Militaire School te Brussel	–	–	–	–
TOTAAL	9.407	5.736	2.801	944
	15.143		3.745	
		18.888		

Academiejaar 1982-1983

Inrichting	Belgen		Vreemdelingen	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Rijksuniversiteit Gent	1.033	531	148	54
Université de 1'Etat à Liège	1.102	713	364	108
Université Catholique de Louvain	1.821	1.405	527	245
Katholieke Universiteit te Leuven	2.124	1.285	168	72
Université Libre de Bruxelles	915	742	1.036	325
Vrije Universiteit Brussel	617	329	60	23
Université de 1'Etat à Mons	94	50	34	22
Universitaire Instelling Antwerpen	273	103	18	9
Rijksuniversiteit Centrum Antwerpen	259	168	178	81
Universitaire Faculteiten Sint-Ignatius te Antwerpen	–	–	–	–
Faculté Polytechnique de Mons	–	–	–	–
Faculté de Sciences Agronomiques de 1'Etat à Gembloux	–	–	–	–
Faculté Universitaires Notre-Dame de la Paix à Namur	294	194	42	34
Faculté Universitaire Catholique de Mons	–	–	–	–
Faculté Universitaires Saint-Louis à Bruxelles	–	–	–	–
Universitaire Faculteiten Sint-Aloysius te Brussel	–	–	–	–
Universitair Centrum Limburg	314	218	22	6
Protestantse Technologische Faculteit te Brussel	–	–	–	–
Koninklijke Militaire School te Brussel	–	–	–	–
TOTAAL	8.845	5.738	2.597	979
	14.583		3.576	
			18.159	

BIJLAGE II

A. Algemene regeling

Evolutie van het totaal van de uitgaven in frank voor de algemeen geneeskundige verstrekkingen verdeeld per groep van gerechtigden en hun personen ten laste

Gerechtigden en hun personen ten laste	1978			1979			1980			1981		
	Absolute cijfers	%	1978/1977	Absolute cijfers	%	1979/1978	Absolute cijfers	%	1980/1979	Absolute cijfers	%	1981/1980
Primaire uitkeringsgerechtigden	55.685.840.836	53,94	114,09	59.114.610.070	53,63	106,16	61.430.010.395	52,12	103,92	64.238.823.265	50,75	104,57
Invaliden	7.337.847.870	7,11	109,40	7.928.257.215	7,19	108,05	8.502.920.942	7,21	107,25	10.868.383.940	8,59	127,82
Gepensioneerden	27.975.752.210	27,10	111,65	30.069.739.202	27,28	107,49	33.360.575.332	28,30	110,94	35.812.327.167	28,29	107,35
Weduwen	11.034.787.069	10,69	110,88	11.881.900.519	10,78	107,68	13.200.078.645	11,20	110,09	14.097.585.306	11,14	106,80
Niet beschermde personen	1.199.730.186	1,16	105,11	1.238.006.186	1,12	103,19	1.372.049.150	1,17	110,83	1.564.171.915	1,23	114,00
Totaal	103.233.958.171	100,00	112,62	10.232.513.192	100,00	106,78	17.865.634.464	100,00	106,92	26.581.291.593	100,00	107,39

Algemene regeling

Tabel IIter : Evolutie van het globaal gemiddeld kostencijfer per rechthebbende voor de algemeen geneeskundige verstrekkingen (in frank)

Gerechtigden en hun personen ten laste	1978	1978/1977	1979	1979/1978	1980	1980/1979	1981	1981/1980
Primaire uitkeringsgerechtigden	8.558,21	113,40	9.061,99	105,89	9.555,39	105,44	10.047,69	105,15
Invaliden	20.973,61	109,81	23.133,13	110,30	25.219,99	109,02	32.200,14	127,68
Gepensioneerden	23.499,91	110,00	25.036,08	106,54	27.203,83	108,66	28.892,58	106,21
Weduwen	27.235,96	112,09	29.361,66	107,80	32.535,75	110,81	34.714,57	106,70
Niet beschermde personen	12.492,76	102,74	13.286,04	106,35	14.679,19	110,49	16.003,89	109,02
Totaal	12.076,65	111,92	12.870,13	106,57	13.880,46	107,85	14.937,16	107,61

Bron : Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Algemene regeling

Evolutie van het totaal van de uitgaven in frank voor de sociale ziekten verdeeld per groep van gerechtigden en hun personen ten laste

Gerechtigden en hun personen ten laste	1978			1979			1980			1981		
	Absolute cijfers	%	1978/1977	Absolute cijfers	%	1979/1978	Absolute cijfers	%	1980/1979	Absolute cijfers	%	1981/1980
Primaire uitkeringsgerechtigden	1.867.640.084	33,28	89,70	2.278.323.553	31,91	121,99	2.325.214.610	30,73	102,06	2.567.388.140	28,46	110,42
Invaliden	1.228.650.415	21,89	88,49	1.680.517.566	23,54	136,78	1.833.180.715	24,23	109,08	2.305.412.030	25,55	125,76
Gepensioneerden	1.448.283.696	25,81	93,00	1.808.183.746	25,33	124,85	1.918.007.437	25,35	106,07	2.344.093.812	25,98	122,22
Weduwen	801.392.049	14,28	90,05	1.027.594.936	14,39	128,23	1.125.638.534	14,88	109,54	1.382.623.902	15,32	122,83
Niet beschermde personen	265.827.680	4,74	87,55	344.840.577	4,83	129,72	364.065.825	4,81	105,58	423.457.451	4,69	116,31
Totaal	5.611.793.924	100,00	90,20	7.139.460.378	100,00	127,22	7.566.107.121	100,00	105,98	9.022.975.335	100,00	119,26

Algemene regeling

Tabel II quinquies : Evolutie van het globaal gemiddeld kostencijfer per rechthebbende voor de sociale ziekten (in frank)

Gerechtigden en hun personen ten laste	1978	1978/1977	1979	1979/1978	1980	1980/1979	1981	1981/1980
Primaire uitkeringsgerechtigden	287,03	89,15	349,26	121,68	361,69	103,56	401,57	111,03
Invaliden	3.511,82	88,82	4.903,43	139,63	5.437,29	110,89	6.830,32	125,62
Gepensioneerden	1.216,57	91,63	1.505,49	123,75	1.564,04	103,89	1.891,16	120,92
Weduwen	1.977,99	91,03	2.539,32	128,38	2.774,49	109,26	3.404,64	122,71
Niet beschermde personen	2.768,06	85,58	3.700,76	133,70	3.895,04	105,25	4.332,62	111,23
Totaal	656,49	89,64	833,56	126,97	891,02	106,89	1.064,75	119,50

Bron : Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

B. Regeling zelfstandigen

Evolutie van het totaal van de uitgaven in frank voor de algemeen geneeskundige verstrekkingen verdeeld per groep van gerechtigden en hun personen ten laste

Gerechtigden en hun personen ten laste	1978			1979			1980			1981		
	Absolute cijfers	%	1978/1977	Absolute cijfers	%	1979/1978	Absolute cijfers	%	1980/1979	Absolute cijfers	%	1981/1980
Primaire uitkeringsgerechtigden	4.123.137.069	60,83	109,33	4.267.418.862	59,45	103,50	4.360.801.484	56,53	102,19	4.465.005.916	54,09	102,39
Invaliden en minder-validen	892.604.585	13,17	116,42	929.770.596	12,95	104,16	1.060.426.715	13,75	114,05	1.144.713.555	3,87	107,95
Gepensioneerden	1.087.500.482	16,04	108,21	1.225.615.719	17,08	112,70	1.400.320.252	18,15	114,15	1.574.039.064	9,07	112,41
Weduwen	495.027.588	7,30	111,65	560.958.308	7,82	113,32	702.135.765	9,10	125,17	864.124.591	0,47	123,07
Kloostergemeenschappen	180.211.104	2,66	107,13	193.862.981	2,70	107,58	190.936.276	2,47	98,49	206.598.979	2,50	108,20
Totaal	6.778.480.828	100,00	110,14	7.177.626.466	100,00	105,89	7.714.620.492	100,00	107,48	8.254.482.105	100,00	107,00

Regeling zelfstandigen

Tabel IIter : Evolutie van het globaal gemiddeld kostencijfer per rechthebbende voor de algemeen geneeskundige verstrekkingen (in frank)

Gerechtigden en hun personen ten laste	1978	1978/1977	1979	1979/1978	1980	1980/1979	1981	1981/1980
Primaire uitkeringsgerechtigden	3.377,22	111,04	3.538,13	104,76	3.730,36	105,43	3.928,58	105,31
Invaliden en minder-validen	14.754,04	106,37	15.657,71	106,12	17.355,59	110,84	18.070,53	104,12
Gepensioneerden	7.210,30	112,20	8.459,52	117,33	10.165,30	120,16	11.863,07	116,70
Weduwen	8.411,68	114,04	9.765,82	116,10	12.644,94	129,48	16.071,95	127,10
Kloostergemeenschappen	10.698,83	112,27	12.089,99	113,00	12.535,21	103,68	14.268,87	113,83
Totaal	4.495,35	111,71	4.837,13	107,60	5.362,53	110,86	5.892,61	109,88

Bron : Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Regeling zelfstandigen

Evolutie van het totaal van de uitgaven in frank voor de sociale ziekten verdeeld per groep van gerechtigden en hun personen ten laste

Gerechtigden en hun personen ten laste	1978			1979			1980			1981		
	Absolute cijfers	%	1978/1977	Absolute cijfers	%	1979/1978	Absolute cijfers	%	1980/1979	Absolute cijfers	%	1981/1980
Primaire uitkeringsgerechtigden	283.685.615	36,00	86,76	344.899.886	36,25	121,58	357.415.278	35,50	103,63	383.267.337	33,15	107,23
Invaliden en minder-validen	99.936.611	12,68	96,75	122.323.229	12,86	122,40	134.863.626	13,40	110,25	170.737.652	14,77	126,60
Gepensioneerden	156.737.287	19,89	89,43	189.004.562	19,87	120,59	189.729.393	18,85	100,38	215.908.111	18,68	113,80
Weduwen	211.133.687	26,80	90,25	250.128.491	26,29	118,47	280.052.178	27,82	111,96	336.908.575	29,14	120,30
Kloostergemeenschappen	36.455.012	4,63	82,76	44.979.400	4,73	123,38	44.602.990	4,43	99,16	49.292.818	4,26	110,51
Totaal	787.948.212	100,00	89,18	951.335.568	100,00	120,74	1.006.663.465	100,00	105,82	1.156.114.493	100,00	114,85

Regeling zelfstandigen

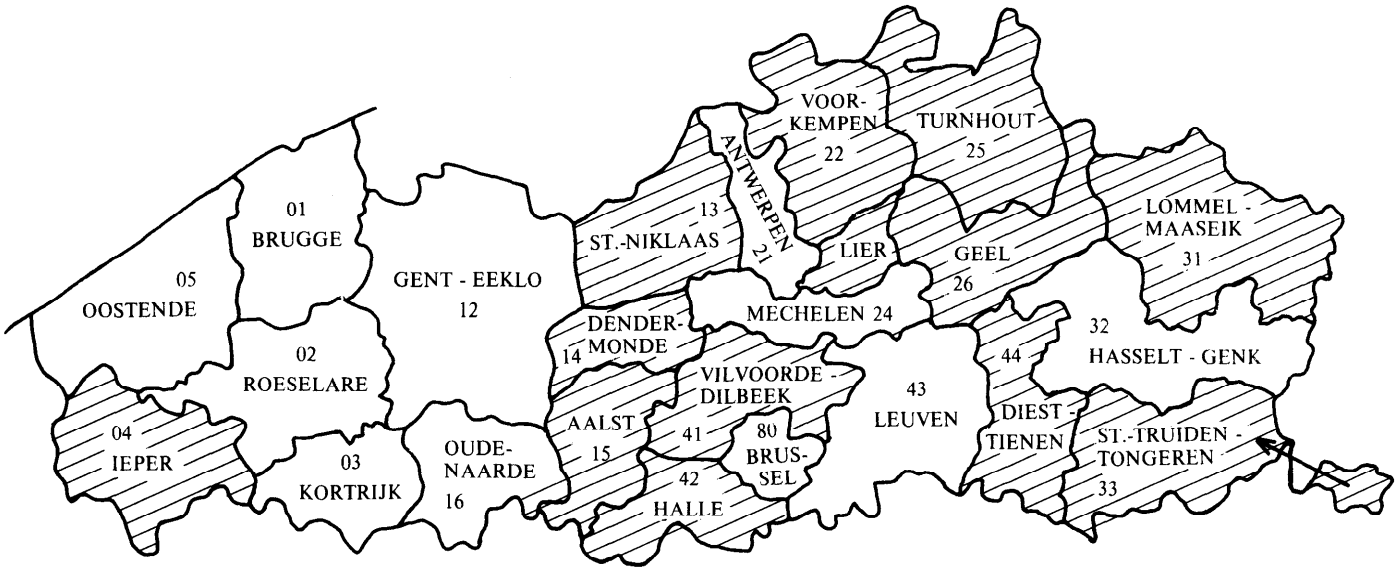
Tabel II quinquies : Evolutie van het gemiddeld kostencijfer per rechthebbende voor de sociale ziekten (in frank)

Gerechtigden en hun personen ten laste	1978	1978/1977	1979	1979/1978	1980	1980/1979	1981	1981/1980
Primaire uitkeringsgerechtigden	232,36	88,11	285,96	123,07	305,74	106,92	337,22	110,30
Invaliden en minder-validen	1.651,87	88,40	2.059,97	124,71	2.207,26	107,15	2.695,28	122,11
Gepensioneerden	1.039,19	92,73	1.304,56	125,54	1.377,30	105,58	1.627,24	118,15
Weduwen	3.587,66	92,18	4.354,53	121,38	5.043,53	115,82	6.266,20	124,24
Kloostergemeenschappen	2.164,27	86,73	2.805,08	129,61	2.928,24	104,39	3.404,44	116,26
Totaal	522,55	93,70	641,12	122,69	699,74	109,14	825,31	117,95

Bron : Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

BIJLAGE III

Over- en ondercapacitaire ziekenhuisregio's



Overcapacitair

Ondercapacitair

BIJLAGE IV

Algemene regeling

Verdeling van de uitgaven over de verzekeringsinstellingen in 1981

(Bedrag in franken)

Aard der verstrekkingen	CLB	OLB	SLB	LLB	BLB	HKZIV	Totaal
1) Honoraria van geneesheren voor :							
a) Bezoeken en raadplegingen	7.853.304.456	1.678.538.645	6.132.811.130	1.265.451.544	1.681.482.513	128.036.214	18.739.624.502
b) Technische geneeskundige verstrekk.	1.193.475.278	304.588.389	1.175.353.453	213.821.580	303.291.964	25.763.091	3.216.293.755
c) Speciale verstrekk.	9.922.402.223	2.909.452.535	9.356.981.258	1.766.183.826	2.963.503.216	244.908.721	27.163.431.779
d) Heelkunde — anesthesiologie	2.864.085.486	616.984.000	2.073.082.408	436.820.346	659.410.919	52.714.077	6.703.097.236
e) Verlossingen	382.663.024	79.650.973	240.195.330	49.749.595	84.627.223	7.847.067	844.733.212
f) Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	708.373.440	163.672.099	575.447.909	128.851.500	169.904.980	17.631.077	1.763.881.005
g) Dialyse	87.930.151	16.162.572	3 1.402.984	8.491.293	20.798.453	—	164.785.453
2) Verzorging door verpleegkundigen, kinesitherapeuten en vroedvrouwen	4.039.622.180	854.878.339	3.089.225.327	696.640.173	833.360.695	56.447.694	9.570.174.405
3) Prothesen (excl. tandprothesen)	846.005.173	159.444.281	514.278.140	128.177.357	193.966.739	13.799.970	1.855.671.660
4) Tandverzorging	2.016.134.769	441.770.453	1.156.207.543	265.323.607	493.242.849	33.502.113	4.406.181.334
5) Farmaceutische verstrekkingen	8.677.474.196	2.190.980.275	7.776.287.037	1.500.651.073	2.060.932.487	154.916.034	22.361.169.152
6) Ziekenhuisverpl.	11.294.728.758	2.613.997.469	9.774.387.820	2.048.301.904	2.804.289.278	268.444.007	28.804.149.256
7) Verblijfkosten in preventoria en andere instellingen	65.728.643	21.319.383	169.771.080	41.553.469	11.412.643	5.005.221	3 14.790.439
8) Revalidatie en herscholing	177.465.376	77.582.019	299.060.211	22.206.101	90.516.408	6.478.307	673.308.422
9) Regularisaties	- 201.692.411	- 102.792.535	- 411.472.281	- 36.588.744	- 38.707.577	- 10.853.147	- 802.106.695
10) Herfacturatie	495.840.615	100.095.850	542.873.600	66.491.318	136.000.998	11.900.782	1.353.203.163
11) Correctie aanvullende opleiding algemeen geneeskundigen	- 463	- 82	- 284	- 74	- 91	- 6	- 1.000
Subtotaal	50.423.540.894	12.126.252.665	42.495.892.665	8.602.125.868	12.468.033.697	1.016.541.272	127.132.387.061
12) Sociale ziekten :							
a) Geestesziekten	3.699.464.724	524.598.454	1.766.226.84 1	466.604.248	500.219.490	141.750.659	7.098.864.416
b) Tuberculose	61.569.620	23.235.022	90.355.691	24.234.218	17.480.888	4.418.166	221.293.605
c) Kanker	480.824.927	149.810.957	394.302.845	153.611.400	116.483.138	11.433.814	1.306.467.081
d) Poliomyelitis	2.598.030	702.476	1.495.992	302.199	163.178	92.232	5.354.107
e) Aangeboren aandoen. en misvormingen	227.675.213	19.383.660	116.874.618	11.451.817	10.956.995	4.653.823	390.996.126
13) Regularisaties	- 13.498.421	- 25.260.617	- 16.375.712	- 9.142.871	- 1.730.459	- 548.054	- 66.556.134
14) Herfacturatie	19.694.744	4.138.392	24.441.473	3.342.733	5.593.008	1.081.498	58.291.848
Subtotaal	4.478.328.837	696.608.344	2.377.321.748	650.403.744	649.166.238	162.882.138	9.014.711.049
Totaal „Geneeskundige Verzorging”	54.901.869.731	12.822.861.009	44.873.214.413	9.252.529.612	13.117.199.935	1.179.423.410	136.147.098.110
Gemiddeld aantal rechthebbenden	3.725.227	830.155	2.419.873	550.947	863.945	84.108	8.474.255

Bron : Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Regeling zelfstandigen

Verdeling van de uitgaven over de verzekeringsinstellingen in 1981

(Bedrag in franken)

Aard der verstrekkingen	CLB	OLB	SLB	LLB	BLB	HKZIV	Totaal
1) Honoraria van geneesheren voor :							
a) Technische geneeskundige verstrekk.	19.616.370	4.252.682	5.092.913	2.347.314	3.588.518	316.884	35.214.681
c) Speciale verstrekk.	1.185.639.516	406.735.829	356.078.294	268.909.658	439.708.831	18.787.646	2.675.839.774
c) Heelkunde — anesthesiologie	389.264.416	103.227.190	96.290.7 19	62.506.158	99.479.417	5.629.593	756.397.493
d) Verlossingen	34.816.977	10.236.938	10.461.355	5.508.144	10.414.664	357.342	7 1.795.429
e) Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	104.057.766	24.630.373	23.225.952	18.125.560	21.639.410	1.818.479	193.497.540
f) Dialyse	11.692.236	1.600.430	5.512.865	1.339.217	7.137.346	1.455.769	28.737.863
2) Kinesitherapeuten en vroedvrouwen	52.476.225	12.372.923	10.318.995	4.324.7 16	9.189.731	429.259	89.111.849
3) Farmaceutische verstrekkingen	237.651.959	69.133.790	49.055.421	48.488.467	63.526.019	4.103.640	47 1.959.296
4) Verzorging door bandag. en orthoped. (art. 28)	52.417.124	8.889.656	7.681.603	7.999.740	9.162.730	477.701	86.628.554
5) Ziekenhuisverpleging	1.838.694.632	419.236.172	429.164.487	301.530.512	382.274.081	29.230.389	3.400.130.273
6) Reiskosten tuberculose- en kankerlijders	1.914.168	245.981	798.282	243.801	126.786	276	3.329.294
7) Revalidatie en herscholing	10.000.550	14.537.339	16.127.423	3.510.470	8.966.978	22.293	53.165.053
8) Allerlei	26.139	16.714	53.485	—	3.983.543	380.093	4.459.974
9) Kleine risico's	249.216.507	41.032.856	40.183.109	21.823.307	29.576.704	2.362.558	384.195.041
10) Regularisaties	+ 5.805.309	- 17.497.703	- 7.159.331	- 3.038.997	+ 613.407	- 371.244	- 21.648.559
11) Herfacturatie	79.916.360	16.093.747	24.797.417	10.472.282	19.440.200	1.263.660	151.983.666
Subtotaal	4.273.206.254	1.114.744.917	1.067.682.989	754.090.349	1.108.828.365	66.264.338	8.384.817.212
12) Sociale ziekten :							
a) Geestesziekten	598.967.920	81.842.303	66.167.715	57.840.667	62.118.019	23.430.141	890.366.765
b) Tuberculose	4.210.572	1.145.853	2.423.059	1.314.026	2.227.938	300.881	11.622.329
c) Kanker	101.095.574	32.945.891	22.276.211	25.624.272	25.441.327	1.767.664	209.150.939
d) Poliomyelitis	65.170	163.982	—	48.595	259	—	278.006
e) Aangeboren aandoen. en misvormingen	33.281.497	2.695.997	3.566.564	845.763	4.007.928	298.705	44.696.454
13) Regularisaties	- 1.688.025	- 5.852.545	- 275.359	- 926.643	- 2.770.218		- 11.512.790
14) Herfacturatie	3.172.711	677.63 1	1.127.156	436.009	685.515	97.536	6.196.558
Subtotaal	739.105.419	113.619.112	95.285.346	85.182.689	91.710.768	25.894.927	1.150.798.261
Totaal „Geneeskundige Verzorging"	5.012.311.673	1.228.364.029	1.162.968.335	839.273.038	1.200.539.133	92.159.265	9.535.615.473
Gemiddeld aantal rechthebbenden	695.537	212.238	173.163	112.234	195.768	11.880	1.400.820

Bron : Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

BIJLAGE V

Eerste nota aan de heer Gemeenschapsminister van Gezondheidsbeleid

„Horizontale samenwerking van de basisdisciplines
in de eerstelijnsgezondheidszorg"
23 juni 1983

Hoofdstuk 1 : inleidend hoofdstuk

§ 1. Situering van de werkgroep

1. Meer aandacht voor de eerstelijn is verantwoord

Ziekte en gezondheid zijn nauw verbonden met het menselijk bestaan en kunnen niet worden losgemaakt van het menszijn in de maatschappij. In deze zich steeds vernieuwende context kan de geschiedenis geschreven worden van de mens en zijn gezondheid.

„Ziek zijn" heeft vandaag dan ook andere vormen aangenomen. Niet langer zijn infectieziekten en epidemies de belangrijkste bedreiging voor de gezondheid. In plaats hiervan wordt de mens geconfronteerd met ziekten van hart- en bloedvaten, psyche-sociaal dysfunctioneren, kanker, rheuma, ongevallen, mentale aftakeling.

Niet alleen de ziekte maar ook haar aard vertoont een gewijzigd beeld. Het overwegend acuut karakter van infecties vindt men niet meer terug in deze moderne ziektebeelden die eerder een trend vertonen naar chroniciteit. .

Ook zijn er de geëvolueerde inzichten rond de ontstaanswijze van sommige aandoeningen : meer kennis omtrent het multicausaal karakter ervan en de elementen in het eigen menselijk gedrag die de gezondheid bedreigen, hebben het benaderingspatroon voor louter externe gezondheidsbedreigers verdrongen. Met deze eigen aard en met deze vernieuwde inzichten groeit de nood om ook gezondheidszorg meer globaal aan te vatten.

Het geven van een betere structuur aan de eerstelijn mag niet worden gezien als een louter financiële operatie die op de eerste plaats de verliezen van de ziekteverzekering zou helpen dekken. Het eerste doel, waartoe velen een bijdrage willen leveren, is het komen tot een goede en geharmoniseerde eerstelijn, die een vertaling is van een totaalvisie op gezondheid en gezondheidszorg.

Om dit concept een kans te geven zullen ongetwijfeld naast een mentaliteits- en structurele wijziging meer middelen ter beschikking van de eerstelijn moeten worden gesteld. De baten op andere niveaus zijn in dit opzicht een belangrijk element om de verschuiving van middelen naar de eerstelijn te bekomen.

2. De eerstelijn : situering

Men kan niet spreken over eerstelijn, zonder hierbij het begrip echelonnering te betrekken. Onder het begrip echelonnering wordt verstaan : „Iedere sector die voorzieningen omvat die globaal gesproken dezelfde functionele kenmerken en gerichtheid vertonen".

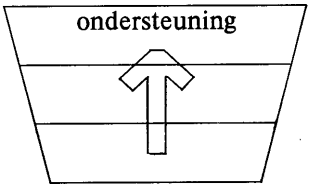
Centraal binnen de gezondheidszorg staat de eerstelijn, omdat het meestal de eerste contacten zijn van een individu met de gezondheidszorg en omdat de eerstelijn de hulpverlening zo dicht mogelijk bij de mensen tracht te brengen. De eerstelijn vormt de eerste schakel in een continu systeem van verzorging. Indien noodzakelijk wordt doorverwezen naar de tweede en de derde lijn, die ondersteunend optreden naar de eerstelijn toe.

Men kan het als volgt voorstellen : (naar Vuori : tekst, Symposium Koning Boudewijnstichting, 28-29 januari 1982 – Brussel)

Eerstelijn

Tweedelijn

Derdelijn



§ 2. Kenmerken en functioneren

Zoals door de Wereldgezondheidsorganisatie gedefinieerd, vormt de eerstelijn, binnen

de gezondheidszorg, dat geheel van voorzieningen welke voor de hulpvrager (1) de eerste opvang verzekeren bij nood aan professionele hulp.

De eerstelijn bevindt zich tussen niet-professionele hulpverleners enerzijds en de specialistische hulpverleners anderzijds. Van de eerste groep hulpverleners onderscheidt zij zich door het professioneel karakter, van de tweede door de globale en continue aanpak. Ze heeft een eigen identiteit, niettegenstaande de menigvuldige raakvlakken met andere gebieden van de gezondheids- en welzijnszorg. Doordat haar actieveld zo breed is, doordat ze zowel zorg als hulp verleent en doordat ze ongedifferentieerde klachten opvangt, heeft ze een eigen inbreng en duidelijke specificiteit.

Essentiële kenmerken van haar functioneren zijn :

1. Het realiseren van een algemene opvang binnen het eigen leefmilieu waarin alle aspecten van gezondheidsproblemen een eerste benadering vinden en meestal een oplossing vinden ;

2. Het realiseren van een globale (curatief en preventief) en integrale (somatisch, psychisch en sociaal) aanpak van de gestelde gezondheidsproblemen door professionele hulpverleners ;

3. Het individueel karakter van de zorg die zij draagt of de hulp die zij verstrekt, gesteund op een relationele wisselwerking tussen de hulpverlener, de hulpvrager en zijn sociale omgeving, ook in het kader van een globale en groepsgerichte aanpak ;

4. Haar onmiddellijke en directe toegankelijkheid ;

5. De continuïteit van haar hulpverlening, welke inhoudt :
– permanente beschikbaarheid, waarbij rekening dient gehouden te worden met de eigenheid van de hulpvrager en de hulpverlener ;
– begeleidende aanwezigheid in het volledige gezondheidsproces.

De vraag naar hulp in de eerstelijn zal meestal in gezondheidstermen gedefinieerd worden. De eerstelijn zal haar functie van eerste opvang van „alle" gezondheidsproblemen slechts kunnen verwezenlij ken door professionele hulpverleners van diverse disciplines. Samenwerking tussen deze verschillende professionele hulpverleners mag dan ook voor de hulpvrager als een belangrijk kwaliteitsaspect van de eerstelijnszorg aangezien worden.

Bij de samenwerking dient men ervoor te zorgen dat de hulpvrager de centrale spil blijft. De verantwoordelijkheden, elk op zijn domein, worden gezamenlijk uitgebouwd. De hulpvrager moet zoveel mogelijk actief participeren aan deze hulp en zorg. De rechten van de hulpvrager moeten gewaarborgd blijven.

Deze samenwerking moet organiseerbaar zijn, zowel onderling op het horizontale vlak als op het verticale vlak naar andere gezondheids- en welzijnsvoorzieningen toe. Zij kan georganiseerd worden in verschillende modellen waarbij rekening wordt gehouden met de mogelijkheden en noden in de verschillende situaties.

In het uitvoeren van haar opdracht streeft de eerstelijn naar een terugvoeren van de hulpvra ›r van een enger specialistisch echelon in het gezondheidszorgsysteem naar een bredere eerstelijn en uiteindelijk naar maximale zelfzorg.

Deze algemene taakomschrijving houdt in :

1. Dat zij ernaar streeft de hulpvrager in zijn eigen leefwereld de gevraagde zorg of hulp te verlenen ; dat geldt in het bijzonder ten overstaan van de bejaarden en bij chronische. processen ;

2. dat zij zich organiseert om een acute opvang en hulpverlening in crisissituaties mogelijk te maken ;

3. dat zij instaat voor een goede overgang van het ene echelon naar het andere ; zij blijft steeds ondersteunend en coördinerend aanwezig ;

4. dat zij een belangrijke taak te vervullen heeft op het vlak van de preventie ;

5. dat zij via participatie aan gezondheidsopvoeding en -voorlichting mede de hulpvrager stimuleert tot verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid in zijn leef- en werkmilieu ;

6. dat zij zich bewust is van haar signalisatiefunctie ten aanzien van de gemeenschap op het vlak van gezondheidsproblemen ;

---

(1) Patiënt, kliënt, zorg- of hulpbehoevende, zullen verder steeds aangeduid worden met de term hulpvrager.

7. dat zij bijzondere aandacht schenkt aan risico- en kansarme groepen in de gezondheidszorg ;

8. dat zij medeverantwoordelijk is voor opleiding en onderzoek in haar domein.

Hoofdstuk II : Taken van de werkers in de eerstelijn

Inleiding

De basisdisciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg zijn naar het oordeel van de Werkgroep : de huisartsgeneeskunde, de verpleegkunde, de gezins- en bejaardenzorg en het maatschappelijk werk m.b.t. de gezondheidszorg.

De Werkgroep wijst erop dat we deze disciplines benaderen in een specifieke oriëntatie naar de eerstelijn.

Daarnaast kunnen ondermeer volgende functies behoren tot de eerstelijnsgezondheidszorg : de kinesitherapeut, de apotheker, de tandarts, de logopedist, de diëtist, de psycholoog.

Samenwerking met andere sectoren van de welzijnszorg, waarvan de eerstelijnsgezondheidszorg een deel is, kan in bepaalde gevallen noodzakelijk zijn (bv. buurtwerk, patiëntenverenigingen, jeugdbescherming, O.C.M.W., . ..)

In dit stadium wenst de Werkgroep er zich toe te beperken een functieomschrijving te geven van de basisdisciplines ; andere disciplines kunnen in een latere fase aan bod komen.

§ 1. De gezins-, sanitaire en bejaardenhelp(s

1. Functie

De functie van de help(st)er bestaat er in bij te dragen tot het fysisch, psychisch en sociaal welzijn van jonge gezinnen, bejaarden, andersvaliden en chronische zieken, door het op zich nemen van praktische huishoudelijke taken, elementaire hygiënische en verzorgende hulp en gezins- en morele hulpverlening.

Zij zal vooral door haar talrijke contacten met de hulpvrager deelnemen aan zijn psychisch en fysisch welzijn en ondersteunend optreden bij het signaleren naar andere hulpverleners toe.

Zonder daarom verpleegkundige hulp te verstrekken treedt zij op daar waar de zelfredzaamheid van de hulpvrager is verminderd, of verloren gegaan. Haar actie steunt in principe de zelfzorg en de mantelzorg. Hoewel de basis van de hulp bestaat uit huishoudelijk werk, is zij opgeleid om zowel psychisch, sociaal en materieel de zieke, gehandicapte en bejaarde samen met zijn gezin bij te staan in de dagelijkse zorgen.

2. Taken

Op het vlak van de praktische huishoudelijke hulpverlening :

- De help(st)er heeft een helpende of vervangende taak in het gezin.
- Zij verzorgt de huishouding.
- Zorgt voor een gezonde voeding, eventueel voorgeschreven dieetvoeding of hulp bij het voeden.
- Verzorgt de baby en brengt kleuters of andere kinderen naar school indien nodig.
- Zorgt voor een huiselijke sfeer.
- De helpster verzorgt de fijne was en indien het nodige materiaal voorhanden is ook de grotere was.
- Naait en verstelt.
- Doet de boodschappen.
- Zorgt voor het gewone onderhoud van de leefruimte.
- Geeft bijzondere aandacht aan de plaats waar de zieke verblijft, door het bed te verversen en op te maken.
- Schoonmaak van sanitair en toestellen.
- Verzorgen van bloemen.

Op het vlak van de hygiënische en verzorgende hulpverlening :

- Biedt hulp bij het dagelijks of wekelijks toilet (bv. hulp bij het uit- en aankleden).
- Haar- en baardverzorging.

– Hand- en voetverzorging.
– Letten op de mondverzorging.
– Oog hebben voor een algemeen verzorgd voorkomen.
– De inhoud van de gewone huisapotheek kennen en bijhouden.

Bijdragen tot het sociaal welzijn van het gezin :

– De help(st)er zorgt ervoor dat het gezin gedurende de dagen dat zij niet aanwezig is zichzelf kan beredderen.

– Zij neemt daartoe de nodige maatregelen zoals : afspraken maken, schikken van de huishouding, maaltijden voorbereiden, voldoende medicatie voorzien.

– Zij staat het gezin ook bij in het verzorgen van de dagelijkse kontakten met allerlei instanties zoals : O.C.M.W., Mutualiteit, Post, Bank.

– Is een schakel met de samenleving en zorgt ervoor dat de geholpene niet vervalt in een isolement.

– Helpt zoeken naar een aangepast en zinvolle bezigheid.

3. Probleemgebieden

De Werkgroep ziet volgende problemen in het functioneren van de help(st)er.

– Zij dient ter voorbereiding bij de uitvoering van haar hulpverlening voldoende mogelijkheden te hebben tot kontakt en informatie-uitwisseling met het EEG-team omtrent de toestand en de omgeving van de hulpvrager.

– Door de onduidelijke afbakening van haar taakgrenzen heeft haar functie veelvuldige raakvlakken met de andere hulpverleners, waardoor spanningen kunnen ontstaan.

– Haar juridische positie is onvoldoende beveiligd door het ontbreken van een duidelijk statuut of beroepsreglementering.

§ 2. De maatschappelijk werk(st)er (1)

1. Functie

De functie van de maatschappelijk werk(st)er „in de eerstelijnsgezondheidszorg" kan omschreven worden als het helpen van mensen met problemen in hun maatschappelijk functioneren, met betrekking tot de levenswaarde gezondheid, om te komen tot een (ver)nieuw(d)e, bevredigende sociale situatie, volgens hun waarden en normen bepaald.

Daarbij wordt uitgegaan van de actuele situatie van de hulpvrager op sociaal-economisch-cultureel-persoonlijk vlak, om hem enerzijds inzicht te verschaffen in de eigen situatie en de hulpbronnen aan te duiden die de Gemeenschap voorzien heeft, anderzijds de hulpvrager te „leren" met deze gegevenheden zo adequaat mogelijk om te gaan.

De maatschappelijk werk(st)er brengt dit veranderingsproces op gang, en oriënteert het.

Dergelij ke hulpverlening kan uitgevoerd worden volgens verschillende modellen : individueel, in groep, met een gezin, een breder relatiesysteem, doch fundamenteel blijft : het losweken van de hulpvrager uit een remmende noodsituatie, voornamelijk uit de afhankelij kheidsreflex die zo'n situatie veroorzaakt.

2. Taken

– Verzorging van de „rechtsverkrijging" van de hulpvrager d.m.v. informatie, administratieve hulp, bemiddeling.

– Helpen oplossen van de psyche-sociale problematiek bij de hulpvrager en zijn gezin.

– Bemiddeling en begeleiding bij eventuele inschakeling van vrijwilligers in de hulpverlening.

– Optreden in groepsprocessen van de hulpvrager, gezinsleden of in andere groepsprocessen die rond de samenwerking zouden opgezet worden.

– Specifieke inbreng naar de samenwerkingsunit m.b.t. het verduidelijken van problemen waarbij de maatschappelijk werk(st)er kan optreden.

---

(1) De Werkgroep verstaat onder maatschappelijk werker zowel de „sociaal assistent" als de „sociaal verpleegkundige".

3. Probleemgebieden

De Werkgroep wijst erop dat :

– Het optimaliseren van mogelijkheden voor de hulpvrager door de maatschappelijk werker dient te gebeuren in functie van de betekeniswereld van de hulpvrager zelf.

– Wanneer de betekenis of zingeving zelf tot voorwerp van zijn interventie wordt genomen begeeft de maatschappelijk werker zich op het terrein van de psychotherapie. Het omgaan met psyche-sociale problemen levert trouwens voor alle hulpverleners moeilijkheden op.

– In dezelfde zin mag de maatschappelijk werker dit optimaliseren van mogelijkheden niet richten naar zijn eigen verwachtingspatroon ; de hulpvrager dient steeds centraal te staan.

– De maatschappelijk werker heeft m.b.t. de verandering van de maatschappelijke structuren een signaalfunctie te vervullen. In het belang van de hulpvrager en van het team waarbinnen de hulpverlener werkzaam is, mag echter dit aspect niet het enige voorwerp van zijn interventie zijn. In zijn relatie tot de individuele hulpvrager staat de individuele hulpvrager centraal.

– Sterke opsplitsing volgens probleemdomein (financieel, gezin, juridisch,...) en ideologische zuil.

– Er is een onduidelijke maatschappelijke beeldvorming, zowel bij hulpverleners als bij hulpvragers, van de functie van maatschappelijk werker. Een aantal hulpverleners hebben dan ook geen kennis van de mogelijkheden en doen al te partieel beroep op het maatschappelij k werk.

– Er is geen oriëntatie en specifieke opleiding binnen het maatschappelijk werk gericht op samenwerking en eerstelijnsgezondheidszorg.

§ 3. De verpleegkundige

1. Functie

De functie van de verpleegkundige kan omschreven worden als een totale specifieke en individuele verantwoordelijkheid ten opzichte van de hulpvrager en het gezin die het volgende omvat :

Verpleging, bevordering van de gezondheid, met inbegrip van gezondheidsopvoeding, voorkoming van ziekten, het vaststellen (door waarneming en verslagen) van de behoeften van individuen en groepen en het nemen van ondersteunende maatregelen – op fysisch, psychologisch, sociaal en moreel gebied – in het ziekenhuis of daarbuiten.

Verpleegkunde omvat bovendien de evaluatie van de verzorging door de verpleegkundige, de opleiding en vorming van studenten in de verpleegkunde en hulppersoneel en de bekwaamheid een ander personeel in de gezondheidszorg de leiding te geven en het noodzakelijke teamwork te samen met het personeel op het gebied van de gezondheidszorg te bevorderen en in stand te houden.

De verpleegkundige draagt bij tot het fundamenteel en toegepast onderzoek op het gebied van de verpleegkunde, en maakt gebruik van bevindingen bij onderzoek en wetenschappelijke technieken die het resultaat zijn van de voortdurende ontwikkelingen van de menswetenschappen. (1)

2. Taken

Uit voorgaande definitie en functieomschrijving kunnen volgende activiteiten worden gedistilleerd met betrekking tot het functioneren in de eerstelijnsgezondheidszorg (niet-limitatieve opsomming).
– Verlenen van verpleegkundige zorgen aan hulpvrager ;
– observeren van de gezondheidstoestand en mede toezien op het goede verloop van de behandeling van ziekten en handicaps ;
– behulpzaam zijn bij het voorkomen van ziekten en bij het bevorderen van de gezondheid ;
– een permanente ondersteuning verzekeren aan patiënten, behoeftigen en stervenden ;
– actief samenwerken met anderen teneinde een gezond leefmilieu tot stand te brengen

(1) Eerste verslag van het Raadgevend Comité voor de opleiding op het gebied van de verpleegkunde, Commissie van de Europese Gemeenschappen, 29 april 1981, 7 pag.

en te bewaren ;
– advies verstrekken in gezondheidsopvoeding en -voorlichting ;
– samenwerken met de arts bij het verstrekken van geneeskundige zorgen ;
– begeleiden van de hulpvrager en zijn familie tijdens een periode van readaptatie (fysisch, psychisch) ;
– coördineren van de zorgen die aan hulpvrager en zijn familie worden verstrekt en hen de gepaste inlichtingen hierover verstrekken. Het opnemen van deze rol is afhankelijk van de intensiteit van de betrokkenheid bij de hulpverlening ;
– overleg plegen met de hulpvrager en zijn familie en met andere zorgenverstrekkers, teneinde de equipewerking tot stand te brengen en te stimuleren ;
– een aangepaste bijdrage leveren aan de verpleegkundige wetenschap ;
– een bijdrage leveren aan de vorming van verpleegkundigen en van andere personen werkzaam in de gezondheidszorg en tevens zorg dragen voor de eigen vervolmaking.

3. Probleemgebieden

– Concurrentiële opstelling van zelfstandigen tegenover diensten, en tussen verzuilde diensten onderling ;
– nomenclatuur voor thuisverpleegkunde is onaangepast : erg beperkte tussenkomsten met als gevolg prestatiedruk ;
– veel activiteiten (begeleiding gesprek) worden bemoeilijkt in de huidige prestatieregeling ;
– weinig mogelijkheden tot beleidsbepalende deelname aan het therapeutisch gebeuren ;
– verkrijgt veel informatie die niet kan worden benut door gebrek aan overleg ;
– de terreinafbakening van de verpleegkundige is niet altijd duidelijk.

§ 4. De huisarts

In overeenstemming met de principiële optie van de Werkgroep dat de basisdiscipline werkzaam in de eerstelijn ook een specifieke oriëntatie moet hebben naar de eerstelijn, beklemtoont de Werkgroep dat de geneesheer welke als „huisarts" werkzaam is, specifiek gevormd en als dusdanig erkend dient te zijn. T.O.V. andere artsen heeft zijn werk in de eerstelijn een eigen kwaliteit en een specifieke techniciteit.

1. Functie

De huisarts staat in voor continue medische verzorging, voorlichting, preventie, opvoeding, hulp en begeleiding aan hulpvragers in hun gezin en samenlevingsverband. Dit doet hij niet alleen in zijn spreekkamer, maar ook in hun woning en leefmilieu. Hij begeleidt hen in alle situaties waarin zij op hem beroep doen. In sommige gevallen vindt hij samen met de hulpvrager een oplossing. In andere gevallen wordt ook het betrekken van andere hulpverleners bij deze samenwerking noodzakelijk of wenselijk geacht.

2. Taken (1)

– Hij behandelt op aangepaste wijze dysfuncties en ziekten. Deze behandeling kan bewakend of beradend zijn, en zal dikwijls meer ingrijpend zijn, door gebruik te maken van geneesmiddelen of andere behandelingswijzen. Daarbij verwijst hij wanneer hij en de hulpvrager na onderling overleg dit nodig of nuttig achten. In de verwijsbrief bezorgt hij alle noodzakelijke inlichtingen. Zelfs na verwijzing blijft de huisarts een ondersteunende aanwezigheid.

– Zoals de andere hulpverleners in de eerstelijn staat de huisarts in voor de continuïteit van de zorgen. Om deze continuïteit waar te maken zal hij bij onbeschikbaarheid zorgen voor een hem vervangende huisarts, waarmee hij effectieve taakafspraken maakt.

– Evenals de andere hulpverleners op de eerstelijn zorgt hij voor een globale benadering van de persoon. Mede daarvoor worden hem alle gegevens in verband met de gezondheid van de hulpvrager overgemaakt. Deze gegevens weet hij te coördineren en te integreren.

– Hij geeft gezondheidsvoorlichting en -opvoeding telkens hij hiertoe de gelegenheid heeft.

– Hij treedt zoveel mogelijk preventief op. Hij bevindt zich op een geschikte plaats om gerichte preventie te verrichten. Ook in dit kader zal hij coördineren en integreren.

– Hij tracht de hem aangeboden problemen, klachten en ziekten, die gewoonlijk multi-

(1) Ter verduidelijking hierbij dient gesteld dat deze tekst gegroeid is uit een taakomschrijving van de huisarts afgebakend tegenover de taakomschrijving van de specialist.

factorieel zijn, te onderkennen.

– Hij coördineert alle beschikbare gegevens in een goed bijgehouden medisch dossier. Omwille van de continuïteit wordt het dossier, op aanvraag van de hulpvrager, bij verandering van huisarts, onmiddellijk doorgegeven aan de nieuwe huisarts.

– In het belang van de hulpvrager werkt hij samen met andere eerstelijnswerkers. Hij tracht met alle betrokken gezondheidswerkers tot duidelijke afspraken te komen. Naargelang de noodzaak is de samenwerking minder of meer gestructureerd.

3. Probleemgebieden

– Tussen de huisartsen en de andere werkers van de eerstelijn bestaat er een veel te sterk eenrichtingsverkeer, zonder mogelijkheden tot feed-back. Dit wordt mede bepaald door de financiële afhankelij kheidsrelatie. Over het algemeen laat de informatieuitwisseling met de andere hulpverleners in de eerstelijn (help(st)er, de maatschappelijk werk(st)er, de kinesist,...) te wensen over.

– Samenwerking en communicatie met de tweede en de derde lijn is weinig gestructureerd. Er bestaat een terreinoverlapping met de tweedelijnswerkers. Sommige specialisten werken occasioneel in de eerstelijn, anderen (zoals pediaters en de gynecologen) doen dit systematisch. Omwille van problemen van continuïteit en coördinatie zal hiervoor in de toekomst noodzakelijk een oplossing moeten worden gevonden.

– De samenwerking tussen huisartsen en verpleegkundigen verloopt meestal erg gebrekkig of is onbestaand.

§ 5. Bijdrage tot samenwerking

De functieomschrijving van de vier basisdisciplines brengt een vrij duidelijk beeld naar voor. De mogelijke terreinoverlappingen hoeven niet noodzakelijk probleemgebieden te zijn, maar kunnen een mogelijkheid bieden tot samenwerking.

Voor de gezins- en bejaardenhulp kan de bijdrage tot samenwerking op een dubbel vlak gesitueerd worden :

Enerzijds uit het uitvoeren van bepaalde opdrachten naar de richtlijnen van de behandelende huisarts of de verpleegkundige en uit het toedienen van medicatie en het verrichten van toegelaten verzorgingen.

Anderzijds heeft de help(st)er een belangrijke signalisatiefunctie naar de verpleegkundige of de behandelende huisarts toe : geobserveerde veranderingen in de toestand van de hulpvrager dienen onmiddellijk doorgegeven te worden ; ook naar de maatschappelijk werker toe vervult de gezins- en bejaardenhulp een niet te verwaarlozen signalisatiefunctie. Voor de verpleegkundige bestaat de bijdrage tot samenwerking uit het overleg plegen met de hulpvrager en zijn familie en met andere zorgenverstrekkers, teneinde de equipewerking tot stand te brengen en te stimuleren.

Binnen een eerstelijnsgezondheidsteam kan de maatschappelijk werk(st)er een bijdrage leveren :

– door met zijn techniciteit een begeleidende rol te spelen, t.a.v. de teamleden op het vlak van de sociale wetgeving

– door een coördinerende rol te vervullen in de hulpverlening wanneer de medische en verpleegkundige aspecten ervan minder belangrijk worden ;

– voor de huisarts is de weg naar samenwerking een verandering tegenover zijn fundamentele individualistische opleiding en instelling. In het veld is het duidelijk dat hij als samenwerkingspartner meer door anderen aangezocht wordt dan hij zelf initiatieven neemt ;

– door zijn breed referentiekader, waarbij hij ervaring heeft met het permanent integreren van lichamelijke, psychische en sociale elementen in ziekte en gezondheid, heeft hij een wezenlijke bijdrage voor samenwerking.

In de praktijk blij kt echter dat samenwerking eerder uitzondering dan algemene regel is. Er is een gebrek aan contact. De problemen hierbij zijn vaak van organisatorische aard en worden in het volgend punt uitvoerig besproken.

Hoofdstuk III : Samenwerking van de hulpverleners in de eerstelijn

Horizontale integratie

1. Uitgangspunten

1.1. Gezien het complex karakter van de opdrachten van de eerstelijn dient te worden aanvaard dat een zich geïsoleerd opstellende hulpverstrekker moeilijk bij machte zal zijn om deze taken waar te maken. Wanneer de eerstelijnswerkers zich in hun hulpverlening toch geïsoleerd blijven opstellen bestaat de kans dat andere voorzieningen, naast elkaar en op fragmentarische wijze, zullen opduiken om leemten op te vullen. De Werkgroep is van oordeel dat een dergelijke evolutie niet wenselijk zou zijn, noch voor de potentiële hulpvrager, noch voor de gemeenschap.

1.2. De Werkgroep stelt vast dat de hulpvrager zich geplaatst ziet voor een brede waaier van hulpverleners die – alhoewel complementair – naast elkaar spontaan bereikbaar zijn. Daar de hulpvrager niet altijd over de nodige informatie of kennis beschikt om juist te beoordelen welke deskundigheid bij de hulpverleners meest aangewezen is, zal hij steeds geneigd zijn om beroep te doen op de in zijn ogen meest „deskundige". Dit brengt hem er in veel gevallen toe, slechts fragmentair op de eerstelijn beroep te doen.

1.3. Steunend op het continuïteitsprincipe, als een essentieel element van de eerstelijnsgezondheidszorg, beklemtoont de Werkgroep dat de spilfiguur van de samenwerking in de eerstelijn de hulpvrager in zijn omgeving dient te zijn. Daarmee wordt niet bedoeld dat het initiatief tot samenwerking door de hulpvrager moet genomen worden, maar wel dat er dient over gewaakt te worden dat hulpverleners niet zonder kennis van de voorgeschiedenis van de hulpvrager zouden optreden. Dit brengt voor al de hulpverleners in de eerstelijn verplichtingen mee, niet alleen binnen de eigen relatie tot de hulpvrager, maar ook in hun relatie met de andere hulpverleners.

1.4. Samenwerking kan betrekking hebben op :
– de directe uitvoering van de hulpverlening ;
– de planning van de hulpverlening : waar moet welke voorziening komen of blijven en welke middelen zijn of stelt men hiervoor ter beschikking.

Naargelang de vorm van samenwerking zullen andere doelen en aangepaste middelen voorop gesteld worden.

In het kader van de ons opgelegde opdracht, beperken we ons in wat volgt tot samenwerking op het niveau van de hulpverlening.

1.5. Samenwerking kan zich afspelen tussen :
– individuele hulpverleners,
– hulpverleners binnen een team,
– organisaties.

Ook hier zal men naargelang de aard van de samenwerking andere doelstellingen nastreven. De middelen en de knelpunten zullen evenzeer verschillend zijn.

1.6. Samenwerking kan in een minder of meer gestructureerd verband gebeuren, op spontane of vrijwillige, al dan niet contractuele basis, tussen individuele hulpverleners of tussen beroepsgroepen. De Werkgroep beklemtoont dat samenwerking niet afgedwongen of opgelegd kan worden. Het is in belangrijke mate een kwestie van mentaliteit en houding gericht op samenwerking. Vandaar dat niet geopteerd wordt voor een uniform samenwerkingsmodel. Samenwerkingsmodellen moeten door de eerstelijnswerkers kunnen gekozen worden in functie van de plaats en omstandigheden. Wel kan door een aantal concrete maatregelen getracht worden samenwerking te bevorderen en te stimuleren, en wat reeds bestaat als samenwerkingsvormen te begeleiden, aan te moedigen en te intensiveren.

2. Omschrijving en doel van samenwerking

Onder samenwerking in de uitvoering van de hulpverlening verstaan we een probleemoplossende werkvorm waarbij de verbetering van die hulpverlening ten dienste van de hulpvrager centraal staat, ter bevordering van de gezondheid.

Vanuit deze doelstelling is samenwerking meer specifiek gericht op :
– een integrale diagnostiek en behandelingsstrategie ;
– de onderlinge afstemming van het aanbod aan de hulpvrager ;
– de coördinatie en afstemming van het wederzijds handelen en de hieraan gekoppelde verantwoordelijkheid ;
– kwaliteitsevaluatie ;
– drempelverlaging of betere toegankelijkheid van de onderscheiden disciplines ;

— signalisatie van problemen die op het niveau van de uitvoering van de hulpverlening niet kunnen opgelost worden.

De werkgroep meent dat het als een voordeel voor de hulpvrager en als een kwaliteitsaspect van de eerstelijn mag gelden indien de hulpverlening integrerend is opgebouwd in een samenwerkingsmodel.

3. Implicaties van samenwerking

Samenwerking moet vorm krijgen in overleg tussen hulpverleners en gebruikers, aangepast aan de plaatselijke omstandigheden. Wil men werkelijk van samenwerking kunnen spreken, dient men rekening te houden met enige implicaties.

3.1. Een functionele band van meerdere disciplines in de eerstelijn

Minimaal moeten verpleegkundige, huisarts, gezins- en bejaardenhulp en maatschappelij k werk functioneel (d.i. in functie van een op te lossen probleem) bij het overleg kunnen betrokken worden. Een minimale frekwentie van overleg en samenkomen lij kt noodzakelijk.

3.2. Een gelijkwaardige inbreng garanderen

Vanuit ieders beroepsspecifieke inbreng dient men te komen tot een gemeenschappelijke behandelingsstrategie. Naast de noodzaak aan wederzijds vertrouwen, luisterbereidheid en het bestaan van een gemeenschappelij ke visie, veronderstelt dit ook de gelijkwaardigheid bij formele afspraken rond vergaderingen, verslaggeving en rapportering.

3.3. Patiënt — betrokkenheid

Samenwerking vertrekt vanuit de belangen van de hulpvrager. Elk organisatiemodel moet dus recht doen aan fundamentele patiëntenrechten als privacy, recht of informatie, mede-beslissingsrecht. Dit heeft belangrijke organisatorische gevolgen (plaats en ritme van samenkomst, participatie van de hulpvrager of zijn familie bij het overleg...)

3.4. Kleinschaligheid : een beperkte groep voor een omschreven geografisch werkgebied

Kleinschaligheid wordt hier gehanteerd als een organisatorisch principe en veronderstelt bereikbaarheid en flexibiliteit. Zowel vanuit groeps-dynamisch oogpunt (vertrouwen groeit sneller in een beperkte groep) als om praktische redenen (afspraken maken gebeurt gemakkelijker in een beperkte groep) en omwille van efficiëntie (vluggere communicatie) is een beperkte groep te verkiezen. Ook inhoudelijke redenen (het ontwikkelen van een gemeenschappelijke visie) en de eenvoudige toegankelijkheid voor de hulpvrager pleiten voor numerieke beperking. Ten slotte biedt een welomschreven territorium het voordeel van overzichtelijk te zijn : men komt vlugger de noden van individuele en gemeenschappelijke aard te weten.

3.5. Doorzichtigheid en duidelijkheid

Zowel voor de groepsleden als voor de gebruiker en de overheid moet een samenwerkingsvorm doorzichtig en duidelijk zijn. Dit impliceert : vlotte bereikbaarheid, eenvoudige administratie, klare afspraken en taakverdeling en participatie van de doelpopulatie in de samenwerking.

4. Knelpunten bij samenwerking op de eerstelijn

In dit punt wordt getracht een zo ruim mogelijk overzicht te bieden van de knelpunten bij samenwerking. De inventarisering is gebaseerd op wetenschappelijk veldonderzoek (1): Ze kan derhalve beschouwd worden als een verzameling van problemen bij samenwerking, zoals die door de hulpverleners zelf gesignaliseerd worden. Doordat de knelpunten meestal gebonden zijn aan particuliere situaties, zijn ze niet steeds veralgemeenbaar. De inventarisering werd hic et nunc opgemaakt. Door de dynamiek van de sociale realiteit kan de inventarisering niet exhaustief zijn en kunnen bepaalde knelpunten ondertussen reeds een aanzet tot oplossing gekregen hebben. De Werkgroep zal in Hoofdstuk 4 door middel van selectie, haar prioriteiten vastleggen en concrete voorstellen formuleren.

4.1. Inhoudelijke knelpunten

— er bestaat geen duidelijke visie op eerstelijnsgezondheidszorg ;

(1) Nieuwe initiatieven op de eerstelijn, een onderzoek in opdracht van de Gemeenschapsminister van Gezondheidsbeleid, uitgevoerd door M. Smet, o.l.v. Prof. dr. Nuyens, 1981-1983

— er bestaat geen duidelijke definiëring van samenwerking ;
— samenwerking is een term die vele ladingen dekt : gaande van advies, overleg tot intensieve samenwerking ;
— er is een gebrek aan theorievorming rond samenwerking.

4.2. Organisatorische knelpunten

A. Het ontbreken van structurering en terreinafbakening :

— op macroniveau :
ontbreekt de integratie tussen algemene gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg ;

— op mesoniveau :
- is er het probleem van de verschillende omschrijvingen van het werkvlak op territoriaal en categoriaal vlak,
- is er de concurrentiële opstelling tussen de verschillende belangenorganisaties in de gezondheidszorg,
- is er het probleem van de verzuiling,
- is er het detacheringsprobleem, wat kan resulteren in een spanning tussen het bestuurlijk en uitvoerend niveau ;

— op microniveau :
- is er de concurrentiële opstelling tussen hulpverleners onderling,
- ontbreken de taakomschrijvingen en terreinafbakeningen tussen de verschillende disciplines bv. maatschappelijk werk en psycholoog.

B. Het ontbreken van modellen :
— er zijn weinig concrete samenwerkingsvormen aanwezig als voorbeelden voor nieuwe jonge samenwerkingsvorrnen ;
— het is niet duidelijk hoe men een team moet samenstellen en welke disciplines tot een vast team behoren.

C. Het ontbreken van methodieken :
— samenwerking gaat gepaard met technische problemen ;
— hulpverleners missen samenwerkingsvaardigheden ;
— bij samenwerking is pragmatisch en efficiënt werken noodzakelijk ;
— hulpverleners ervaren het gebrek aan vergadertechnieken en komen niet tot groepswerking.

D. Het ontbreken van modaliteiten :
— bij samenwerking ervaart men de onderbezetting van sommige disciplines, bv. de gezins- en bejaardenhulp ;
— het tijdsgebrek van sommige hulpverleners kan erg remmend werken bij samenwerking ;
— er is een gebrek aan de noodzakelijke infrastructuur voor samenwerking (gebouwen, vergaderlokalen, administratieve infrastructuur) ;
— samenwerking vraagt administratie.

4.3. Institutionele knelpunten

— het ontbreken van een planmatige aanpak vanuit het beleid, gebrek aan steun vanwege de overheid ;
— veel samenwerkingsvormen bevinden zich nog in een experimentele fase wat hun een zwakke positie geeft in het geheel van de gezondheidszorg.

4.4. Juridische knelpunten

— de uiteenlopende tewerkstellingsvormen (dienstverband, statuut, zelfstandige, B.T.K. e.d.) belemmeren doorgedreven modellen van samenwerking ;
— het ontbreken van een wettelijk statuut, met min of meer duidelijk afgebakende bevoegdheden, van de meeste beroepen in de gezondheidszorg ;
— het beroepsgeheim kan een belemmering voor samenwerking betekenen ondermeer omdat het opstellen en doorgeven van het dossier als een schending van dit geheim wordt beschouwd, of omdat niet iedere beroepsgroep door het beroepsgeheim is gebonden ;
— wettelijke en deontologische opvattingen zoals die onder meer tot uiting komen in de (tucht)-rechtspraak, bv. m.b.t. de besteding van de honoraria ;
— samenwerking, waarin de individuele verantwoordelijkheid wordt vervangen door een gezamenlijke verantwoordelijkheid, kunnen een bedreiging vormen voor de hulpvrager. De fout binnen een team is nog veel moeilijker aan te tonen dan bij een individuele hulpverlener ;

– rechtsonzekerheid, in het bijzonder m.b.t. de rechten en de plichten van de diverse hulpverleners jegens elkaar, en in hun relatie met de hulpvrager betekent een belangrijke belemmering voor samenwerking.

4.5. Financiële knelpunten

– de betaling per prestatie vormt een belemmering voor samenwerking ;
– binnen samenwerkingsverbanden werken de verschillende hulpverleners met verschillende statuten : in loondienst, per prestatie, B .T.K. . . . Deze verschillende statuten vormen een belemmering voor een geïntegreerde vorm van samenwerking ;
– in bepaalde vormen van samenwerking dragen artsen de verantwoordelijkheid voor financiële inkomsten ;
– er is een onderbetaling van bepaalde zorgen, cfr. de verpleegkundige zorgen ;
– er is geen adekwate financiering voor thuisgezondheidszorg ;
– samenwerkingsverbanden vragen grote investering, bv. qua infrastructuur ;
– naar de hulpvrager toe bestaan er nog financiële drempels voor bepaalde disciplines, bv. de psycholoog.

4.6. Socio-culturele knelpunten

A. Hulpverleners
– vele hulpverleners staan nog niet positief t.o.v. samenwerking ;
– samenwerkingsvormen worden door andere hulpverleners ervaren als een bedreiging ;
– men stelt vast dat sommige attitudes, zoals paternalisme, concurrentiegeest en individualisme, samenwerking bemoeilij ken ;
– hulpverleners worden ook onderling geconfronteerd met het probleem van de verzuiling.

B . Bevolking – hulpvragers
– de hulpvrager is niet voorbereid op samenwerking ;
– voor de hulpvragers vormen samenwerkingsvormen, teams nog een bedreiging ;
– hulp bieden wordt nog steeds gezien als een individueel moment ;
– er is een gebrekkig inzicht in het geheel van de voorzieningen, meer bijzonder een gebrekkige kennis van psyche-sociale voorzieningen ;
– ook bij de hulpvragers speelt het probleem van de verzuiling een belangrijke rol.

4.7. Knelpunten in en door de opleiding

– de opleiding bereidt de hulpverleners niet voor op een globale aanpak van problemen en interdisciplinair werken (onbekendheid met teamwerk) ;
– de opleiding beklemtoont nog steeds de individualiteit ;
– het verschil in opleidingsniveaus schept hiërarchische verhoudingen ;
– de verpleegkundigen ervaren een gebrek aan assertiviteit, en zijn nog hoofdzakelijk opgeleid in een ziekenhuissituatie ;
– de artsen missen de vaardigheid om gestructureerd contact te leggen ;
– de opleiding tot maatschappelijk werkers in de eerstelijn bestaat niet.

Hoofdstuk IV : Aanbevelingen

§ 1. Inleiding

De Werkgroep formuleert een aantal concrete maatregelen, waarbij men voor het omvormen hiervan in beleidsmaatregelen, beroep doet op een reglementerend optreden. Dit wordt echter niet gezien als de enige richting die noodzakelijk tot de goede oplossing van de problemen leidt. Een behoorlijke mate van activiteit en creativiteit van de betrokken groepen en de basis, is wenselijk.

Een ondersteunend wettelijk kader is echter een mede-voorwaarde tot ontplooiing en ontwikkeling van activiteiten.

Deze aanbevelingen zijn gericht aan de heer Minister die de opdracht heeft gegeven aan deze adviescommissie.

Bij de formulering van deze aanbevelingen werd echter wel abstractie gemaakt van de verdeling van de bevoegdheden. De uitvoering hiervan zal dan ook noodzakelijk resulteren in transferten van adviezen. Overleg tussen de verschillende bevoegde instanties, elk op hun niveau is hierbij een voorwaarde.

Het advies beperkt zich tot de problematiek van de samenwerking op het horizontale vlak tussen de vier basisdisciplines.

. De horizontale integratie zal slechts werkelijk optimaal en ten volle kunnen worden uitgebouwd als ook in een volgende fase de verticale integratie verder wordt uitgewerkt.

Het geformuleerde advies zal worden geconfronteerd met de beperktheid van de mogelijkheden die tot hiertoe aan deze basisdisciplines zijn toegekend. Het huidig automatisme waarbij langs de nomenclatuur steeds meer financiële middelen vloeien naar hoog-technische en gespecialiseerde gezondheidszorg zou dienen te worden doorbroken. Een verschuiving van budgettaire mogelijkheden naar de eerstelijn is noodzakelijk.

De werkgroep formuleert de adviezen in drie groepen :
1. Stimulerings- en ondersteuningsmaatregelen ;
2. Organisatorische omkadering ;
3. Maatregelen van wetgevende of reglementaire aard.

§ 2. Stimulerings- en ondersteuningsmaatregelen

1. Het niveau van de betrokkenheid van de bevolking

De betrokkenheid van de bevolking wordt hier als vertrekpunt beschouwd om te beklemtonen dat de samenwerking tussen hulpvragers en hulpverleners essentieel is. Samenwerking behelst meer dan de organisatie van het aanbod. Deze betrokkenheid kan bevorderd worden door :

a. Het stimuleren van informatieverstrekking aan de bevolking over gezondheid en de organisatie van de gezondheidszorg. Bestaande werkgroepen en organisaties rond G.V.O., het onderwijs en socio-culturele organisaties dienen hun prioriteiten in die richting te bepalen en hun werking hierop te richten. Het is belangrijk dat er gebruik gemaakt wordt van de bestaande initiatieven door suggesties hiertoe te formuleren. Wat het inhoudelijk aspect betreft, pleit men voornamelijk voor G.V.O., waarin naast gezondheid zelf ook het accent wordt gelegd op het functioneren van de gezondheidszorg.

b. Het stimuleren van de bevolking tot zelfverantwoordelijkheid op het dubbelniveau :
– zelfzorg en mantelzorg ;
– participatie in de gezondheidszorg.

Zelfzorg, mantelzorg en participatie van de bevolking zijn in grote mate een kwestie van cultuur. Opnieuw kan hierbij gewezen worden op de rol die socio-culturele organisaties hierbij kunnen spelen, zowel wat betreft het stimuleren ervan als wat betreft het aanbrengen van een denkkader dat zich hierop richt.

b. 1. Zelfzorg en mantelzorg bevorderen

– Daar waar de overheid rechtstreeks tussenkomt in het gezondheidszorgaanbod (NWK, Medisch Schooltoezicht, Arbeidsgeneeskunde) kan gesleuteld worden aan de relatie hulpvrager en hulpverlener om een horizontale opstelling te creëren, om gezondheidsopvoedend te werken, om correctie aan te brengen in het ziekte- en gezondheidsgedrag van potentiële hulpvragers.

– K ad het opzetten van mantelzorgorganisaties, rond begeleiding en G.V.O. kunnen steunpunten (cfr. clearing-house) opgericht worden (cfr. trefpunt zelfhulp). Deze steunpunten zijn eveneens contactpunten waarbij ervaringsdeskundigen een logistieke ondersteuning verlenen aan nieuwe of vastgelopen initiatieven. Welke de hiervoor best geschikte inrichtende instantie is, moet verder worden uitgezocht. Het kan een supplementaire taak worden voor bestaande organisaties. De achtergrond van deze idee is de vaststelling, dat geïsoleerd vrijwilligerswerk vaak doodbloedt.

– Het stimuleren van zelfzorg en mantelzorg hangt noodzakelijk samen met het voeren van een politiek van demedicalisering. bij zelfzorg en mantelzorg blijft de specifieke functie van de professionele hulpverlener bestaan, maar deze functie wordt geheroriënteerd. Het beleid kan mede erover waken dat G.V.O. campagnes geen medicaliserend effect hebben.

b.2. Participatie in de gezondheidszorg aanmoedigen

Participatie kan zich op verschillende niveaus situeren :
– de hulpverleningssetting ;
– lokaal niveau ;
– regionaal niveau ;

0 ver de noodzaak van participatie in de gezondheidszorg, zijn de meesten het wel eens. Het blijft echter een vraag hoe men participatie kan organiseren.

De overheid moet de mogelijkheden creëren om hierop een antwoord te zoeken :

– grondige studies uitvoeren, ook naar de ervaringen op internationaal vlak ;
– clearing-house ;
– experimenten ondersteunen ;
– diverse modellen van participatie laten ontwikkelen en aanbieden.

c. Het idee „samenwerking en integrale hulpverlening" bij de bevolking lanceren, bekend en acceptabel maken. Door informatieverstrekking en de betrokkenheid van de bevolking bij deze initiatieven te stimuleren, verhinderen dat deze bevreemdend en louter organisatorisch gericht gaan werken.

2. Het niveau van de concrete samenwerkingsvormen

a. Een selectieve aanpak qua middelen en infrastructuur via globale financiële ondersteuning van verschillende samenwerkingsvormen die beantwoorden aan de doelstellingen in punt 3 van hoofdstuk III geformuleerd. Deze samenwerkingsvormen moeten duidelijk gericht zijn op de verbetering van de gezondheid, het minimaal niveau van samenwerking dat gehanteerd wordt houdt in dat verschillende disciplines in een gestructureerd overleg samenkomen, waarbij de hulpvrager het uitgangspunt vormt. Dit overleg kent een minimale frekwentie, is controleerbaar en is eveneens gekoppeld aan interne en externe evaluatie.

b. Het is een logische consequentie van deze selectieve ondersteuning, dat de overheid bescherming biedt aan deze initiatieven om hen een kans te geven zich waar te maken. Dit vanuit de vaststelling dat in het huidig functionerings- en financieringskader van de gezondheidszorg bepaalde vormen van samenwerking weinig kansen hebben tot slagen. Er is hier sprake van een noodzakelijke positieve discriminatie voor deze laatsten.

c. De betoelagingen oriënteren op samenwerkingsgerichte initiatieven ; het K.B. van 1950 i.v.m. de reglementering rond de betoelaging van de thuisverzorging, kan een goede basis zijn.

d. Stimuleren van het ter beschikking stellen van een voldoende aantal eerstelijnswerkers vanuit organisaties naar samenwerkingsverbanden voor een beperkt geografsisch gebied.

e. De verdere kwantitatieve uitbouw van de sector gezins- en bejaardenhulp en een betere oriëntering op een gezondheidsgerichte aanpak. Dit zal ook implicaties hebben naar de organisatorische structurering van de dienstverlening, bv. 4-uurspakket als minimumaanbod is niet steeds noodzakelijk.

f. Omwille van de onduidelijkheid op het terrein wat betreft de werking van voorzieningen waarvan sommigen categoriaal (specifiek voor bepaalde doelgroepen o.a. bejaarden en immigranten, enz.) en anderen territoriaal werkzaam zijn, dienen instrumenten op punt gesteld te worden die een territoriale uitbouw voor een globale en integrale hulpverlening mogelijk maken. De visie die gehanteerd wordt vertrekt vanuit de centrale en coördinerende rol van de territoriale zorg in de eerstelijnsgezondheidszorg. De categoriale zorg treedt eerder ondersteunend op. Zij dient selectief te worden betrokken bij de eerstelijnsgezondheidszorg. Terugkoppeling naar de territoriale zorg is steeds noodzakelijk.

3. Het niveau van de opleiding van de hulpverleners

1. De opleiding naar inhoud en methodiek meer oriënteren op samenwerking :
– vakken waarin eerstelijnsgezondheidszorg, overleg en samenwerking, kennismaking met andere beroepsgroepen aan bod komen ;
– deze visie op hulpverlening expliciet in het programma opnemen ;
– mogelijkheden van stage stimuleren in initiatieven zoals bedoeld in punt 3 van hoofdstuk III ;
– inschakelen van trainingsmomenten expliciet gericht op „samenwerking".

2. Aangezien de bevoegdheden in verband met :
1. vaststellen van inhoud van programma's,
2. viseren van diploma's,
3. bepalen van stagemodaliteiten, op een onduidelijke wijze verdeeld liggen over verschillende verantwoordelijken, dient een actief beleid tot integratie en harmonisering van de opleidingssituaties, op gang gebracht te worden.

3. Men dient een gezamenlijke aanpak tussen de diverse beroepsgroepen en opleidingsinstituten, m.b.t. eerstelijnsgezondheidszorg aan te moedigen, bv. tussen centra voor huisartsopleiding, scholen voor maatschappelijk werk en instituten voor verpleegkunde.

4. . Het volstaat niet de theoretische inhoud van programma's aan te passen, maar men dient ook opleiders uit de diverse beroepsgroepen actief te betrekken in de vorming.

5. Uiteraard geldt al het voorgaande ook de navorming. Wat betreft dienen kunnen op korte termijn multidisciplinaire en geïntegreerde initiatieven te worden genomen.

§ 3. Organisatorische omkadering

Vanuit diverse reeds geformuleerde aanbevelingen blijkt de noodzaak aan de oprichting van een aparte instantie, gesitueerd op het Vlaamse Gemeenschapsniveau (vb. een instituut voor eerstelijnsgezondheidszorg).

Dit instituut dient onafhankelijk te zijn, kan richtinggevend, stimulerend en adviserend werken en heeft vooral een belangrijke informatieve en coördinerende rol. In het instituut participeren zowel de overheid, de burger als de diverse beroepsgroepen. Een ideale, concrete juridische structuur hiervoor moet worden uitgezocht.

Het instituut kan volgende taken behartigen :
1. coördineren van de opleiding en permanente navorming van eerstelijnswerkers ;
2. het coördineren en stimuleren van wetenschappelijk onderzoek over eerstelijnsgezondheidszorg ;
3. het stimuleren van samenwerking in de eerstelijn aan de basis, prioritair door het wegnemen van de remmende factoren ;
4. het stimuleren van de projecten, o.a. tussen beroepsgroepen en koepels, ter bevordering van de ontwikkelde visie.

Naargelang de vorm die gekozen wordt voor dit instituut kan een administratieve eenheid hierbinnen worden geïntegreerd of dient een afzonderlijke eenheid voor de eerstelijn binnen de administratie van de Vlaamse Gemeenschap worden opgericht.

§ 4. Maatregelen van wetgevende of reglementaire aard om samenwerking mogelijk te maken en te stimuleren

1. Op het niveua van het burgerlijk recht

a) Het „herstel" van de contractuele vrijheid. Samenwerking tussen hulpverleners mag niet op artificiële wijze worden belemmerd door de enge interpretatie van het begrip „groepsgeneeskunde" in artikel 18 K.B. nr. 78 op de uitoefening van de geneeskunst. Concrete maatregelen (door de nationale wetgever te nemen) :
– wijziging van artikel 18 – K.B. nr. 78 ;
– wettelijk verbod tot voorafgaandelij ke voorlegging van juridisch geldig afgesloten overeenkomsten en de tuchtrechterlij ke instanties.

b) Het „beter gebruik maken" van de contractuele vrijheden. In overleg met de beroepsorganisaties, bv. binnen het instituut ELGZ, opstellen van modelovereenkomsten inzake samenwerking tussen beroepsbeoefenaars. Dergelijke overeenkomsten moeten zowel op lokaal, regionaal en gemeenschapsniveau kunnen worden afgesloten. Voor het opstellen van dergelijke modelovereenkomsten is geen wetswijziging nodig.

c) Klare en duidelijke regels opstellen i.v.m. de juridische relatie tussen hulpverleners en de hulpvrager. De idee voor de continuïteit van de hulpverleningsrelatie moet tot uiting worden gebracht in een overeenkomst welke door beide partijen kan worden onderschreven. In eerste instantie wordt ook hier gedacht aan een soort standaardovereenkomst. Bij het opstellen ervan dienen vele betrokkenen, ook patiëntenvertegenwoordigers, te worden betrokken. In de overeenkomst dienen bepalingen te worden genomen i.v.m. de privacy van de hulpvrager in samenwerkingsverbanden, de respectievelijke verantwoordelijkheid van hulpvragers en hulpverleners.

2. Op het niveau van het strafrecht

a. Het uitvoeren van de bestaande wettelijke regelingen m.b.t. het statuut van de werkers in de eerstelijn, eventueel via wijziging van die regeling. Zolang deze wetgeving niet wordt uitgevoerd, of aangepast, kan een statuut worden uitgewerkt, ofwel door het aanpassen van de erkenningsregels die bestaan in het kader van het R.I.Z.I.V., ofwel door autonome voorwaarden opgelegd voor de erkenning van samenwerkingsverbanden.

b. Een regeling voor het bijhouden, opstellen en doorgeven van het dossier, in het kader van een duidelijke regeling van het beroepsgeheim, van alle betrokkenen in de eerstelijn.

3. Op het niveau van het admininistratief recht

a. Het opstellen van subsidie- en erkenningsvoorwaarden voor samenwerking waarin de implicaties van samenwerking, zoals geformuleerd onder punt 2, tot uiting komen.

b. Wijziging van de wet op de ziekteverzekering teneinde diverse praktijkvormen en betalingswijzen gelijke kansen te geven tot ontwikkeling ;

c. Oprichting van een permanent adviesorgaan ELGZ, gekoppeld, al dan niet, aan en instituut ELGZ (zie § 3).

4. Op het niveau van het tuchtrecht

Het aanpassen van het tuchtrecht aan bestaande, in dit document voorgesteld, en experimentele samenwerkingsmodaliteiten, wat kan betekenen het reduceren van het impact van het tuchtrecht.

Verdere planning van de werkzaamheden

De Werkgroep verzoekt de heer Gemeenschapsminister in een volgende fase te mogen verder werken om o.a. betrokken te kunnen blijven bij de concrete uitwerking van de reeds geformuleerde beleidsadviezen en om nog volgende thema's te kunnen behandelen :
– regionalisering ;
– verticale integratie ;
– kwaliteitsbewaking ;
– preventie ;
– dringende hulpverlening ;
– andere hulpverleners in de eerstelijn.