

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1992-1993

3 MEI 1993

BELEIDSBRIEF

Gezondheidszorg

ingediend
door mevrouw W. Demeester-De Meyer,
Vlaamse minister van Financiën en Begroting,
Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin

INHOUD

	Blz.
VOORWOORD	5
1. GLOBAAL CONCEPT	6
II. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN	
1. INVESTERINGEN	
Afschaffing van debudgettering	8
Waarborgbesluit	8
Vereenvoudiging en inkorten van goedkeuringsprocedure met grotere verantwoordelijkheid t.o.v. de inrichtende macht	9
In de hand houden van principesakkoorden i.f.v. investeringsvolume	10
Selectiviteit in toewijzing op basis van voor opgestelde criteria	10
Bouwkalender	11
2. THUISVERZORGING	
Coördinatie van de thuisverzorging	11
Ondersteuning van de thuisverzorging	12
Financiering van de thuisverzorging	12
3. PALLIATIEVE ZORG	12
4. DEMENTEN	14
5. DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	
Kenmerken van de centra voor geestelijke gezondheidszorg	14
Nieuwe oriëntaties	15
6. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN, PVT, BESCHUT WONEN	
Evaluatie van de reconversie	16
Rechten van de psychiatrische patiënt	17
Specifieke probleemgroep: SGA-patiënten	17
7. ERKENNINGS- EN PROGRAMMATIE NORMEN VOOR ZIEKENHUIZEN	
Voorlopig niet erkennen van zwaar medische technische diensten voor nierdialyse en hartcatheterisatie	18
Rust- en verzorgingsbedden	18
Daghospitalisatie	19
Behoud van beperkt aantal V-bedden voor chronisch zieke patiënten	20
Aangepaste normen en programmatie voor S-diensten	20
Fusie en groepering van ziekenhuizen	21
8. KWALITEITSBEWAKING EN STIMULERING	22

9. FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN EN TEGEMOETKOMINGEN	
Nieuw financieringssysteem	23
Harmonisering van tegemoetkomingen	24
Regionale scheeftrekkingen in sociale zekerheid	24
10. HUISARTSEN	24
11. DE VERPLEEGKUNDIGEN EN DE PARAMEDICI	24
12. SPECIAAL ONDERSTANDSFONDS EN SOCIALE ZIEKTEN	25
13. ADVIESORGANEN	26
Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en andere vormen van medische verzorging en begeleiding	26
Vlaams Comité van Advies voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg .	27
Gemengde Commissie rustoorden, RVT	27
CONCLUSIES	27
LIJST VAN GEBRUIKTE KENLETTERS	31

Deze publikatie kwam tot stand met de medewerking van :

Mevrouw Dr. C. **BOONEN**, Verbond der Verzorgingsinstellingen, Prof. J. **BREDA**, Departement Sociologie UFSIA, Prof. L. **DELESIE**, Centrum voor Ziekenhuiswetenschap, K.U.L., Dr. J. **JANSSEN**, Vlaams Adviescomité van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Prof. K. **SCHUTYZER**, Centrum voor Ziekenhuiswetenschap, K.U.L., Mevrouw G. **VAN CAMP-VAN RENSBERGEN**, de heer J. **VAN HOLSBEKE**, Verbond der Verzorgingsinstellingen.

Mevrouw A. **DOMS**, van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Mevrouw M. **ENGELN** en mevrouw J. **LEMAITRE** van het Kabinet van de Vlaamse Minister van Financiën en Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin.

VOORWOORD

*Gezond zijn is een zeer kostbaar goed.
Het is een belangrijke sleutel voor het wel-zijn.*

Wij hebben dan ook de opdracht deze gezondheid te koesteren en er zorg voor te dragen. Ieder van ons is zelf een deel verantwoordelijk voor zijn gezondheid. In de mate we hiervoor zelf niet meer kunnen opkomen, is hulp van de directe omgeving of van diensten en instellingen nodig.

De Vlaamse overheid draagt tot op heden slechts een beperkte verantwoordelijkheid inzake gezondheidszorg. Het is binnen deze beperkte verantwoordelijkheid dat deze conceptennota zich situeert.

Het gezondheidsbeleid is tot nu toe een **gezondheidszorg**beleid geweest, zeer sterk gericht op de reglementering van instellingenzorg. Tot in het kleinste detail wordt de bouw, de organisatie en werking geregeld. Naar de toekomst toe wens ik dat voorzieningen een grotere autonomie krijgen en tegelijk een grotere verantwoordelijkheid dragen. Ik zal ijveren voor eenvoudiger en snellere procedures en bovenal zal ik slechts beloven wat ik op korte termijn kan honoreren. Ik wens me als beleidsverantwoordelijke in Vlaanderen meer en meer toe te leggen op kwaliteitszorg en op het creëren van voorwaarden om een goede **zorgverlening** te kunnen waarborgen. Aangepaste infrastructuur is één van deze elementen. Doch ook diensten aansporen om op functioneel en inhoudelijk vlak samen te werken is een belangrijke voorwaarde. Er moet meer aandacht gaan naar goed beheer en management in de voorzieningen zodat de inzet van middelen (personeel, tijd, subsidies) optimaal wordt. Dit moet kwaliteitskringen tot

stand brengen die de gezondheid van de patiënt ten goede komen.

Als beleidsverantwoordelijke wens ik aldus een vruchtbare bodem te creëren voor een **kwaliteitsvolle** gezondheidszorg. Als overheid moet er wel actief worden opgetreden wanneer het gaat om het verzekeren van basisvoorzieningen zoals hulp bij ongevallen of hulp in crisissituaties.

Enkele nieuwe accenten zullen gaandeweg ook meer aandacht krijgen : een betere en efficiëntere planning, voorrang van thuiszorg en aandacht voor de palliatieve zorg.

Om deze doelstellingen te bereiken is een goede verstandhouding tussen de overheid, de instellingen en de patiënt vereist en is een intens overleg tussen federale overheid en de gemeenschappen onontbeerlijk.

De kritische houding van de intramurale en **extra-murale** sector ten overstaan van elkaar moet worden omgebogen tot een besef van **complementariteit**. Er moet een gevoel van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de mensen ontstaan. Dit vraagt goede afspraken inzake doorverwijzing, specialisatie naar doelgroep, therapie, . . .

Multidisciplinaire samenwerking zal ook bij de **op**leiding en vorming aandacht moeten krijgen.

Deze krachtlijnen en prioriteiten zijn opgenomen in de tekst van het Regeerakkoord van de Vlaamse regering goedgekeurd op 20 oktober 1992.

Dit alles voor een gezond lichaam in een gezonde omgeving. Hiertoe wil ik als Vlaams Minister bevoegd voor Gezondheidsinstellingen mijn bijdrage leveren.

Wivina Demeester — De Meyer

1. GLOBAAL CONCEPT

Volgens de Grondwet (art. 59 bis) en de Bijzondere Wet van 8 augustus 1980 (art. 5) zijn de Gemeenschappen bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De uitzonderingen hierop zijn evenwel zo ingrijpend (financiering RIZIV, basisregelen, . . .) dat het gezondheidsbeleid de facto vanuit het federale niveau georiënteerd wordt. Doordat de basisregelen zo detaillistisch zijn uitgewerkt en aan iedere financiering voorwaarden worden gekoppeld die invloed hebben op de werking van de betrokken voorzieningen, zijn de beleidsmarges voor de gemeenschappen, eerder beperkt.

Niettemin kan de Vlaamse Gemeenschap eigen accenten leggen voor die aspecten van de Volksgezondheid waarover ze wel bevoegd is :

- * toepassing van programmatie, erkenning en sluiting van instellingen en diensten ;
- * kwaliteitsbewaking en controle op de instellingenzorg en andere door haar erkende voorzieningen ;
- * reglementeren en subsidiëren van voorzieningen ter ondersteuning of aanvulling van de ziekenhuiswetgeving ;
- * investeringen (via het Vlaams Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen en MedischSociale Instellingen) ;
- * preventie ;
- * wetenschappelijk onderzoek inzake gezondheid ;
- * opleiding van artsen, paramedici, verpleegkundigen en ziekenhuismanagers ;
- * de bioëthische problematiek, voorzover ze verband houdt met hierboven vermelde domeinen zoals preventie, wetenschappelijk onderzoek, aids, enz.

Binnen de grenzen van de basisreglementering en de federale financieringsstroom, kunnen volgende prioriteiten, accenten gelegd worden, zowel t.a.v. de intra- als extramurale voorzieningen.

1. bij de erkenning van nieuwe diensten of uitbreiding van bestaande capaciteit zal een evenwichtige regionale spreiding van voorzieningen in functie van reële behoeften worden nagestreefd ;
2. de erkenning of wedererkenning kan eveneens gekoppeld worden aan voorwaarden inzake functionele samenwerking met andere gezondheidsvoorzieningen, huisartsen of welzijnsvoorzieningen binnen de regio met het oog op afspraken inzake specialisatie naar doelgroepen en/of specifieke behandelingen, doorverwijzing, crisisopvang, continuüm in zorgenaanbod ;
3. de controlebevoegdheid moet omgebogen worden tot positieve acties inzake kwaliteitsbevordering en -bewaking ;

4. in het investeringsbeleid zal een gemotiveerde selectiviteit in functie van veiligheidsnormen, reconversiebeleid, regionale zorgbehoeften, medisch-technische vereisten.. . worden ingebouwd ;
5. het vereenvoudigen en versnellen van de goedkeuringsprocedure van bouwdoSSIERS, het aanzetten tot grotere verantwoordelijkheid van de aanvrager ;
6. aandacht voor de preventie is een opdracht voor alle beroepsgroepen en moet in de werking van de voorzieningen structureel ingebouwd zijn. Een goede opvolging (nazorg) van de patiënt kan voorkomen dat de aandoening opnieuw opflakert. Er moet actief beroep gedaan worden op de eigen verantwoordelijkheid van eenieder voor zijn gezondheid ;
7. er moet de nodige steun gegeven worden aan het fundamenteel geneeskundig onderzoek zodat vooruitgang kan gemaakt worden in het opsporen van de oorzaak van bepaalde ziekteverschijnselen, de diagnosestelling preciezer en de behandeling efficiënter wordt. Ook op het beleidsvoorbereidend en evaluerend vlak moet onderzoek verricht worden ter ondersteuning van het beleid ;
8. bij de opleiding van artsen, paramedici, verpleegkundigen en ziekenhuismanagers moet uiteraard een hoog kwalitatief niveau nagestreefd worden. Daarnaast moet men leren aandacht te hebben voor niet-medische aspecten in het ziek-zijn, moet multi-disciplinair samenwerken aangeleerd worden alsook het leren omgaan met specifieke bevolkingsgroepen of problematieken. Het invullen van het leerprogramma behoort tot de bevoegdheid van de Vlaamse Minister van onderwijs, evenals de maatregelen te nemen m.h.o. de beheersing van het aantal zorgverstrekkers in zoverre deze via de toegangspoort van het onderwijs wordt georganiseerd.
9. de Vlaamse Gemeenschap zal eigen accenten leggen in de benadering van de bioëthische problematiek op het niveau van Vlaanderen, van de voorzieningen en van de zorgverleners (opleiding en bijscholing).

Vanuit de ervaringen opgedaan bij de toepassing van de nationale regelen, moet een actief overleg gepleegd worden met de federale regering om bijstellingen en eigen, Vlaamse accenten te realiseren. Om tenminste op de hoogte te blijven van de maatregelen die op federaal niveau in voorbereiding zijn, zou het wenselijk zijn dat de Vlaamse Gemeenschap waarnemers zou kunnen sturen naar de adviserende organen op federaal niveau (volksgezondheid en RIZIV).

De ervaring leert dat het huidig systeem van gedeelde en zelfs overlappende bevoegdheid het voeren van een homogeen beleid bemoeilijkt. Daarom pleit ik voor de overheveling van samenhangende bevoegdheidspakketten. Dit beperkt zich niet tot de instellingenzorg. Ook de overheveling van be-

voegdheden die duidelijke banden hebben met de organisatie van de gezondheidszorg, zoals de vergunning van apotheken, de erkenning van labo's en medische specialisten moet worden bepleit.

Op welk niveau het beleid in de toekomst ook gevoerd wordt, het zou van volgende basisprincipes moeten doordrongen zijn :

1. de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van de patiënten moeten op het hoogst mogelijke kwaliteitsniveau gestimuleerd en in stand gehouden worden en dit in alle vormen van dienst- en zorgverlening. De zorgverleners, zowel in de thuiszorg als in de intramurale zorg, moeten worden opgeleid om deze houding in hun handelen en zorgenplan op te nemen. De patiënten moeten zoveel mogelijk worden geactiveerd om datgene wat ze zelf kunnen ook zelf te doen ;
2. het beleid moet voorrang geven aan gezinsondersteunende en -aanvullende maatregelen om thuisverzorging zoveel en zolang mogelijk vol te houden. Ook het vrijwilligerswerk moet op dit domein gestimuleerd worden ;
3. er moet een echelonnering in het aanbod komen. De verticale as vertrekt van de mantelzorg en t huiszorg, de eerstelijnsvoorzieningen, de huisartsen en loopt van lokale ziekenhuizen door via algemene regionale ziekenhuizen tot de hooggespecialiseerde universitaire campussen. Er moet selectiever van deze voorzieningen gebruik gemaakt worden door het opzetten van goede doorverwijzingsprotocols.

De normering mag niet van die aard zijn dat alle vernieuwing enkel gericht is op de hoogste trap en de verzorging aldus sterk afhankelijk gemaakt wordt van hoogtechnologische apparatuur. Naast hooggespecialiseerde universitaire ziekenhuizen vervullen regionale ziekenhuizen een rol in de Gezondheidszorg en moeten zij kwaliteitsvolle basisgeneeskunde waarborgen ;

- 4) de vraag naar gezondheidszorg moet zoveel mogelijk objectief worden ingeschat op basis van behoeftevariabelen (gezondheidstoestand) ; personenvariabelen (leeftijd en geslacht ; burgerlijke staat/gezinssamenstelling ; opleidingsniveau/sociaal-economische status ; huisvestingssituatie ; sociaal netwerk ; huishoudelijke vaardigheden ; opvattingen m.b.t. ziekte en gezondheid) en structurele variabelen (inkomen ; informele hulp). De factoren zijn onderling sterk gerelateerd. Er is wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk om de link tussen deze variabelen en de zorgvraag te verduidelijken ;
5. het beleid moet worden gericht op het wel-zijn van de patiënt (= gezondheidsbeleid), eerder dan op de organisatie van een zorgaanbod (= gezondheidszorgbeleid).

Er moet aandacht worden gegeven aan de totale mens m.a.w. zowel aan de fysieke, psychische als aan de psyche-sociale aspecten van de gezondheid. De aandacht voor de ethische waarden in de gezondheidszorg moet voorkomen dat

de verzorging te sterk wordt gemedicaliseerd. Vandaar het belang van de aandacht voor de bioëthische problematiek in opleiding van zorgverleners. Ook de rechten van het individu moeten worden bewaakt. Er zullen positieve acties moeten worden gevoerd om de patiënt voldoende informatie te verschaffen zodat de patiënt inspraak kan hebben in zijn behandeling en de vorm van zorgverlening. Hij moet met zijn klachten ook terecht kunnen bij een onafhankelijke instantie ;

6. recht op gezondheid kan vooralsnog niet worden gewaarborgd. Wel moet de overheid bij beleidsbeslissingen op verschillende domeinen aandacht hebben voor mogelijke effecten op de gezondheid van de mens. Feiten die op korte of langere termijn een negatieve invloed kunnen hebben op de gezondheid moeten geweerd of negatief worden gediscrimineerd. Maatregelen die de gezondheidssituatie bevorderen zoals sanering van woningen, moeten daarentegen positief worden gesteund.

Uiteraard moet ook worden gewezen op de verantwoordelijkheid die eenieder heeft voor zijn eigen gezondheid en die van zijn omgeving. Een gezonde levensstijl kan heel wat leed en pijn voorkomen.

Het zou onredelijk zijn te verwachten dat de overheid voor alles kan zorgen.

De burger heeft een afdwingbaar recht op de basisvoorzieningen (zoals hulp bij ongeval, in crisissituatie, . . .). Dit wil zeggen dat de overheid in samenspraak met particuliere organismen moet waarborgen dat de burger hierop te allen tijde beroep kan doen.

Daarnaast dient de overheid een ruim aanbod van belangrijke gezondheidsvoorzieningen te realiseren in samenwerking met particuliere initiatiefnemers. De rol van de overheid bestaat erin deze voorzieningen financieel te ondersteunen, ze te coördineren en te programmeren, kwaliteitsgaranties in te bouwen, en de efficiënte werking ervan te ondersteunen. Op deze voorzieningen kan de burger geen afdwingbaar recht laten gelden. Wel moet de overheid een kwalitatief en voldoende groot en gedifferentieerd aanbod in stand houden of creëren, zodat elkeen met enige eigen inspanningen en verantwoordelijkheid, normale kansen heeft tot gebruik van deze voorzieningen.

Een verdere uitbouw van de gezondheidsvoorzieningen op een nog hoger niveau behoort niet tot de prioritaire taak van de overheid. Op eigen verantwoordelijkheid kunnen bepaalde personen of groepen zulke voorzieningen oprichten of gebruiken, maar de gemeenschap moet de financiering daarvan niet of slechts in geringe mate dragen.

Eventueel kan de overheid – indien zij dit wenselijk acht – hiervoor fiscale stimuli instellen. Wel moet ze regulerend optreden om wildgroei te voorkomen, kwaliteit te controleren en mis-

bruiken tegenover de hulpvrager te voorkomen. De overheid moet er eveneens over waken dat niemand van deze voorzieningen wordt uitgesloten enkel omwille van zijn inkomen, sexe, nationaliteit of overtuiging.

In elk onderdeel van de gezondheidszorg zal de overheid in de toekomst moeten overwegen hoe ze deze drie noodzaak-niveaus concreet invult, telkens rekening houdend met de draagkracht van de betrokkene en zijn directe omgeving.

II. SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

1. INVESTERINGEN

Recente beslissingen

Afschaffing van debudgettering

De Vlaamse regering besliste met ingang van 1 januari 1993 geen debudgettering meer toe te laten van de investeringskredieten. Het aangaan van leningen waarvan de kapitaal- en renteaflossingen over een langere periode uitgespreid worden geeft immers een vertekend beeld van het geheel van engagementen waartoe de overheid zich verbindt en het hypothekeert de reële budgettaire vrijheidsmarges voor de komende jaren.

De afschaffing van de debudgettering voor het Vlaams Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen en Medisch-Sociale Instellingen heeft tot gevolg dat het kunstmatig onderscheid tussen de wijze van subsidiëring van de privé en de openbare sector wegvalt. De openbare ziekenhuizen zullen in plaats van een leningsmachtiging waarvoor het Fonds de kapitaal- en renteaflossingen ten laste nam, voortaan een rechtstreekse subsidiëring krijgen. Dit zal wel leiden tot een verhoging van de betalingskredieten van het Vlaams Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen op korte termijn. Doch op lange termijn is het een gunstiger formule voor de Vlaamse Gemeenschap en de instellingen zelf ondervinden er geen nadeel van.

In de begroting 1993 is er voor 3.587 miljoen fr. investeringskredieten ingeschreven voor de verzorgingsinstellingen, privé en publiek samen. In 1992 vond er reeds een eerste omschakeling van leningsmachtiging naar vastleggingsmachtiging plaats (1).

(1) L.M. → 456,5 miljoen fr. voor openbare ziekenhuizen.
V.M. → 2.434,5 miljoen fr. voor privé ;
595,0 miljoen fr. voor openbare ziekenhuizen.

Waarborgbesluit

Het koninklijk besluit van 7 augustus 1974 houden de bepaling van de voorwaarden en de nadere regels volgens welke tussenkomsten dienden te geschieden van het Vlaams Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen en Medisch-sociale Inrichtingen gaf aanleiding tot talrijke interpretatieproblemen.

De redactie van nieuwe teksten was dan ook de meest aangewezen oplossing.

De belangrijkste wijzigingen, op het vlak van de waarborgverlening, zijn de volgende :

1. duidelijke omschrijving van het door het Vlaams Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen gewaarborgd aandeel in het ontleende bedrag, met nadere omschrijving van voorwaarden waaronder al dan niet gewaarborgd wordt ;
2. beperking van de waarborg tot het uitstaande kapitaalsaldo en de vervallen intresten.

Verwijlintresten en zgn. intercalaire intresten worden voortaan uitgesloten.

De toepasselijke rentevoet voor de berekening van de gewaarborgde intresten wordt geplafonneerd en gekoppeld aan het bruto-rendement van de OLO's met een resterende looptijd van 5 jaar volgens de berekening van het Rentenfond ;

3. sterke vereenvoudiging van de aanvraagprocedures. Een financieel plan en een afbetalingskalender dienen aan het dossier te worden toegevoegd ;
4. beperking van de duur van de gewaarborgde leningen tot 30 jaar ;
5. inbouw van een aantal garanties voor de Vlaamse Gemeenschap : de financiële instantie zal slechts mits de toestemming van het Fonds kunnen overgaan tot het nemen van een hypothecair mandaat, een hypothecaire inschrijving of een vervroegde opeising van de lening ; de financiële instantie verbindt zich bij niet naleving van de afbetalingskalender door de ontleners het Fonds op de hoogte te brengen ;
6. invoering van een waarborgheffing overeenkomstig de bepalingen van het besluit van de Vlaamse Executieve van 23 juli 1992 : de storting van een bijdrage is gebonden aan een termijn.

De waarborgverlening zal slechts verleend worden na een onderzoek naar de solvabiliteit en de liquiditeit van de instelling. De ervaring heeft geleerd dat noch de overheid, noch de instelling zelf op lange termijn geholpen is met financiële verplichtingen die hun draagkracht te boven gaan.

De gewaarborgde lening zal dan zo vlug mogelijk worden vrijgegeven zodat de overbruggingskredieten die de instelling moet aangaan om betalingen te verrichten tijdens de werken zo veel mogelijk worden uitgeschakeld.

Opties voor de toekomst

Vereenvoudiging en inkorten van goedkeurings-procedure met grotere verantwoordelijkheid t.o.v. de inrichtende macht

Heel wat kritiek wordt geformuleerd omtrent de traagheid in de procedures waardoor het vaak jarenlang duurt vooraleer een project kan worden afgerond. Men moet er natuurlijk mee rekening houden dat een veelheid aan factoren meespeelt die de subsidiërende overheid zelf niet in de hand heeft. Behalve de reeds vermelde interferentie met de federale reglementering zijn er soms ook problemen bij de instellingen zelf die hun plannen tussentijds willen wijzigen, of bij de aannemers die de werken uitvoeren. Aan een aantal factoren kan echter wel worden gesleuteld zoals een vereenvoudiging en een grotere uniformiteit van de procedure, alsook een betere opvolging van dossiers.

Om hieraan zoveel mogelijk tegemoet te komen, werd een 'projectgroep investeringen' samengesteld bestaande uit vertegenwoordigers van alle betrokken functionele diensten van de Administraties van Gezin en Maatschappelijk Welzijn, van Gezondheidszorg, van Overheidsopdrachten, Gebouwen en Gesubsidieerde Infrastructuur en van de Algemene Administratieve Diensten van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

De bedoeling is te komen tot :

- * een ontwerp van decreet inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden ;
- * een uitvoeringsbesluit dat alle bepalingen omvat die gemeenschappelijk zijn voor alle sectoren ;
- * uitvoeringsbesluiten per sector die de sector-specifieke aspecten regelen.

De uitgangspunten voor het nieuwe investeringsbeleid zijn : responsabilisering, transparantie, vereenvoudiging, beheersbaarheid en gewaarborgde afhandeling.

Een nieuwe decretale basis is gewenst ter vervanging van de bestaande organieke wetgeving en decreten (bejaardenvoorzieningen).

In vergelijking met de bestaande regeling voor de ziekenhuizen, vastgelegd in het KB dd. 3/11/1969 gewijzigd bij het MB dd. 18/10/1971 worden volgende wijzigingen voorgesteld :

- 1 op de eerste plaats wordt het toepassingsgebied uitgebreid tot alle initiatieven in de persoonsgebonden aangelegenheden. Daarom wordt gedacht aan de naam 'Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden' of VIPA.

In concreto betekent dit dat niet alleen alle tegemoetkomingen van het Fonds voor de Bouw van de Ziekenhuizen en Medisch-Sociale Instellingen onder toepassing vallen van dit decreet maar ook investeringstoelagen voor kinderdagverblijven en de gezondheidscentra.

De uitbreiding tot de totaliteit van de persoonsgebonden aangelegenheden laat toe de subsidiëring van de infrastructuur op een uniforme wijze te regelen voor alle sectoren ;

2. er wordt een nieuw begrippenkader gedefinieerd. De uniforme definities zijn noodzakelijk om in elke sector op een identieke wijze de procedure toe te passen en aldus de rechtszekerheid te verhogen voor de beneficianten ;
3. het voorgestelde afhandelingsmodel komt schematisch hierop neer :

De toelagebelofte vormt de eerste stap. Het behelst de goedkeuring van een masterplan waarin de globaliteit van de bouwwerken wordt voorgesteld en de geplande fasering in de uitvoering. De toelagebelofte houdt het engagement van de overheid in dat deze infrastructuur onder de gestelde voorwaarden zal gesubsidieerd worden.

De toelagebelofte is de samenvoeging van de principiële belofte en de goedkeuring van het voorontwerp. Een toelagebelofte kan een nieuwbouw betreffen, uitbreidings- of verbouwingswerken of medische uitrusting. Elke toelagebelofte wordt gevolgd door ten hoogste 4 toelagebeslissingen omdat bouw-, uitbreidings- of verbouwingsdossiers opgesplitst worden in ten hoogste 4 pakketten.

De daarop volgende stap in de procedure is de toelagebeslissing. Dit is de formele vastlegging van de totaliteit of van 1 van de 4 pakketten die met de toelagebelofte verbonden zijn.

Deze 4 pakketten omvatten respectievelijk alle loten van ruwbouw (1), de technieken (2), afwerking (3) en de medische of andere uitrusting (4). Op vraag en onder bepaalde voorwaarden wordt de waarborg verleent voor het saldo.

Er is dus geen opsplitsing meer in een oneindig aantal loten. Dit betekent wel dat er per dossier grotere bedragen worden vastgelegd. Binnen de grenzen van een constante begroting betekent dit dat minder instellingen kunnen worden afgehandeld per jaar. Doch eens een toelagebeslissing genomen is, zullen de bouwwerken sneller kunnen vorderen en niet meer vertraagd worden door een lotsgewijze beslissing tot vastlegging.

Tot slot volgt de uitbetaling van de toelage.

Elke toelagebeslissing geeft aanleiding tot drie uitbetalingsmomenten :

- * bij de aanvang van de werken ;
- * als de werken dusdanig gevorderd zijn dat een belangrijk deel van de gesubsidieerde kostprijs is uitgevoerd en
- * bij voorlopige en/of eindafrekening.

Deze methode wordt reeds in gelijkaardige bouw dossiers gehanteerd. Het is de bedoeling overbruggingskredieten te vermijden bij de initiatiefnemers door een gunstig evenwicht tussen

voorfinanciering en controle op de uitgevoerde werken, gekoppeld aan de nieuwe waarborgregeling.

De vermindering van het aantal procedurestappen en de juridische waarde die gehecht wordt aan de toelagebelofte vormen de belangrijkste pluspunten van het nieuwe ontwerp van decreet ;

4. daarnaast wordt voorgesteld een vaste investeringstoelage in te voeren. Dit is een forfaitair bedrag gerelateerd aan de soort voorziening en de capaciteit.

De toepassing hiervan moet nog getoetst worden aan de federale basisregelen.

Bij nieuwbouw wordt deze formule voorgesteld voor alle sectoren.

Voor verbouwingswerken wordt een maximale investeringstoelage van 75 % van de kostprijs voor nieuwbouw voorgesteld.

Voor uitbreidingswerken kan een vaste investeringstoelage in alle sectoren gehanteerd worden, behalve voor de ziekenhuizen. Voor deze sector worden uit de administratieve praktijk gegroeide parameters voorgesteld die verwijzen naar een vast bedrag per vierkante meter gekoppeld aan een maximale oppervlakte.

De berekening van de omvang van de vaste investeringstoelage per sector vergt een onderzoek ten gronde op basis van opgedane ervaring en een betrouwbare simulatie van de effecten van het nieuwe systeem.

In het verlengde van het voorstel om te werken met vaste investeringstoelagen blijft de verplichte toepassing van de wet op de overheidsopdrachten ter discussie staan.

Omtrent deze modaliteit zijn er twee standpunten :

één stelling is dat deze wet niet noodzakelijk van toepassing moet zijn op dit systeem ; de andere stelling is dat de toepassing van de wet wel noodzakelijk is, er discriminatie ontstaat tussen initiatiefnemers uit de openbare of privé-sector.

Tot daar de belangrijkste wijzigingen die dit voorstel bevatten in vergelijking met de bestaande situatie.

Deze voorstellen zullen in een ontwerp decreet en bijhorende sectoriële uitvoeringsbesluiten worden uitgewerkt.

In de hand houden van principiële akkoorden i.f.v. investeringsvolume

De volgende jaren zijn grote uitgaven te verwachten voor :

Psychiatrische Verzorgingstehuizen of PVT :

* nieuwbouw voor een 1000-tal definitieve PVT-bedden ;

* bij komende herconditioneringen ;

Rust- en verzorgingstehuizen of R.V.T. :

* aanpassingswerken ;

Algemene en Universitaire ziekenhuizen :

* werken in uitvoering en nieuwe projecten ;

Psychiatrische ziekenhuizen :

* werken in uitvoering en nieuwe projecten in het kader van de reconversieplannen ;

Tot op heden werden principiële akkoorden verleend waarvan de uitgaven op 7,5 miljard fr. geraamd worden voor algemene en universitaire ziekenhuizen en op 2,6 miljard fr. voor psychiatrische ziekenhuizen.

Het is een prioritaire bekommernis om de aangegeven principiële akkoorden en vaste beloften zo vlot mogelijk uit te voeren. Het verlenen van nieuwe principiële akkoorden dient zeer selectief te gebeuren in functie van het beschikbare investeringsvolume. Indien een toelagebelofte verleend wordt (om de nieuwe term reeds te gebruiken) moet immers een snelle subsidiëring van de verschillende pakketten gewaarborgd kunnen worden.

Een geloofwaardig beleid, grotere rechtszekerheid en een vlotte service is de vraag vanwege de instellingen. Zij zijn immers niet gebaat met principiële beloftes die later bij gebrek aan beschikbare kredieten niet kunnen hard gemaakt worden.

Selectiviteit in toewijzing op basis van vooropgestelde criteria

Met het oog op een grotere doorzichtigheid van het beleid werd een lijst opgesteld met objectieve criteria, die als leidraad dienen bij de keuze van goed te keuren ontwerpen en vastleggingen.

Deze codes worden toegekend door een gemengde commissie bij de vrijgave van een trimesteriële schijf investeringskredieten. In deze commissie zeten ambtenaren :

* van de administratie overheidsopdrachten, gebouwen en gesubsidieerde infrastructuur ;

* van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (stafdiensten en functioneel bevoegde administratie) ;

* van het kabinet.

De tot nu toe gehanteerde criteria zijn de volgende :

	Code
1 brandveiligheid	1
2 werken in uitvoering	2
3 dringende werken ten gevolge van toepassing erkenningsnormen die kwaliteit van verzorging bevorderen	3

	Code
4 eindafrekening, meerwerken	4
5 herconditionering	5
6 nieuw project/regionale spreiding	6
7 zware medische apparatuur	7
8 andere redenen of niet dringende werken	8

In functie van de beschikbare kredieten worden dossiers goedgekeurd te beginnen met code 1 en volgende tot zover de kredieten reiken.

Bouwkalender

De Gemeenschappen en de Federale Overheid slooten in 1989 een protocol af waarin de bedragen overeengekomen werden die de Federale Overheid bereid is op te nemen in de ligdagprijs van de ziekenhuizen van 1989 tot en met 1995. Hierdoor kunnen de ziekenhuizen het niet door de gemeenschap gesubsidieerde aandeel (doorgaans 40 %) van hun investeringen afschrijven. Tot dan toe bestond er geen rem en volgde de Federale Overheid (Volksgezondheid + RIZIV) het investeringsritme van de Gemeenschappen. Om budgettaire redenen wil de Federale Regering deze uitgaven in de hand houden. Voor de Vlaamse Gemeenschap is een jaarlijkse enveloppe van 59 miljoen fr. voorzien waarvan 5 miljoen fr. voor werken die betrekking hebben op psychiatrische ziekenhuizen die bedden desaffacteren (1).

Bij de bepaling van de bedragen op basis van historische gegevens werd echter slechts in beperkte mate rekening gehouden met de grote investeringsuitgaven waartoe de Federale Overheid de ziekenhuizen en de Gemeenschappen verplicht in het kader van de fusies, de erkenning van diensten voor zware medische apparatuur en de reconversie van de psychiatrie.

Indien de overeengekomen enveloppes overschreden worden door de Gemeenschappen, worden de betrokken ziekenhuizen gesanctioneerd door het niet aanvaarden van de afschrijving van de investeringsuitgaven in hun ligdagprijs. Aan de Administratie Gezondheidszorg en de Technische Diensten van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap is de opdracht gegeven te evalueren in welke mate de bouwkalender overeenstemt met het huidige subsidiëeringsniveau van de Vlaamse Gemeenschap. Wegens de hoge druk op de investeringen zijn de machtigingen voor het Vlaams Fonds voor de Bouw van Ziekenhuizen in 1991, dus na de onderhandelingen met de Federale Overheid, nog verhoogd met 1,2 miljard fr.

(1) De globale jaarlijkse enveloppe voor alle Gemeenschappen bedraagt 96 miljoen fr. + 7 miljoen fr. voor psychiatrische ziekenhuizen.

De gesprekken met de federale overheid moeten tijdig worden aangeknoopt zodat in onderling overleg een aanpassing en/of afschaffing van de bouwkalender kan worden bekomen zodat de Gemeenschappen eigen accenten kunnen leggen in hun gezondheidsbeleid.

2. THUISVERZORGING

Coördinatie van de thuisverzorging

De zorgbehoevende patiënt wenst veelal zo lang mogelijk in zijn eigen thuisomgeving te blijven, omringd door de passende zorgen. Het gaat in hoofdzaak om bejaarden, maar uiteraard behoren ook kinderen, traumapatiënten en naar de toekomst toe ook patiënten die wegens de kortere verblijfsduur in de algemene ziekenhuizen vlugger naar huis mogen, tot de doelgroep.

Het Besluit van de Executieve dd. 21/12/1990 inzake de coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging, is een belangrijke positieve impuls voor het realiseren van een gecoördineerd optreden van alle zorgaanbieders in de thuisgezondheidszorg en, zelfs verder, voor de thuiszorg in het algemeen.

Deze beleidsoptie zal verder aangemoedigd en gerealiseerd worden, hierbij geadviseerd door de nieuw opgerichte Hoge Raad voor Thuisverzorging, waarin een breed gamma van organisaties zijn vertegenwoordigd. Het is daarbij duidelijk dat het in eerste instantie de verantwoordelijkheid is van de actoren in het veld zelf om de samenwerking en de kwaliteit van de zorgverstrekking te realiseren in respect voor de waardigheid en de vrije keuze van de patiënten. Dat de noodzaak tot samenwerking op het lokaal vlak als een noodzaak gevoeld wordt, getuigt het grote aantal aanvragen tot erkenning als samenwerkingsinitiatief. Momenteel zijn er reeds een zestigtal erkend.

In de thuiszorg moeten de professionele zorgverstrekkers complementair en ondersteunend optreden t.a.v. de mantelzorg, het thuismilieu en het vrijwilligerswerk. De zorgbemiddelaar speelt een essentiële rol in het samenspel, door de patiënt en zijn familie, waar nodig, door te verwijzen naar de meest geschikte professionele hulp, en hen in te lichten over de bestaande voorzieningen, hulpmiddelen en tegemoetkomingen. Voor de zwaar zorgbehoevende personen kan bovendien de opvolging en blijvende onderlinge communicatie tussen de hulpverleners, patiënt en familie gerealiseerd worden door middel van het zorgenplan waarvoor de erkende samenwerkingsinitiatieven een bijkomende subsidie ontvangen.

De taakomschrijving en de organisatorische inbedding van de zorgbemiddelaar is niet dezelfde in alle samenwerkingsinitiatieven. Na een zekere opstartfase zal deze functie geëvalueerd worden. Op dat ogenblik zal beslist worden of de overheid moet bijsturen en zo ja, in welke richting.

Ook de gehanteerde zorgbehoefteschaal zal naar zijn effectiviteit worden beoordeeld en verfijnd

worden ondermeer ten aanzien van dementerende personen actiegericht onderzoek zal als leidraad dienen. Ook hier moet éénduidigheid met de federale overheid worden nagestreefd.

Ondersteuning van de thuisverzorging

De maatschappelijke evolutie inzake de rol van het kerngezin, de groeiende anonimiteit van sociale contacten en het buitenhuis werken van de vrouw doen een groeiende behoefte ontstaan aan professionele ondersteuning.

Naast de ambulante voorzieningen zoals de diensten voor gezins- en bejaardenhulp, poetshulp en maaltijdenbedeling, is er vraag naar semi-residentiële opvangmogelijkheden :

- * nachtopvang : veel hulpbehoevenden vragen ook s' nachts zorgen hetgeen uitermate zwaar is voor de omgeving ;
- * dagopvangcentra en oppasdiensten : tijdens weekends, vakanties, allerlei kortstondige en onvermijdelijke afwezigheden, moet de thuiswerker kunnen beroep doen op een georganiseerde service.

De ervaringen met de dagverzorgingscentra in de bejaardensector, systemen van personenalarm, ed. kunnen daarbij nuttig zijn.

Daarbij moet ook samengewerkt worden met de residentiële sector (rusthuizen, serviceflats, enz..) in een bekommernis om de zelfstandigheid, participatie en zelfredzaamheid van de zorgbehoevende zo lang mogelijk te stimuleren.

Thuisverzorging is slechts vol te houden indien er beroep kan worden gedaan op een thuisverzorger(s). Dit is meestal een centrale figuur die op vrijwillige basis en onbezoldigd de eindverantwoordelijkheid voor de zorg op zich neemt. Hierrond ontwikkelt zich meestal een losser netwerk van mantelzorgers die voor beperkte tijd of specifieke deeltaken, voornamelijk gezelschapsfunctie, een deel van de thuiszorg op zich nemen. De inzet van deze mensen is belangeloos. Doch ze mogen van deze inzet geen negatieve gevolgen ondervinden inzake inkomenssituatie, loopbaanontwikkeling, sociale contacten, fiscale maatregelen, flexibele normen van loopbaanonderbreking, vorming, mogelijkheden tot tijdelijke ontlasting van de zorg moeten de thuisverzorger ondersteunen. Zij vragen bovenal een erkenning voor hun inzet. Zij verdienen evenwel meer dan dat. Daarom zal er worden gezocht naar formules die de thuisverzorger een zeker statuut kan verlenen.

Financiering van de thuisverzorging

Het is niet alleen de opdracht van de overheid de nodige organisatorische en kwalitatieve impulsen te geven, maar ook financiële middelen ter beschikking te stellen die de patiënt en zijn gezin toelaten de bijkomende kost daarvan te dragen.

Globaal gezien is de overheidskost voor een licht tot matig zorgbehoevende persoon in thuiszorg trouwens lager dan de kosten voor dezelfde persoon in intramurale voorzieningen.

Het RIZIV-forfait dat aan verpleegkundigen terugbetaald wordt voor de thuisverzorging van zware zorgbehoevende patiënt moet dan ook toelaten dat verpleegkundigen via de dagelijkse deskundige hulpverlening de taak van familieleden verlichten en ondersteunen.

Teneinde het geheel aan meeruitgaven, verbonden aan verzorging van een zieke, gehandicapte of dementerende persoon, te kunnen dekken, moet er eerder gestreefd worden naar een globaal zorgforfait.

Ter financiering van deze uitgaven die deels de prestatiegerichte vergoedingen zouden kunnen vervangen, wordt op federaal niveau gedacht aan een afhankelijkheidsverzekering (zie verder). Daar tegenover moeten uiteraard kwaliteitsvolle voorzieningen geplaatst worden waarop de patiënt en zijn familie beroep kunnen doen en waarvoor zij hun zorgforfait kunnen aanwenden.

De toewijzing van het zorgforfait zou het best gekoppeld worden aan een zorgbehoeftegraadsschaal. De schaal die momenteel door het RIZIV wordt gehanteerd in het kader van de thuisverzorging dient meer dan nu het geval is, rekening te houden met de psychische problematiek en de thuissituatie van zieke en gehandicapte kinderen. Er dient een harmonisatie nagestreefd te worden met de criteria die door de Vlaamse Gemeenschap worden gehanteerd bij de subsidiëring van de zorgenplannen en die nu reeds met deze globale probleemsituering rekening houdt.

3. PALLIATIEVE ZORG

Palliatieve verzorging moet een grondrecht worden voor ieder mens. Dit is het recht om zijn levenseinde op zo'n kwaliteitsvolle mogelijke wijze te beleven in een omgeving die de patiënt zelf kiest.

In deze visie moet de dood niet als een eindpunt worden gezien maar als een fase in het leven.

Het afscheid nemen van het leven kan een mooie diepgaande ervaring zijn als mensen elkaar, op dat ultieme ogenblik echt „ontmoeten”. Ontmoeten kan evenwel maar als beide partners hiervoor openstaan. Na de eerste schok, het bewust worden van de fatale waarheid dat genezen niet meer kan, komt de woede en het verzet. Het onder ogen zien dat men volledig afhankelijk wordt van hulp van anderen kan tot depressieve toestanden leiden, apathie, zich willen opsluiten. Pas in de fase van de aanvaarding komt de patiënt tot rust en kan hij zich openstellen voor nieuwe waarden in deze levensfase. Op dat ogenblik kan palliatieve zorg een hulp zijn.

Wie helpt de patiënt immers met deze gevoelens omgaan ? Ook de familie en vrienden moeten het verwerken. Evenzeer moeten medici en verplegers leren omgaan met een zieke, of beter gezegd een

„mens” waarvoor de geneeskunde niet veel meer te bieden heeft. Het vergt niet alleen een goede psychologische bagage, maar ook het leren oog hebben voor het geheel van de zorgen waarmee de patiënt te maken heeft. Allerlei ongemakken, angst, verwardheid en pijn zijn reëel voor de terminale patiënt.

Hier ligt een heel nieuw domein voor de geneeskunde. Niet het hardnekkig therapeutisch behandelen, doch het zoeken naar middelen om kwaliteit van het leven zo hoog mogelijk te houden en de symptomen van de kwaal onder controle te brengen. Het is heel belangrijk dat de patiënt zolang mogelijk zelf betrokken wordt bij de keuze van de zorg. Het is tenslotte zijn leven. Palliatieve zorg is geen zorgverstrekking in de klassieke betekenis. Het beoogt het comfort van een patiënt zo hoog mogelijk te houden met respect voor de betrokkene en aandacht voor de familie.

Het is hoopvol vast te stellen dat overal te lande, en bij verschillende beroepsgroepen „palliatieve zorg” steeds meer aandacht krijgt. Het is een uiting van het feit dat men op zoek is naar meer informatie, dat men kennis en vaardigheden wil ontwikkelen om hiermee om te gaan.

Een echte opleiding hiertoe bestaat vooralsnog niet en in de curricula van medische of paramedische opleiding heeft de palliatieve zorg nog geen vaste plaats gekregen. Experimenteren mag op dit gevoelig domein niet. Oppervlakkigheid baat evenmin. Initiatieven tot vorming en opleiding palliatieve zorg verdienen steun en aanmoediging. Een zekere coördinatie is op dit vlak wenselijk om deskundigheid te bevorderen en te bewaken. Het aanbod moet professioneel onderbouwd worden en gemoduleerd naar verschillende doelgroepen (artsen, verpleegkundigen, hulpverleners, familieleden, . ..).

In dit kader ondersteun ik reeds **vormingsinitiatieven**.

Opleiding is een belangrijk facet in de uitbouw van de palliatieve zorg. Er moet evenwel ook aandacht worden besteed aan aspecten van opvang en begeleiding zowel van de patiënt als van zijn omgeving. Ik wil hier geen uitspraak doen of dit het beste georganiseerd wordt binnen een **ziekenhuisstructuur** of in het thuismilieu. Het is de terminale patiënt en zijn familie die hierover zelf moeten kunnen beslissen. De taak van de overheid is ervoor te zorgen dat de direct betrokkenen deze keuze kunnen maken en dat de opvang in welk milieu ook, in goede omstandigheden gebeurt.

Er bestaat tot op heden noch op federaal noch op gemeenschapsniveau een specifieke reglementering en subsidiëring omtrent palliatieve zorgen. Het RIZIV ondersteunt een beperkt aantal experimenten. Het is in elk geval positief dat in het nieuw federale plan omtrent de geneeskundige verzorging tengevolge van de veroudering van de bevolking wordt aangekondigd dat de mogelijkheid zal worden onderzocht om een bijzonder zorgforfait in te voeren voor terminale patiënten.

Dit moet worden uitgevoerd en worden aangevuld met een verzekering van een gewaarborgd minimum maandinkomen voor personen die voor een palliatieve patiënt de zorgverantwoordelijkheid willen opnemen. Er moet bij de federale overheid eveneens worden gepleit om residentiële palliatieve eenheden voldoende te subsidiëren voor patiënten die niet of niet langer in een thuismilieu kunnen opgevangen worden. Voor deze eenheden moeten minimale kwalitatieve normen worden opgesteld die de geest van een totale zorg en comfortbevordering respecteren. Naast pijnbestrijding vormt psyche-sociale ondersteuning van patiënten en omgeving in een huiselijk kader een belangrijke opdracht. Deze kleine residentiële eenheden moeten zowel in een algemeen ziekenhuis, een V-dienst als in een rustoord met bijkomende RVT-erkenning, kunnen tot stand komen.

Ook palliatieve zorg in het thuismilieu moet worden aangemoedigd. Specifieke palliatieve zorgverlening is een aanvullend aanbod ten overstaan van de reeds bestaande ambulante voorzieningen in het kader van de „bijstand van personen”.

De centra voor maatschappelijk werk, de centra voor levens- en gezinsvragen, Tele-onthaal, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de diensten voor **gezins-** en bejaardenhulp, poetshulp, de teams voor thuisverpleging, zijn zoveel voorzieningen die de terminale patiënt en zijn familie kunnen helpen om problemen op te lossen op het vlak van psychische verwerking, relatie, het financiële door de hoge medische uitgaven en wegvallen of vermindering van het gezinsinkomen, het verzorgen en bestrijden van pijn, het huishoudelijk werk.. . Uiteraard heeft de huisarts ook een belangrijke centrale rol te vervullen.

Het opvangen van een terminale patiënt is zo ingrijpend in het leven dat hulp van buitenuit echt nodig kan zijn. Het mag uiteraard niet worden opgedrongen. Professionele hulp moet wel beschikbaar zijn op het ogenblik dat betrokkenen er beroep op doen. Deze moet snel en zeer flexibel kunnen worden ingezet om zo goed mogelijk op de concrete hulpvraag van de patiënt en zijn familie te kunnen inspelen. Deze vraag is meestal slechts nodig voor een zeer korte duur. Terminale zorg in een thuissituatie vereist daarom een gecoördineerde aanpak van de extramurale hulpverlening. De samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg vormen hiervoor een ideaal platform.

Dankzij deze professionele inbreng moet alle aandacht kunnen gaan naar het zich wel-bevinden van de patiënt. Familieleden moeten hiervoor zoveel mogelijk tijd beschikbaar kunnen maken. De andere taken moeten tijdelijk door derden kunnen worden overgenomen. Voor zij die alleenstaande zijn, moeten oplossingen worden gezocht door het tijdelijk uitbouwen van een netwerk met professionelen en vrijwilligers zodat stervensbegeleiding ook thuis kan indien dit de uitdrukkelijke wil is van de zieke. De zorgbemiddelaars uit de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg of specifieke ambulante teams voor palliatieve zorg moeten dit netwerk helpen organiseren. Het vrijwilligerswerk dat decretaal zal worden geregeld, kan op dit domein ook een be-

langrijke inbreng hebben. Vrijwilligers moeten hiervoor uiteraard worden opgeleid.

4. DEMENTEN

Momenteel wordt het aantal dementen dat in instellingen verblijft, geschat op ongeveer 17.000 op een totaal aantal dementen van 45.000 à 60.000 in Vlaanderen (Studie CBGS – L. VANDEN BOER). Er zouden in het jaar 2020 tussen 67.000 à 87.000 dementen zijn.

Indien ongeveer de helft van deze dementen in instellingen zou verblijven, zouden er 30 à 40.000 bedden in de rustoord-RVT-sector moeten ingericht zijn voor de opvang van dementen. Dementen kunnen ook nog in de psychiatrische inrichtingen, de PVT's en de V-bedden verblijven – en voor korte duur in de G-bedden.

De grote vraag is of het wenselijk is categoriale instellingen te voorzien voor dementen (d.w.z. waar alleen dementen verblijven), ofwel of het beter is in de diverse instellingen zoals rustoord en rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en in beschut wonen opvangmogelijkheid te voorzien voor dementen ?

Het is wenselijk dat er enkele categoriale instellingen bestaan, maar rekening houdende met het feit dat een groot aantal valide bejaarden en verzorgingsbehoevenden pas na hun opname dement worden, is het logisch dat in alle instellingen maatregelen moeten worden getroffen om een percentage dementen te kunnen verzorgen. Maximale continuïteit van zorg voor het woon- en leefmilieu is geboden voor deze bevolkingsgroep.

Om die reden werd bij besluit van de Vlaamse Executieve van 19/12/1990 het programmacijfer van de rustoorden opgetrokken van 4 % naar 5 % , zijnde 1 % voor bejaarde dementen d.w.z. 11.306 bedden specifiek voor dementen.

Gezien de lange wachtlijsten, vooral bij tehuizen die ernstig werk maken van de opvang van dementerenden, zal de uitbreiding van een woongelegenheid per 100 bejaarden bij voorrang worden voorbehouden voor de opvang van matig tot ernstig dementerenden. Om deze personen de nodige verzorging te kunnen bieden, zouden de betrokken instellingen een bijkomende erkenning als RVT moeten bekomen. Er zullen stimuli worden gegeven voor het personeel dat intensieve vormingsprogramma's volgt. Door het aanleren van de juiste attitudes en aangepaste vaardigheden moet de kwaliteit van de zorgverlening toenemen.

In realiteit verblijft het merendeel der dementen in een thuissituatie. Het zorgend aanwezig zijn voor dementen is voor de thuisverzorgers een zware opgave. De zorgbemiddelaar kan hier een positieve inbreng doen. Voor deze groep is het belangrijk dat professionele hulpverleners ter beschikking staan en het hulpaanbod gecoördineerd verloopt en afgestemd is op de reële noden. Ook vrijwilligers kunnen ingeschakeld worden.

Zowel voor de thuissituatie als in het rusthuis en rust- en verzorgingstehuis is het belangrijk dat : de begeleiding van de dementerende is afgestemd op zijn typische beleavingswereld en plaatsvindt in een aangename woon- en leefomgeving.

5. DE CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Kenmerken van de centra voor geestelijke gezondheidszorg

Er zijn momenteel 84 centra voor Geestelijke Gezondheidszorg over het hele Vlaamse land verspreid. Volgens de programmatienorm (1 per 50.000 inwoners) kunnen er nog een paar tientallen bij komen (maximum 120).

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (C. G. G.) zijn gespecialiseerde voorzieningen waarin hoog opgeleide deskundigen in organisatorisch multidisciplinair teamverband een extramuraal zorgaanbod formuleren voor personen met alleen of voornamelijk geestelijke gezondheidsproblemen.

De C.G.G. hebben een echte multidisciplinaire equipe, waarin verschillende disciplines, eventueel met verschillend therapeutisch referentiekader, reëel en volwaardig aanwezig zijn én in team werken.

Er komen in de C. G.G. zowel patiënten die relatieproblemen hebben als slachtoffers van misdrijven..., of personen met sociale problemen. Maar hun problematiek is van die aard dat specialistische hulp op gebied van geestelijke gezondheidszorg nodig is. Er komen ook zwaargestoorde psychiatrische patiënten die voor of na hun hospitalisatie worden geholpen. De centra hebben dus een typische en volwaardige tweedelijnswerking voor een brede waaier van problemen.

De C.G.G. zijn ingeschakeld in een regionaal netwerk van personen en instanties die zich met gezondheidszorg bezig houden, niet alleen op de nulde en de eerste lijn, maar ook met privé-specialisten, poli-klinieken en ziekenhuizen, dus op de tweede en de derde lijn. De C.G.G. zijn ingeschakeld in de samenwerkingsverbanden rond Beschut Wonen en in de regionale overlegplatform en van psychiatrische instellingen en diensten. Zij kunnen ingeschakeld zijn in de samenwerkingsinitiatieven voor Thuisverzorging. Meerbepaald naar de nulde en de eerste lijn toe kunnen de Centra een ondersteunende rol spelen bij de begeleiding van de werking op deze lijn of kunnen zij tegelijk de behandeling overnemen. Zij staan niet tussen de anderen op de eerste lijn te werken, maar op een ander échelon.

Naast het therapeutisch werken hebben de Centra ook een belangrijke preventieve taak. Vanuit hun centrale positie in de geestelijke gezondheidszorg en dankzij tal van contacten met sleutelfiguren in het onderwijs, met politie en rijkswacht, met huisartsen en andere instanties op de eerste lijn zijn

zij goed geplaatst om preventieve acties te organiseren en coördineren. Daarnaast wordt er door de Centra ook belangrijk werk geleverd bij de preventie van opnames door hun zorg voor chronische patiënten.

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg worden forfaitair betaald in functie van het erkende en subsidieerbaar gestelde team en zijn aldus niet strict prestatiegebonden. De omvang van het team neemt in de jaren toe in functie van specifieke aandachtspunten die zij in hun werking willen opnemen. Zo beschikken de grotere centra over een volwaardige kinder- en volwassenequipe.

Door hun multidisciplinair optreden en hun regionale inbedding onderscheiden ze zich van de zelfstandige werkende therapeuten. Aangezien de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg een door de overheid gesubsidiëerde sector is, behoort het tot hun opdracht bij de aanvragen tot hulpverlening voorrang te geven aan de sociale economisch meest zwakke groepen.

Binnen deze wezenlijke kenmerken moeten de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg hun taak beter leren omschrijven en hun dynamiek putten.

Nieuwe oriëntaties

Als men vroeger wil opsporen en behandelen en een groter aantal personen dat psychische zorgen nodig heeft, wil bereiken, dan zal dit moeten gebeuren door personen of instanties in de onmiddellijke omgeving van de patiënt. Deze vroegtijdige aanpak kan het lijden beperken en verkorten en ertoe bijdragen dat problemen minder frequent op een hoger echelon in de geestelijke gezondheidszorg moeten behandeld worden. Hiertoe zullen huisartsen en hulpverleners uit de gezondheids- en welzijnssector, maar ook de sleutelfiguren die beroepshalve met andere mensen in contact komen zoals leerkrachten, politie.. moeten gesensibiliseerd en ondersteund worden.

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg zijn met hun multidisciplinair equipewerk, hun forfaitair betaalde hulpverlening en hun regionale setting goed geplaatst om samen met de nulde en eerste lijn een preventieve functie in een regio uit te bouwen. Hierbij dienen de centra het overleg te plannen en met hun deskundigheid te ondersteunen. Huisartsen en hulpverleners uit de eerste lijn zullen hun taak nog beter kunnen vervullen indien ze voor bepaalde aspecten beroep kunnen doen op ondersteunende diagnosestelling en technieken tot behandeling vanwege de Centra. Het doel is te voorkomen dat personen te snel in de psychiatrie terechtkomen. Dit is de voorzorgfunctie van de Centra. De Centra zullen tot een zekere omvang moeten kunnen groeien teneinde deze opdracht naar behoren te kunnen vervullen naast hun psychotherapeutisch werk. Beleidsmatig moet aldus geopteerd worden voor beter uitgebouwde centra eerder dan voor het erkennen van teveel nieuwe kleine centra.

Wegens het weldoende effect van een normale omgeving op het functioneren van een persoon, moet de hospitalisatie beperkt worden tot het echt nodige. De extramurale hulpverlening zal dan wel mede moeten instaan voor de globale benadering van zwaarder gestoorde of weinig gemotiveerde patiënten. Tot deze globale aanpak behoren de psychotherapeutische behandeling maar ook crisisinterventie, aanleren van sociale vaardigheden, begeleiden bij wonen en werken, begeleiden van familie.

In de plaats van alles mooi in hokjes af te bakenen, zal er voortaan meer in termen van verantwoordelijkheden t.o.v. bepaalde doelgroepen of probleemcategorieën moeten gewerkt worden. Zo zou een psychiatrisch ziekenhuis niet enkel begaan mogen zijn met biologische en psychiatrische aspecten en zou de nazorg niet als een restopdracht mogen toegewezen worden aan de centra. Bij de zorg om chronische psychiatrische patiënten is de opname in een instelling een noodzakelijke tussenfase voor een behandeling die er moet op gericht zijn de betrokkene zoveel als mogelijk te integreren in de maatschappij. Bij deze behandeling zijn de centra met hun ambulant karakter een onmisbare partner. Hierbij vervullen de Centra een nazorg-functie.

De verantwoordelijkheid t.o.v. bepaalde doelgroepen moet in een regionale context worden overgenomen.

In de toekomst zal meer dan nu het geval is, aandacht moeten worden gegeven aan chronische patiënten. Formules voor Beschut Wonen moeten voor sommige onder hen aangevuld worden met aangepaste dagactiviteiten. Zo ook moet er de zorg zijn om probleemgezinnen. Complexe situaties zullen multidisciplinair worden aangepakt. De centra zullen ook ondersteunend optreden t.o.v. andere diensten die ook met deze probleemsituaties geconfronteerd worden zoals vertrouwensartsencentra, Kind en Gezin, schoolgezondheidszorg.

In de nabije toekomst zullen de centra ook specialistische hulp aanbieden aan dementerende bejaarden en hun omgeving. Hierbij zal een inpassing in de doelstellingen van de thuiszorg nodig zijn. De centra kunnen trouwens reeds deel uitmaken van de samenwerkingsinitiatieven in de thuisverzorging. De centra kunnen eveneens een waardevolle ondersteuning geven aan rusthuizen en RVT-diensten die met deze problematiek worden geconfronteerd.

In de mate etnische en culturele achtergronden bij bepaalde personen leiden tot zware integratieproblemen en aanleiding geven tot ernstige psychopathologie moet hiervoor een gepaste specialistische hulpverlening worden geboden. Om inzicht te krijgen in de leefwereld van de migranten en het vertrouwen van deze groep te bekomen, moet samen worden gewerkt met integratiecentra en migrantenorganisaties.

Ook aan de problematiek van de verslaafdenzorg mag niet worden voorbijgegaan. Er zal moeten worden nagegaan op welke wijze de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg specialistische hulp

kunnen bieden al of niet in combinatie met residentiële opvang. Bepaalde therapeutische gemeenschappen kunnen onder supervisie van een specialistische voorziening in het sociaal integratieproces van de verslaafden worden ingezet.

Op al deze domeinen is een preventieve aanpak uitermate belangrijk. De aandacht voor kinderen en vrouwen moet in alle Centra aan bod komen gezien het relatief belang voor deze groepen in de bevolking.

De betekenis van zorgcoördinatie en -verantwoordelijkheid of het intensief samenwerken van verschillende disciplines rond bepaalde thema's moet nog verder onderzocht worden. Samenwerking kan met verschillende intensiteiten en volgens verschillende modaliteiten of vormen verlopen. Er zal niet alleen moeten worden samengewerkt tussen diensten en instellingen. Ook met vrij gevestigde psychiaters, therapeuten en andere zorgverstrekkers moet gerichte communicatie worden georganiseerd.

Dit alles vergt, hoe dan ook, een actiever optreden van de centra en een leren beheersen van de wachtlijsten. Dit kan maar indien de centra erin slagen tot een zekere interne specialisatie te komen waarbij teamleden voor bepaalde opdrachten vrijgesteld worden. Gezien de vooralsnog beperkte omvang der centra zal er een regionale specialisatie moeten tot stand komen. De regionale samenwerkingsverbanden zijn een ideaal platform om tot afsprakenregelingen te komen tussen diensten onderling en met de instellingen. Het goed onderling doorverwijzen is hierbij belangrijk. Voorafgaandelijk dienen elkaars wensen, mogelijkheden en beperkingen kenbaar gemaakt te worden.

Zorgcoördinatie roept uiteraard ook vragen op naar gelijkwaardige statuten en honorering van de hulp- en zorgverleners die met dezelfde opdrachten belast zijn.

6. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN, PVT, BESCHUT WONEN

Evaluatie van de reconversie

De sector van de intramurale geestelijke gezondheidszorg wordt op dit ogenblik grondig geherstructureerd, in toepassing van de reconversiebesluiten van 10 juli 1990. Deze operatie is doorgevoerd in moeilijke omstandigheden ingevolge de ingewikkelde en gedetailleerde reglementering en de korte implementatietermijnen die waren vooropgesteld door de federale overheid.

Het ogenblik is gekomen om een eerste evaluatie te maken. De opdracht is hiertoe gegeven aan de Administratie Gezondheidszorg en aan de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en andere verzorgingsvormen.

De resultaten van de reconversie dienen getoetst te worden aan de vooropgestelde doelstellingen. Deze zijn :

- * gestabiliseerde patiënten een betere opvang bieden in alternatieve structuren zoals Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) en Beschut Wonen (BW), beter geïntegreerd in het maatschappelijk leven om zo mogelijk terug een normaal leven te leiden ;
- * een meer intensieve medische en verpleegkundige verzorging in psychiatrische ziekenhuizen, mogelijk gemaakt door een betere personeelsomkadering ;
- * instrumenten aanbieden om in de geestelijke gezondheidszorg te komen tot een betere integratie en coördinatie van diensten.

Er moet evenwel ook de nodige aandacht worden besteed aan de financiële leefbaarheid van de psychiatrische ziekenhuizen. De indruk bestaat nu reeds dat in deze sector meer en meer instellingen onder financiële druk komen te staan. Het laattijdig uitbetalen van de P.V.T.-forfaits en de quotumverminderingen belasten het budget. Er moet nochtans – net zoals in de somatische sector – ruimte overblijven voor nieuwe initiatieven en investeringen in het belang van een voortdurende verbetering van de psychiatrische zorg.

De nieuwe P.V.T.-instellingen moeten een eigen identiteit en opzet realiseren. Kleinschaligheid en lokalisatie buiten de campus van de psychiatrische ziekenhuizen moeten de isolatie van de gestabiliseerde psychiatrische patiënt doorbreken. Op dit vlak zullen er door de Vlaamse Gemeenschap belangrijke financiële inspanningen gedaan worden om de aangepaste infrastructuur te subsidiëren, vooral voor de definitieve PVT's. De instellingen zullen geïnformeerd worden over de toegepaste principes en procedure tot goedkeuren van bouw-dossiers en subsidiëring.

De initiatieven Beschut Wonen (BW) hebben in de nieuwe reglementering een duidelijke plaats gekregen in het spectrum van de geestelijke gezondheidszorg. De extramurale en de intramurale sector hebben de taak om deze voorzieningen samen vorm te geven. Het is één van de kansen om deze voorzieningen nader tot elkaar te brengen, waar dit nodig is voor een optimale integratie van de psychiatrische patiënt in de maatschappij.

Een betere geografische spreiding van de plaatsen beschut wonen moet gerealiseerd worden : de ongelijke geografische spreiding van de verschillende ziekenhuizen veroorzaakt ook ongelijkheden in de sector beschut wonen. Ik wil dan ook een beroep doen op de diverse betrokkenen om hiervoor aandacht te hebben : het belang van de instellingen zelf moet daarbij ondergeschikt zijn aan het belang van de patiënten. Nieuwe afspraken zullen moeten gemaakt worden om tegelijk met een betere spreiding ook een goede teambegeleiding mogelijk te maken.

In elke provincie van Vlaanderen hebben alle geestelijke gezondheidsvoorzieningen zich in een overlegplatform gegroepeerd. Dit schept nieuwe kansen om te komen tot een betere integratie van diensten, samenwerking, optimale doorverwijzing

van patiënten en tot een georganiseerde aanpak van specifieke problemen zoals drugverslaving, kinderveerkracht, gedwongen opname, crisisinterventie, enz.

De samenwerking zal concrete vruchten moeten afwerpen door een betere wederzijdse kennis van het aanbod van therapieën en de doelgroep waar men zich tot richt. Ook een ruime blik naar betrokkenheid met andere, niet in het overleg vertegenwoordigde hulpverleners en verenigingen, moeten de resultaten van de werking verbeteren. Overlegplatforms zullen gestimuleerd worden om patiëntenorganisaties, huisartsen en psychiaters mee te betrekken bij het uitstippelen van de werking en het tot stand brengen van nieuwe initiatieven.

De programmatiecriteria voor de diensten neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling (A), de diensten neuro-psychiatrie voor behandeling (T) en de diensten neuro-psychiatrie voor kinderen (K) dienen te worden geëvalueerd in het licht van de nieuw genomen opties. Ook de psychiatrische diensten in de algemene ziekenhuizen moeten bij deze evaluatie betrokken worden : wat is de eigenheid van de PAAZ-diensten, hoe moet de samenwerking met psychiatrische ziekenhuizen gezien worden ? Quid met de liaison-psychiatrie in de algemene ziekenhuizen en de psychische begeleiding van zwaar somatische zieke patiënten ?

De partiële hospitalisatie – en dan vooral de dag-hospitalisatie – is de laatste jaren uitgegroeid als een waardevol alternatief in de psychiatrische zorgverlening en zelfs als een essentiële functie in een psychiatrisch ziekenhuis.

Daarmee sluit België aan bij een internationaal onderkend streven naar desinstitutionalisatie. Er is reeds afdoende bewezen dat de meeste patiënten met ernstige psychiatrische problemen op een succesvolle wijze behandeld kunnen worden in partiële hospitalisatie. Partiële hospitalisatie valt voor de overheid in principe financieel voordelig uit. Resocialisatie en reïntegratie zijn bij partiële hospitalisatievormen gemakkelijker te realiseren.

Veranderingen in zorgsystemen zijn zeer geleidelijke evolutieprocessen : waar de partiële hospitalisatie nu een nieuwe impuls zal krijgen door het creëren van alternatieve opvangmogelijkheden buiten het ziekenhuis, nl. door het ontstaan van plaatsen Beschut Wonen, is het niet aangewezen deze evolutie tegen te werken door beperkende financieringsregels in te voeren.

Een voldoende uitbouw van de daghospitalisatie kan trouwens het succes van de initiatieven Beschut Wonen bevorderen, en op deze wijze de nagestreefde daling van de bezetting in de volledige hospitalisatiediensten helpen realiseren en consolideren.

Daarbij moet daghospitalisatie zo veel mogelijk gezien worden als een tussenstadium in een groei naar beter en zelfstandiger functioneren. M.a.w. daghospitalisatie in combinatie met opvang in het eigen milieu, mag geen nieuw institutionalisatiesyndroom in leven roepen.

De reconversie die nog volop aan de gang is moet nu in alle aspecten worden uitgevoerd en beoordeeld. Nieuwe wetgevende initiatieven op korte termijn die deze reconversie zouden wijzigen of ombuigen, moeten zo veel mogelijk vermeden worden. Dit is m.a.w. een pleidooi voor een rustige implementatie- en evaluatieperiode.

Rechten van de psychiatrische patiënt

De Geestelijke Gezondheidszorg staat ook voor andere uitdagingen. De toepassing van de nieuwe wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke (26-61990) stoot nog op talrijke concrete problemen.

De nieuwe wet heeft de opname juridisch met meer waarborgen omringd zodat het minder stigmatiserend is voor de betrokkene en zijn omgeving. Dit is een positieve kentering.

Het openbaar ministerie, bevoegd voor beslissingen in het kader van de spoedprocedure, vindt in sommige regio's maar, met veel moeite, een open plaats in tot opnames gemachtigde instellingen. De spoedprocedure via het Openbaar Ministerie die de wetgever had bedoeld als de uitzondering, is in realiteit veelal de regel geworden. De personeelsomkadering en de architectuur moeten ook aangepast worden aan de verzwaarde bewakingsopdracht en veiligheidsverantwoordelijkheid van directie, artsen en personeel. Hiermee zal in de mate van het mogelijke rekening gehouden worden bij de toekenning van bouw- en verbouwingssubsidies.

De inspectiedienst van de administratie gezondheidszorg heeft ook een controletaak voor de juiste toepassing van de voorgeschreven procedures : de administratie zal deze problemen inventariseren en in gesprek met alle betrokkenen oplossingen voorstellen.

Via de nog goed te keuren huishoudelijke reglementen zal getracht worden optimaal aandacht in te bouwen voor de informatie aan en rechten van de patiënt en zijn familie, en de rechtszekerheid voor directie en artsen. De projecten omtrent de uitbouw van een ombudsdienst voor psychiatrische patiënten en een ombudsdienst voor familieleden van patiënten, zullen moeten richtingen aangeven waarin dergelijke functie het best kan worden georganiseerd.

Specifieke probleemgroep : SGA-patiënten

Ik wens bijzondere aandacht te besteden aan de problematiek van de sterk gestoorde en agressieve patiënten. Sinds enkele jaren reeds wordt het gebrek aan geschikte opvangmogelijkheden voor deze kleine maar belangrijke patiëntengroep door de sector aangeklaagd. Belangrijk inderdaad, omdat de aanwezigheid van een sterk gestoorde en agressieve patiënt in een open of gesloten dienst vaak een zware hypotheek legt op de werkdruk van het personeel en op de levensvoorwaarden van de andere patiënten.

Daarom zal er bij de federale overheid aangedrongen worden op korte termijn bijkomende geldmiddelen vrij te maken om – in een eerste stadium – enkele experimentele diensten op te starten. Zoals steeds zullen zowel de verpleegdagprijs (met een gepast personeelskader) als de bouwsubsidiering deze experimenten moeten mogelijk maken. Ervaringen in het buitenland (o.a. Nederland) zullen als informatiebron voor het beleid terzake worden gebruikt. Deze experimenten moeten dan op langere termijn leiden tot een definitieve oplossing. Samenwerking met Justitie is onmisbaar.

Het uitvaardigen van basisregels behoort toe aan de federale overheid. De Gemeenschappen kunnen echter een reële inbreng in het beleid hebben : zij beschikken immers over een enorm kennispotentieel door hun rechtstreeks contact met de instellingen. De ervaring op het veld zelf moet een essentieel element zijn waarmee men rekening houdt bij het uitstippelen van een beleid, dat ook, en vooral, op middellange en lange termijn een visie moet inhouden.

7. ERKENNINGS- EN PROGRAMMATIE-NORMEN VOOR ZIEKENHUIZEN

Voorlopig niet erkennen van zwaar medische technische diensten voor nierdialyse en hartcatheterisatie

Op 23 april 1992 werd door de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en andere vormen van medische verzorging en begeleiding, kortweg VAZA, een algemeen advies uitgebracht m.b.t. de evaluatie van de erkenningsnormen der nierdialysediensten als zwaar medischtechnische diensten.

Het advies kwam tot stand met de medewerking en de instemming van alle leden van de VAZA en bovendien van de Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie. De standpunten die in dit advies naar voor werden geschoven genieten derhalve de steun van zowel experts uit het Vlaamse landsgedeelte, als van de vertegenwoordigers uit de gezondheidssector.

Uit het onderzoek van de Commissie blijkt dat er momenteel geen behoefte is aan bijkomende hemodialysediensten in de Vlaamse Gemeenschap. De Commissie vreest zelfs een kwaliteitsvermindering inzake de behandeling van nierinsufficiënte patiënten op korte termijn bij verdere toename van kleine hemodialysediensten.

Een dergelijke evolutie kan gevolgen teweegbrengen die tegengesteld zijn aan de algemene doelstelling van erkenningsnormen die een adequate en kwaliteitsgeneeskunde beogen.

Ingevolge dit onderzoek heb ik een omzendbrief goedgekeurd (16/11/1992) waarin het volgende vermeld wordt :

Wat de aanvragen voor zwaar medisch-technische diensten voor nierdialyse betreft, die nog niet zijn erkend, wordt momenteel geen goedkeuring van

nieuwe erkenningen, noch van centra voor chronische dialyse in de ziekenhuizen, noch van diensten voor collectieve autodialyse, ambulante peritoneale dialyse of thuisdialyse gegeven.

Dit advies is ter kennis gebracht van de federaal bevoegde instanties met het verzoek een nieuwe aangepaste regeling voor de toekomst te willen uitwerken en tot zolang een algemeen moratorium te willen handhaven. In afwachting van de beslissing hieromtrent door de federale Minister van Sociale Zaken, zullen terzake geen beslissingen worden genomen.

Verder wordt aan de federale overheid voorgesteld :

- * de globale werking van de hemodialysediensten op regelmatige wijze te evalueren aan de hand van een inventarisatie van de relevante gegevens, zoals in het advies van de VAZA gebruikt ;
- * nieuwe voorstellen i.v.m. de erkenningsnormen daaruit af te leiden. Het streven moet zijn zowel de levenskwaliteit van de nierpatiënt te verhogen als de afstemming van de kwaliteit van de werking op de financiële beheersbaarheid te optimaliseren.

Een tweede punt dat aangehaald wordt in de omzendbrief, is de erkenning voor zwaar Medisch-Technische diensten voor hartcatheterisatie.

Er werd reeds herhaaldelijk gesignaleerd door de VAZA dat door het ontstaan van te veel diensten voor hartcatheterisatie en hartchirurgie, de kwaliteit van de geleverde prestaties zou kunnen in het gedrang komen. De huidige reglementering zou niet leiden tot een gepast aantal kwalitatieve diensten inzake hartcatheterisatie. Na een reeds uitgebracht algemeen advies met betrekking tot de fasering in de besluitvorming en algemene evaluatie der normen voor hartcatheterisatiediensten, dd. 20/2/1992, verzocht de Vlaamse Minister voor Gezondheidsinstellingen de VAZA een studie uit te voeren teneinde een alternatieve reglementering voor de toekomst te kunnen voorstellen.

De resultaten van deze studie zullen ter sprake gebracht worden bij de bevoegde federale overheid.

In afwachting van de nieuwe voorstellen, zullen in principe geen nieuwe erkenningen meer worden verleend.

Rust- en verzorgingsbedden

Het ontstaan van rust- en verzorgingsbedden werd mogelijk gemaakt in juli 1982, tegelijkertijd met het instellen van het moratorium voor ziekenhuisbedden. Het ontstaan van RVT-bedden werd aldus gekoppeld aan de afbouw van ziekenhuisbedden.

De normen voor de bijzondere erkenning van rust- en verzorgingstehuizen werden vastgesteld bij het KB van 2 december 1982 (BS 7/2/1982).

Het rust- en verzorgingstehuis is bestemd voor verzorgingsbehoevende personen die zijn aangetast door een aandoening met een langdurig karakter.

Het programmacijfer van RVT-bedden werd bepaald in het KB dd. 2 december 1982 (BS 7/12/1982).

Dit cijfer is voorlopig vastgesteld op 2 bedden per 1.000 inwoners, d.w.z. 11.538 RVT-bedden voor de Vlaamse Gemeenschap (11.973 erkend op 31/12/1991).

Dit programmacijfer werd vastgesteld in functie van een vooropgesteld streefcijfer m.b.t. de afbouw van bestaande en erkende ziekenhuisbedden, de compensatie van deze afbouw met oprichting van rust- en verzorgingstehuisbedden en de totale Belgische bevolking.

Er werd algemeen aanvaard dat dit cijfer te laag zou zijn, maar dit programmatiecriterium werd gezien als de eerste fase van de uitbouw van de rust- en verzorgingstehuizen. De programmering werd uitgedrukt in functie van de totale bevolking naar analogie met de ziekenhuisdiensten.

Een groot aantal bejaarden in de rustoorden zonder RVT-erkenning of met onvoldoende RVT-bedden komt reeds in aanmerking voor een opname in een RVT-bed.

De behoefte aan RVT-bedden zal toenemen, gelet op de veroudering van de bevolking en de toename van het aantal verzorgingsbehoevenden. De noodzaak dringt zich derhalve op de programmatie van de RVT-bedden op een meer adequate wijze uit te drukken.

1. Er wordt voorgesteld het programmacijfer voor de RVT-bedden uit te drukken in een percentage van het aantal bejaarden (ouder dan 60 jaar), naar analogie met het programmacijfer van de rustoordbedden.

Indien het huidige programmacijfer (2‰ van de totale bevolking), wordt omgezet naar een percentage van bejaarden geeft dit een programmacijfer van 1,14 bedden per 100 bejaarden.

2. Aangezien een steeds groter aantal verzorgingsbehoevenden de populatie van de rusthuizen gaat vormen, wordt geopteerd voor de correlatie van het programmacijfer van de RVT-bedden aan het aantal rusthuisbedden. Op basis van de vermelde bevindingen wordt voorgesteld dat 75 % van de rusthuisbedden een RVT-erkenning zouden verkrijgen (of 3 % van de bejaardenbevolking).

Dit zou voor het jaar 2000 een aanbod van 38.000 RVT-bedden betekenen (nu ruim 11.500) of een verdrievoudiging van de huidige programmatienorm.

Een raming van het Centrum voor Gezins- en Bevolkingsstudies omtrent de behoefte aan rustoord/RVT-bedden voor het jaar 2020 leverde naargelang verschillende scenario's cijfers op van 38.346 tot 140.769 bedden (Ouderen straks – L. VANDEN

BOER, 1992). De meest realistische cijfers schommelen tussen 65.000 en 70.000. Dit cijfer ligt wellicht nog iets te hoog.

De programmatie van de RVT-bedden moet ook bekeken worden, in samenhang met de uitbouw van andere bejaardenvoorzieningen, zoals de rustoorden, de serviceflatgebouwen, de woningcomplexen met dienstverlening en met de uitbouw van de thuisgezondheidszorg.

Nog vrij valide rustoordbewoners zullen in de toekomst eerder terechtkomen in serviceflats, waarvan er nu nog maar 736 zijn erkend op een totaal van 22.616 geprogrammeerde (= 3,25 % van de programmatie) plaatsen.

Voor de steeds groter wordende groep van hoogbejaarden en zwaar zorgenbehoevenden is er evenwel behoefte aan een verzorgingstehuis. De optrekking van het programmatiecijfer van 2 tot 4 RVT-bedden per 1.000 inwoners lijkt mij een noodzakelijke en realistische eis t.a.v. de federale overheid.

Een totaal andere optie zou kunnen zijn de erkenning van RVT-bedden volledig af te schaffen, en alle „RVT-gerechtigden” in alle rustoordbedden éénzelfde zorgforfait toe te kennen. Dit zou een logische doortrekking zijn van het huidige financieerbeleid van het RIZIV. In de conventie is vooropgesteld dat het „ROB”-forfait en het „RVT”-forfait meer en meer naar elkaar toegroeien.

Er zal nog verder moeten onderzocht worden of het zowel vanuit organisatorisch oogpunt als vanuit het standpunt van de patiënt beter is de RVT-gerechtigden samen te brengen in diensten, al of niet in grotere of kleinere eenheden.

Dan blijft nog de vraag wat met de ziekenhuis-RVT's moet gebeuren. Mijn voorkeur gaat uit naar het onderbrengen van RVT-patiënten in rustoorden omwille van het residentiële karakter van deze instellingen. In het ziekenhuis bestaat een grotere kans tot overmedicaliseren. De RVT's in ziekenhuizen zouden in dat geval best omgeschakeld kunnen worden tot V-bedden. Het huidig aantal RVT-zikenhuisbedden mag in geen geval nog toenemen.

De relatie tussen afbouw van ziekenhuisbedden en oprichting van RVT-bedden zou aldus moeten wegvallen. Hierover moet onderhandeld worden met de federale overheid.

Daghospitalisatie

Het dagziekenhuis is een ziekenhuisafdeling die, ruimtelijk en functioneel, deel uitmaakt van het ziekenhuis door hetwelk het geëxploiteerd wordt, en waar, dank zij een geëigende structuur en organisatie, zonder dat de patiënt in het ziekenhuis moet overnachten, geplande medisch-specialistische verstrekkings worden uitgevoerd in het pluridisciplinair kader waarvan sprake in art. 1, § 2, van de ziekenhuiswet. Deze verstrekkings kunnen behoren tot het domein van de geneeskunde, de heelkunde en de verloskunde en kunnen preventieve, diagnostische, therapeutische en/of reeva-

lidatieactiviteiten omvatten. Zij hebben dit gemeenschappelijk dat zij, wegens de intense verpleegkundige omkadering, zonder een geëigende structuur en organisatie, een ziekenhuisverblijf met minstens één overnachting zouden noodzakelijk maken.

Na een experimentele fase is een definitieve regeling en duidelijke financiering wenselijk.

De Nationale Raad voor Ziekenhuizen heeft reeds een advies uitgebracht omtrent het ontwerp besluit tot erkenning en subsidiëring van diensten voor daghospitalisatie op basis van de ervaringen die men opgedaan heeft in de experimentele fase (met RIZIV conventies).

Met de hierin algemeen geformuleerde principes kan akkoord gegaan worden in de mate dat het daghospitaal als een ziekenhuisafdeling wordt beschouwd die werkelijk geïntegreerd is in het acute ziekenhuis. Dit is zowel organisatorisch als architectonisch.

Deze stelling wordt ingenomen uit zorg voor de veiligheid van de patiënt. Op deze manier kan ook efficiënt gebruik worden gemaakt van de medisch-technische voorzieningen van het acute ziekenhuis en kan een wildgroei van nieuwe kleine losstaande dagziekenhuizen worden voorkomen.

Een onderscheid dient hier te worden gemaakt met de polykliniek, die binnen of buiten een ziekenhuis kan worden gesitueerd en ook vrij is naar exploitatie toe.

Binnen de muren van het acute ziekenhuis dient het daghospitaal wel een herkenbare en aanwijsbare entiteit te vormen.

Behoud van beperkt aantal V-bedden voor chronisch zieke patiënten

Er moet ernstig werk worden gemaakt van een ziekenhuisdienst die instaat voor continue verpleging en behandeling van langdurig somatische zieken. Daarmee worden bedoeld patiënten die niet thuishoren in acute diensten van algemene ziekenhuizen en evenmin in een RVT- of rusthuis omdat zij nood hebben aan medisch-specialistische ziekenhuisgeneeskunde en de verzorging van een uitgebreid multidisciplinair team.

In Vlaanderen tellen we 3.634 V-, VP- en VR-bedden. Sinds de opgelegde reconversiepolitiek in de tachtiger jaren, zijn er 1.664 bedden afgebouwd of 31,4 %.

1. Een deel van de V-bedden in de dienst voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen moet blijven bestaan.

Een deel kan gereconverteerd worden naar :

- * G-bedden in geriatrie diensten voor zware en onstabiele patiënten en acute, kortdurende zorg ;

- * RVT-bedden voor stabiele en chronische patiënten. De klemtoon moet liggen op de verzorgingsfunctie minder op medisch toezicht ;
- * „S”-bedden voor specialistische revalidatiezorg.

Patiënten die gedurende een korte periode geëvalueerd moeten worden (bvb. na operatie, . . .) kunnen in hersteloorden worden opgevangen.

2. De V-bedden zouden best gelokaliseerd worden :

- * deels geïntegreerd met de C-D-G-afdelingen (+ 1,8 % van acute bedden voor preterminale en terminale patiënten, met daarnaast een zeker percentage voor revalidatiepatiënten, die niet tot de chronische groep behoren ;
- * deels in V-diensten, die liefst aansluiten bij een algemeen ziekenhuis. Indien de V-dienst niet aansluit aan een algemeen ziekenhuis, dan moeten ze in een instelling met maximum 75 bedden worden gelokaliseerd.

Over het aantal te behouden V-bedden wens ik momenteel geen uitspraak te doen. Omtrent heel deze operatie zal ik overleg plegen met de federale overheid.

3. De V-patiënten kunnen bejaard zijn of niet bejaard. Ze worden opgenomen voor niet-acute zorg, waarbij continu een medische, verpleegkundige en paramedische zorg vereist is, soms gespecialiseerd, en voor een lange periode.

In elk geval zal ik bij de federale overheid pleiten dat het onevenwicht tussen de persoonlijke bijdrage van een patiënt naargelang zijn opname in een V- of RVT-bed (+ 12.000 fr. versus + 35.000 fr.) moet weggewerkt worden.

Aangepaste normen en programmatie voor S-diensten

Volgens het KB dd 8/12/1986 (m.b.t. S-diensten andere dan S-thermalisme) werd het aantal S-bedden geblokkeerd op het aantal op 1/12/1986 bestaande en erkende bedden (dienst voor Specialiteiten).

Op 31/12/1991 waren er in België nog 965 S-bedden erkend, waarvan 626 in Vlaanderen, 172 in Brussel en 167 in Wallonië.

De S-diensten hebben tot opdracht patiënten te verzorgen van wie de gezondheidstoestand door behandeling nog voor verbetering vatbaar is of van wie de gezondheidstoestand nog niet gestabiliseerd is waardoor medisch toezicht nog vereist is. Doch te vaak worden mensen met een reeds gestabiliseerde aandoening en met enkel nood aan onderhoudstherapie opgenomen. Ook missen de huidige S-diensten vaak het verwachte multidisciplinaire karakter dat nodig is voor het samenspel van diagnose en evaluatie behandeling, verzorging, verpleging, functionele en sociale revalidatie op een intensief niveau.

Op 12 maart 1992 werd door de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen een advies uitgebracht met betrekking tot een ontwerp-KB over nieuwe erkenningsnormen en toekomstige programmatie van S-diensten.

Er zouden Sp-diensten kunnen ontstaan (gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie van patiënten met cardiopulmonaire, neurologische en locomotorische aandoeningen) door desaffectatie van bestaande bedden in S-diensten, en in als duidig functionerende V- en H-diensten en andere ziekenhuisdiensten, die als Sp functioneren.

Een deel van de V-bedden zou dus effectief omgezet kunnen worden naar Sp-bedden voor de patiënten die langdurige revalidatie nodig hebben. Een gelijklopende herstructurering van S- en V-diensten zou een einde moeten maken aan de heterogene behuizing van deze instellingen.

Volgens hogervermeld ontwerp-KB zouden er voor de toekomst in België 1.331 Sp-bedden kunnen geprogrammeerd worden uit S, V en H ; daarin werd reeds rekening gehouden met de reconversie van sommige H-bedden (32 H naar 32 S-neurologie in de MS kliniek in Melsbroek), sommige V-bedden (90 V naar 90 S-neurologie in de MS kliniek in Overpelt) en sommige D-bedden (60 D naar 60 S-cardiopneumologie in La Gleize, instituut medico-provinciaal).

Het fixeren op bestaande toestand is niet wenselijk. De eerste erkenningen dienen te gebeuren op basis van de activiteitenprofielen in bestaande S-bedden en alle andere ziekenhuisdiensten die hieraan beantwoorden.

Buiten de door de federale minister aangeduide diensten zijn er nog andere V-instellingen in Vlaanderen waarvoor een reconversie naar Sp-bedden wenselijk zou zijn. Er zal dus behoefte zijn aan meer dan 1.331 S-bedden (uit S, V of H). De Sp-diensten hebben als taak revalidatie in functie van reïntegratie. Dit zijn brede begrippen en moeten ook zo kunnen worden ingevuld. De beperking tot cardiopulmonaire, neurologische en orthopedische aandoeningen is daarom niet wenselijk.

Fusie en groepering van ziekenhuizen

Een aantal moeilijkheden m.b.t. fusies en ziekenhuisgroeperingen werden reeds gemeld bij de publicatie van het KB dd. 8/12/1986 betreffende de aanvullende erkenningsnormen voor ziekenhuizen en de bijzondere normen voor ziekenhuisgroeperingen (BS 12/12/1986) : in hoofdstuk III van dit besluit is het begrip ziekenhuisgroepering omschreven en zijn bepalingen tot erkenning van de groeperingen opgenomen. Het begrip fusies van ziekenhuizen daarentegen is alleen vermeld in het Verslag aan de Koning bij dit besluit, alsook een paar summierse aanwijzingen waaraan de fusieziekenhuizen moeten beantwoorden. Deze elementen zijn – met uitzondering van de integratie op één campus – in het besluit zelf niet opgenomen.

Dit besluit heeft intussen geleid tot de erkenning van fusies en groeperingen in Vlaanderen. Wat de

erkende fusies betreft wordt vastgesteld dat de omschrijving van het fusie-begrip en de bijzondere normen waaraan fusies moeten beantwoorden zoals bepaald in het KB dd. 31/5/1989 (BS 5/7/1989) post factum werden uitgevaardigd.

De volgende overwegingen kunnen bij de toepassing van dit besluit worden gemaakt :

Wanneer in de fusie een ziekenhuis wordt opgenomen dat als afzonderlijke entiteit niet aan de erkenningsnormen van het KB dd. 30/1/1989 kan voldoen, stellen zich de volgende mogelijkheden :

- * ofwel wordt via schaalvergroting een daadwerkelijke rationalisatie bereikt zowel op financieel-economisch als op medisch-verpleegkundig vlak : in dat geval is de vestiging op één campus een noodzaak, rekening houdende met de reglementaire bepalingen terzake (cfr. afwijking gedurende een periode van 5 jaar) ;
- * ofwel betekent de fusie louter en alleen een reddingsoperatie en wordt er geen rationalisatie bereikt : in dat geval is de vestiging op één campus niet prioritair en kan de sluiting van (een deel van) het project overwogen worden.

Wanneer een fusie een rationalisering inhoudt voor de samenstellende entiteiten die elk op zich aan de erkenningsnormen kunnen beantwoorden, dan is de integratie op één campus geen noodzaak.

Wordt in dit geval de vestiging op één campus toegestaan, dan kan een bijkomende rationalisering opgelegd worden.

De federale overheid zou haar beleidsopties moeten kenbaar maken over het al dan niet handhaven van de vereiste tot vestiging op één campus en de periode waarbinnen dit desgevallende nog moet worden gerealiseerd. Ook andere factoren die remmend kunnen zijn voor fusie, zoals de 10 km-grens, moeten in de nieuwe regelgeving worden geweerd.

Vandaag wordt vastgesteld dat de vereiste bouwwerken tot integratie van de fusieziekenhuizen op één campus in competitie komen met de bouwprojecten van niet-fusionerende ziekenhuizen. Om budgettaire redenen dreigen binnen de vooropgestelde periode van 5 jaar de nieuwe campussen niet alle te kunnen worden gerealiseerd. In het kader van de prioriteiten voor investering, staan bouwprojecten in het kader van de fusies in rangorde na brandveiligheidswerken en afwerking van reeds gestarte bouwwerken.

In afwachting van een nieuwe beslissing van de federale overheid terzake dienen de fusieziekenhuizen maatregelen tot rationalisatie te nemen. Dit betekent dat voor elke campus in zekere mate naar een integratie van diensten moet worden gestreefd en een kostenbesparend effect moet worden bereikt. Hiervoor kunnen beperkte investeringsmiddelen worden aangewend.

Wanneer men deze twee fasen niet onderscheidt en alleen oog heeft voor de uiteindelijke integratie op één campus betekent dit dat de fusieziekenhuizen intussen geen rationalisatie verwezenlijken.

8. KWALITEITSBEWAKING EN STIMULERING

Het werkteerrein van de Vlaamse Gemeenschap op het domein van de zorgverlening omvat tot hiertoe in hoofdzaak de programmering en erkenning van verzorgingsinstellingen alsook het toezicht op en de betoelaging van bouwprojecten.

Ziekenhuizen en andere verzorgingsinstellingen worden momenteel op een overwegend structuraalistische wijze geëvalueerd door toetsing aan architectonische, functionele en organisatorische normen. Deze evaluatiemethode biedt te weinig mogelijkheden om de kwaliteit van het zorgproces en de resultaten ervan te meten.

Het ligt evenwel in mijn bedoeling de werking van de ziekenhuizen verder te optimaliseren door het invoeren van minimale kwaliteitsnormen en van diverse vormen van kwaliteitstoetsing. Met het oog op het aanbrengen van methodologisch goed onderbouwde werkwijzen van kwaliteitstoetsing in verzorgingsinstellingen werd het Vlaams Instituut voor Integrale Kwaliteit in de Zorgverlening in het leven geroepen.

Artikel 15 van de ziekenhuiswet, gecoördineerd op 7 augustus 1987, stelt algemeen dat „de medische activiteit kwalitatief moet getoetst worden ; daartoe moet onder meer voor elke patiënt een medisch dossier worden aangelegd en in het ziekenhuis worden bewaard. Bovendien moeten de nodige organisatorische structuren tot stand worden gebracht om op een systematische wijze te kunnen overgaan tot een toetsing van de medische activiteit in het ziekenhuis”.

Bij gebrek aan een competente begeleidingsinstantie bleef intramurale kwaliteitstoetsing in Vlaanderen tot voor kort beperkt tot enkele vrijblijvende initiatieven. Voor de meeste diensten in een ziekenhuis is kwaliteitstoetsing tot op heden vaak de letter gebleven.

De oprichting van het Vlaams Instituut voor Integrale Kwaliteit in de Zorgverlening was bedoeld om in deze toestand verandering te brengen en de achterstand ten opzichte van onze buurlanden weg te werken. De evaluatie van het proces en van de resultaten van de zorgverlening in de intramurale sector opent bovendien interessante perspectieven voor de overheid. Niet alleen op het vlak van erkenning, maar ook op het vlak van financiering is het een aantrekkelijk idee om af te stappen van een kwantitatieve benadering (aantal bedden in een ziekenhuis, nadien verfijnd met parameters zoals gemiddelde ligduur en bezettingsgraad per dienst om het activiteitsniveau in te schatten) naar een kwalitatieve beoordeling toe op basis van nog te ontwikkelen kwaliteitsindicatoren.

Wat is in feite de kwaliteit van ziekenhuisdienstverlening ?

Het antwoord zal verschillend klinken naargelang de vraag wordt gesteld aan de patiënt, de geneesheer, de verpleger of de inrichtende overheid. De patiënt vraagt uiteraard in de eerste plaats om des-

kundige medische hulp, de „cure” . Toch zal ook de kwaliteit van de „zorgenverstrekking” de „care”, hoog scoren op zijn prioriteitenlijst. Dit is niet verwonderlijk want ze is voor de patiënt meteen meetbaar en belangrijk op een ogenblik dat hij afhankelijk is van hulp van derden voor zijn lichamelijk en hygiënische verzorging.

De geneesheren daarentegen zullen zeker het „cure”-aspect als hoogste waarde betrachten en hierdoor wellicht eerder geneigd zijn minder aandacht te besteden aan het aspect „care”. Dat wil niet zeggen dat de visie van deze beide betrokkenen daarom haaks op elkaar staan. Integendeel, ze overlappen elkaar in grote mate en zijn allebei van cruciaal belang.

De wensen van de patiënt

De patiënt wil graag als een volwaardige mens worden behandeld en niet als een ziekte of een nummer. De definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie over gezondheid geeft trouwens uitdrukking aan die wens : „Gezondheid is de complete toestand van fysisch, psychisch en sociaal welbevinden.”

De patiënt eist terecht respectvolle aandacht voor elk van deze facetten. Dat betekent dat de patiënt in al zijn relaties met het ziekenhuis zo persoonlijk mogelijk begeleid wil worden. Ten eerste door zijn arts, ook al komt de patiënt in contact met een ganse reeks deelspecialiteiten, door zijn verplegende arts en het verplegend personeel ; ongetwijfeld de sleutelfiguren waarmee de patiënt in het ziekenhuis te maken heeft. Toch begint de persoonlijke begeleiding eigenlijk al vanaf de eerste stap in het ziekenhuis, vanaf het onthaal, ja zelfs bij de telefoniste. Wie elke dag in een ziekenhuis werkt en leeft, staat er misschien niet meer zo bij stil, maar de patiënt heeft nood aan geruststelling. Het ziekzijn confronteert de mens immers met zichzelf en met zijn eindigheid. En dat juist in een vreemd milieu waar hij gescheiden is van zijn familie en vrienden ; in een wereld die anders georganiseerd is dan thuis, en waar hij geacht wordt zich te gedragen volgens opgelegde regels.

Bij dat alles hoort ook de nodige duidelijkheid : de afspraken betreffende de behandeling dienen van tevoren gemaakt en correct en stipt nageleefd te worden.

Dit geldt niet alleen voor de duur of ingrijpendheid van de behandeling, maar ook voor de kosten ervan : overzichtelijke en transparante rekeningen zijn een noodzakelijk element in de vertrouwensrelatie met de patiënt. Nog een belangrijk kwaliteitsaspect waaraan de patiënt zeer gehecht is : de keuken en het onderhoud.

Hoe kan nu het ziekenhuis inspelen op al deze wensen van de patiënt ? Met andere woorden : hoe kan het ziekenhuis de kwaliteit van zijn dienstverlening optimaal doen tegemoetkomen aan de behoeften van de gebruiker ? De invalshoeken zijn veelvuldig.

Het spreekt vanzelf dat een aangenaam, verwelkomend kader bijdraagt tot het zich goed voelen. In

nieuwbouw verdient dit zeker ruim aandacht, maar ook in bestaande instellingen kan een klein beetje gezelligheid een groot verschil uitmaken.

Op het organisatorische en functionele vlak is het zeker overal en voor iedereen mogelijk om te werken aan een betere dienstverlening. Dat kan op veel manieren en alle middelen die hiertoe bijdragen zijn ook goed. Zo kan de directie nursing een kwaliteitsbewakingsprogramma betreffende de dienstverlening opstarten.

Hoe tevreden zijn de patiënten ?

Onderzoek naar patiëntensatisfactie, ook eventuele klachtenbrieven of formulieren met bemerkingen vanwege de patiënten, kunnen goede indicatoren zijn om, waar nodig, verbeteringen aan te brengen.

Ook de tevredenheid van het personeel is een factor die de dienstverlening ten goede komt. Werken in een open sfeer waar overleg en inspraak mogelijk zijn, kan rechtstreeks tot kwaliteitsverbetering leiden ; de suggesties die de „terreinmensen” elk vanuit hun werkervaring doen, kunnen immers veel bijdragen tot efficiëntie en klantvriendelijkheid.

Nog een belangrijke schakel vormen de huisartsen. Zijn die tevreden over de wijze waarop de patiënt uit het ziekenhuis ontslagen wordt ; is er voldoende continuïteit en opvang ? Wordt er bij het verlaten van het ziekenhuis bijvoorbeeld een verslag meegegeven ?

Als zo de objectieven zijn vastgelegd kan actie worden gevoerd. Daarbij spelen bijscholing en opleiding van het personeel een belangrijke rol ; zij werken stimulerend op de klantvriendelijkheid en verhogen het professionalisme van de zorgverstrekking. Integrerende verpleging, bevordert een persoonlijke relatie met de patiënt ; door een goed afsprakensysteem in de polykliniek korten de wachttijden in, wat minder stress zowel bij artsen als bij de patiënten met zich brengt.

De drie belangrijkste doelstellingen voor de medici en paramedici zijn doeltreffend, doelmatig en deskundig werk leveren.

Hierop kan eveneens op veel manieren worden ingespeeld :

- * teambespreking tussen de verschillende specialisten ;
- * registratie via het comité voor ziekenhuishygiëne van postoperatieve wondinfecties ;
- * het opzetten binnen een bepaalde beroepsgroep van een registratiesysteem om het eigen functioneren te kunnen toetsen aan dat van anderen. Een mooi voorbeeld hiervan is de vrijwillige registratie opgezet door het Studiecentrum voor perinatale epidemiologie.

Deze opsomming is niet exhaustief, eerder een opsomming van mogelijkheden.

Wat is de taak van de overheid in dit alles ?

De relatie met de overheid moet meer en meer evolueren naar een partnership, waarbij de over-

heid adviserend kan optreden en mee kan zoeken naar oplossingen en middelen, om een zo kwalitatief hoogstaand mogelijke zorgverlening te bewerkstelligen. De taak van de overheid is hierbij vooral te stimuleren en bevorderend toe te zien. Hiervoor dient een wettelijk kader te worden uitgewerkt. Het is duidelijk dat in die optiek de basisverantwoordelijkheid bij de instelling ligt.

Deze aanpak geldt niet alleen voor ziekenhuizen. Integrale kwaliteitszorg dient uiteraard ook te worden bewerkstelligd in andere verzorgingsinstellingen zoals de rust- en verzorgingsinstellingen maar ook in de extramurale hulpverlening zoals de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Voor ieder van hen dient een aangepaste vorm van kwaliteits-toetsing te worden uitgewerkt en de toepassing ervan te worden aangemoedigd.

9. FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN EN TEGEMOETKOMINGEN

Nieuw financieringssysteem

Hoewel de financiering van de verzorgingsinstellingen een federale bevoegdheid is, spreekt de gemeenschap hierover haar bekommernis uit. Een onvoldoende verloning van de opdrachten en kwaliteitseisen die de federale overheid oplegt aan de instellingen, heeft uiteraard een invloed op de functionering van deze voorzieningen. Vanuit haar controlerende bevoegdheid moet de gemeenschap signalen geven aan de federale overheid indien geen kwaliteitsvolle zorg meer kan worden gewaarborgd.

Deficitaire toestanden leiden tot besparingen op het niveau van de instellingen die in de eerste plaats de patiënten en het personeel treffen en op middellange termijn de kwaliteit van de geneeskunde indien onvoldoende kan geïnvesteerd worden in technologie en onderzoek. Daarom, zal de Vlaamse Gemeenschap bij het overleg met de federale overheid aandringen op een ligdagprijs die de kostprijs van verplicht opgelegde normen en activiteiten volledig dekt. Deze werkwijze zal op termijn zelfs kostenbesparend zijn aangezien daardoor de druk voor meer prestatiegerichte vergoedingen zal afnemen (labo, beeldvorming . . .).

Het financieringsmechanisme moet in de nabije toekomst grondig herzien worden. Als principe moet gelden dat alle ziekenhuizen een normatief budget krijgen, gekoppeld aan minimale erkenningsnormen die voldoende kwaliteit en permanentie op de verschillende diensten garandeert. Daar bovenop moet een financiering verleend worden gedifferentieerd in functie van de medische én verpleegkundige activiteiten in het betrokken ziekenhuis. Deze moeten afgestemd worden op reële situaties die gekend zijn op basis van de nu reeds opgelegde registratie van klinische en verpleegkundige gegevens. Een financiering op basis van de werkelijk vervulde ziekenhuisactiviteit kan een belangrijk aspect vormen in het debat over de objectificeerbare en niet-objectificeerbare transfers tussen de Gemeenschappen.

Harmonisering van tegemoetkomingen

Bovendien pleit de Vlaamse Gemeenschap voor een harmonisering van de RIZIV-tegemoetkomingen in functie van de zorgbehoeften van de patiënten. De kwaliteitsvolle zorg voor de patiënt moet het uitgangspunt zijn. Dit is m.a.w. een pleidooi om de discriminaties weg te werken die momenteel bestaan tussen intramurale en extramurale opvang, maar ook nog binnen de soorten diensten. De keuze voor een bepaalde opvangvorm (thuis of intramuraal) mag niet enkel afhankelijk worden gemaakt van de kostprijs voor de dienst. Ook de doorverwijzing van de ene dienst naar de andere mag bij gelijkaardige pathologie niet leiden tot te grote verschillen in het persoonlijk aandeel van de patiënt in de kostprijs. De zorg die een patiënt echt nodig heeft, moet voor hem betaalbaar blijven. De hoge tussenkomst van de overheid in bepaalde diensten (bv. V-dienst) mag geen aanleiding geven tot oneigenlijk gebruik.

Regionale scheeftrekkingen in sociale zekerheid

Mede in de filosofie dat de financiering moet afgestemd worden op de reële aanwijsbare behoeften, stelt zich het probleem van de scheeftrekking in de RIZIV-uitgaven tussen de gemeenschappen. De Vlaamse regering eist in haar regeerprogramma dat de interregionale verschillen die niet te verklaren zijn door objectiveerbare gegevens, op korte termijn moeten weggewerkt worden.

Als objectieve factoren die een invloed kunnen hebben op de uitgaven in de gezondheidszorg, kunnen worden opgenoemd :

- * demografische structuur ;
- * verschillen in gezondheidstoestand en gezondheidsgedrag (hierover bestaan geen nauwkeurige gegevens) ;
- * interprovinciale transfers van patiënten (vooral in Brabant en enkel voor ziekenhuisopname) ;
- * socio-economische factoren (bedienden gaan meer naar de specialist en de tandarts dan arbeiders, werkloosheid leidt tot een toename van de uitgaven voor gezondheidszorgen) ;
- * omgevingsfactoren (kwaliteit van woningen, bevolkingsdichtheid) ;
- * aanbodfactoren (aantal huisartsen, specialisten, ...).

Als niet-objectieve factoren kunnen worden genoemd :

- * verschillend voorschrijfgedrag ;
- * verschillen in interpretatie van terugbetalingsmodaliteiten ;
- * psychologische en culturele factoren ;
- * het aangesloten zijn bij een bepaalde mutualiteit.

De relatieve impact van al deze factoren is moeilijk aan te tonen. Bovendien is enige voorzichtigheid

geboden bij de interpretatie van de begrippen objectief en niet-objectief en gerechtvaardigd en niet-gerechtvaardigd.

Dit toont de noodzaak aan om op korte termijn hieromtrent doelgericht onderzoek te verrichten. Er is dringend behoefte aan een forumdiscussie over de verschillen inzake zorgenverstrekking en financiële stromen zodat de 'gemeenschappelijke middelen' voor gezondheidszorg op een verantwoorde wijze worden besteed en finaal ten goede komen van de patiënt die recht heeft op een kwaliteitsvolle gezondheidszorg.

10. HUISARTSEN

De huisartsen spelen uiteraard een centrale rol in de gezondheidszorg. Zij zullen mee betrokken worden in het uittekenen van het systeem van case management, het dragen van verantwoordelijkheid in het gehele genezingsproces en in het preventief beleid.

De huisartsen hebben dankzij hun laagdrempelige situatie een belangrijke rol in het onderkennen van problemen. Zij moeten vanuit hun opleiding in staat zijn te beoordelen en desgevallend door te verwijzen voor verder diagnosestelling, onderzoek, ingrepen of behandelingen indien nodig. In het concept van de echelonering van de gezondheidszorg zijn zij een onmisbare schakel inzake voorzorg en nazorg t.o.v. de intramurale opvang.

Via hun opleiding zullen zij moeten leren in multidisciplinair verband samenwerken en leren omgaan met specifieke bevolkingsgroepen (bejaarden, migranten, thuislozen, verslaafden, . . .).

De voorstellen van de federale overheid tot beperking van het aantal artsen moeten grondig worden overwogen en mogen niet als enige ratio het beheersen van de uitgaven hebben. Hieromtrent is overleg noodzakelijk met de gemeenschappen.

Indien de beperking beoogd wordt via onderwijs, zijn de gemeenschappen bevoegd en bepalen zij autonoom de wijze waarop dit zal gebeuren. Dit kan leiden tot een verschillende aanpak per gemeenschap. Het zou evenwel onredelijk zijn enkel in te spelen op de beheersing van het aantal opgeleide artsen, indien de federale overheid tegelijk ook geen ingreep zou doen t.o.v. de toelating tot specialisatie (toegang tot beroep).

Uit wetenschappelijke studies blijkt daarenboven dat er geen eenduidig verband bestaat tussen aantal artsen in een regio en de medische consumptie aldaar. Een belangrijke parameter is het voorschrijfgedrag en dit wordt in grote mate beïnvloed door de opleiding. Dit wordt in het debat over de regionale scheeftrekkingen in de RIZIV-uitgaven als een niet-objectiveerbare factor aangeduid.

11. DE VERPLEEGKUNDIGEN EN DE PARAMEDICI

De snelle evoluties in de geneeskunde en de ver-

pleegkunde, de stijgende gezondheidsuitgaven en het nijpend tekort aan verpleegkundigen stellen ons voor de uitdaging om met zeer beperkte middelen niet alleen de continuïteit van de zorgverlening te verzekeren maar tegelijkertijd ook de kwaliteit van de zorgverstrekking te verbeteren.

Bij de herziening van de verpleegkundige en paramedische opleidingen waarvoor de Vlaamse minister van Onderwijs bevoegd is, moet met deze brede achterliggende context rekening gehouden worden.

De verpleegkundige opleidingen hebben duidelijk nood aan herwaardering en een grotere professionalisatie. Naast de kwalitatieve winst die hieruit voortvloeit, zal hierdoor ook de attractiviteit van deze opleidingen toenemen.

Rekening houdend met de ontwikkelingen op het werkveld is het wellicht aangewezen om naast de opleiding op het niveau van het Paramedisch Hoger Onderwijs ook een driejarige verpleegkundige opleiding op het niveau van het Aanvullend Secundair Beroepsonderwijs te handhaven. De huidige opleiding tot ziekenhuisassistent daarentegen moet in vraag gesteld worden. Dit wil niet zeggen dat het beroepsveld geen nood heeft aan verzorgend personeel. Een specifieke opleiding daartoe moet nagestreefd worden. Ook voor de functie van logistieke hulp bestaat tot op heden geen geëigende opleiding.

In ieder van de verpleegkundige en paramedische opleidingen moet een zo groot mogelijke polyvalentie ingebouwd worden. Dit houdt in dat iedere opleiding start met een brede basisvorming, en dat specialisatie in principe naar vervolgoopleidingen wordt verwezen. Voor de opleiding tot verloskundige (gelet op de EG-richtlijnen terzake) en mogelijk ook voor de psychiatrische opleiding zou van dit principe kunnen afgeweken worden.

Deze specialiteiten kunnen in het kader van sociale promotie, zo mogelijk onder de vorm van modulaire navorming, aangeboden worden, zodat zij zowel door studenten als door beroepsbeoefenaars kunnen gevolgd worden. Hierdoor vergroot de integratie tussen opleiding en beroepsbeoefening.

Voor bijscholing en navorming moeten er structuren opgezet worden waarbij opleidingsinstituten en het beroepsveld soepel op elkaar kunnen inspelen.

De inhoudelijke vernieuwing van de verpleegkundige en verzorgende opleidingen zal ongetwijfeld meer aandacht besteden aan planning, organisatie en doelgerichte uitvoering van de verpleegkundige zorgverlening, aan G.V.O. en aan kwaliteitstoetsing. In het verleden was geneeskunde dé basiswetenschap, waarop een verpleegkundige opleiding werd gebouwd. Meer en meer eist verpleegkunde zelf, met inbegrip van sociale wetenschappen, een plaats op. Het systematisch doortrekken van deze visie doorheen de opleiding zal ook van de docenten grote inspanningen vragen. Een herziening van de opleidingen is daarom slechts realistisch als hiervoor uitdrukkelijk middelen voor bijscholing en begeleiding van docenten voorzien worden.

In het kielzog van deze herzieningen moeten ook de stages herwerkt worden. Hiervoor ben ik als minister van Gezondheidsinstellingen mede bevoegd. Voor de verpleegkundige opleidingen is de eerste aanzet hiertoe reeds gegeven. Naar analogie hiermee moeten ook de stages in de paramedische opleidingen herzien worden : maatregelen voor een kwalitatieve verbetering van de stages kunnen ook hier aan een vermindering van het globale stagevolume gekoppeld worden.

De kwaliteit van de stages wordt niet alleen beïnvloed door een doelgerichte keuze van stageoorden maar ook door de wijze waarop de stagiairs er worden begeleid. School en stageoord hebben terzake beide een verantwoordelijkheid, die mogelijk in kwaliteitsnormen kan vertaald worden.

Het creëren van kwalitatieve en attractieve opleidingen, die beantwoorden aan de vragen van het arbeidsveld, en die een wisselwerking tussen opleiding en tewerkstelling bevorderen, is een beleids optie die de gezondheidszorg op middellange termijn opnieuw ademruimte en verse zuurstof kan geven.

12. SPECIAAL ONDERSTANDSFONDS EN SOCIALE ZIEKTEN

Het Speciaal Onderstandsfonds en de Dienst Sociale Ziekten verlenen een tegemoetkoming in de behandlings- en verplegingskosten van patiënten die aan een bepaalde ziekte lijden en die hun domicilie in Vlaanderen hebben.

Het Speciaal Onderstandsfonds richt zich tot tbc-patiënten, kankerpatiënten en tot juli 1992 konden ook gecolloqueerde psychiatrische patiënten een beroep doen op dit fonds.

Bij het vaststellen van de tegemoetkoming wordt rekening gehouden met de financiële draagkracht van de betrokkenen. Hieraan gaat een logge administratieve procedure via O. C.M. W. en Provinciebestuur vooraf.

Het is opvallend dat de criteria die bij het Speciaal Onderstandsfonds gehanteerd worden veel strenger zijn dan bij de Dienst Sociale Ziekten, waar de tegemoetkoming gebaseerd is op het sociaal verslag van de maatschappelijke werker van de administratie.

Indien de wet op het Speciaal Onderstandsfonds niet aangepast wordt aan de nieuwe wet dd. 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, komen enkel nog kankerpatiënten en tbc-patiënten in aanmerking voor een tegemoetkoming. In deze zin is reeds een omzendbrief gericht naar de OCMW's. Het RIZIV is eveneens op de hoogte gesteld van de beslissing die ingaat vanaf juli 1992.

Onder toepassing van de Sociale Ziekten vallen patiënten met congenitale hartafwijking (K.B. 10.04.1952), nierdialysepatiënten (K.B. 29.08.1968), hemofiliepatiënten (K.B. 10.02.1981), beenmerg-

transplantatie (K.B. 17.07.1985), fenylnketonurie- en propionacidemiepatiënten (K.B. 17.07.1985).

De toelage dekt medische kosten die niet door het RIZIV terugbetaald worden (of indien de patiënt niet aangesloten is bij een ziekteverzekering, alle kosten).

Sedert 01.01.1981 werden 4.055 dossiers voor nierpatiënten en 222 dossiers van beenmergtransplantaties behandeld.

Sedert 17.07.1985 worden 68 dossiers van fenylnketonuriepatiënten en werden 222 dossiers van beenmergtransplantaties behandeld.

Bij het bepalen van de tegemoetkoming wordt rekening gehouden met de financiële en sociale toestand van het gezin en met de oplegkosten voor de behandeling. Teneinde de stijgende uitgaven te beheersen zullen richtlijnen worden opgesteld m.b.t. de inkomenssituatie en franchise voor de uitbetaling. De vraag rijst of voor beide tegemoetkomingen geen taak is weggelegd voor het RIZIV of het OCMW.

De versnippering van diensten die om sociale redenen een toelage verlenen voor medische behandelingen, is nog groter dan de hiervoor vermelde instellingen.

Zo kan er buiten het Speciaal Onderstandsfonds en de dienst Sociale Ziekten, onder meer een beroep gedaan worden op het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap, het O.C.M.W., het Fonds voor Beroepsziekten, het Ministerie van Volksgezondheid (nationaal) : Financiën en Onderstandskosten en het Ministerie van Sociale Voorzorg : Dienst Mindervaliden, de speciale tussenkomst in het RIZIV voor dure en speciale behandelingen, ingevoerd door Minister BUSQUIN.

Daarnaast zijn er nog privé-initiatieven die aan patiënten die aan een bepaalde ziekte lijden, hulp verlenen.

Deze versnippering leidt tot een zeer ondoorzichtelijke sociaal-medische wetgeving, wat zeker niet in het belang van de betrokkenen is.

Mijn voorkeur gaat naar éénduidigheid en gelijkwaardige behandeling van de aanvragen door één instantie. Het OCMW lijkt me het meest aangewezen om het niet door het RIZIV gedekte deel der kosten ten laste te nemen. In het kader van een herziening van de organieke wetgeving rond de OCMW's kan hen deze specifieke opdracht met bijhorende middelen worden gegeven (vb. via Bijzonder Fonds voor Maatschappelijk Welzijn).

Ingevolge een recente beslissing van het Overlegcomité Staat/Gemeenschappen zou het principe op basis waarvan de verantwoordelijke gemeenschap wordt bepaald wijzigen. In plaats van het principe van de territorialiteit (woonplaats van aanvrager) dat tot dan toegepast werd door de Vlaamse en Franse Gemeenschap, zal voortaan de plaats van de voorziening bepalend zijn. Concreet betekent dit dat de Vlaamse Gemeenschap de aanvragen tot tussenkomst zal ten laste moeten nemen die wor-

den geformuleerd door voorzieningen gevestigd in het Vlaamse Gewest en door de unicommunautaire instellingen in Brussel-Hoofdstad (VUB-ziekenhuis) ongeacht of de betrokkene nederlands- of franssprekend is of van vreemde nationaliteit. Indien deze beslissing met terugwerkende kracht van toepassing is moeten achterstallige aanvragen van Brusselaars of Walen die in nederlandstalige voorzieningen in Vlaanderen werden verzorgd (o.a. psychiatrie) nog vereffend worden (22,4 miljoen fr.).

De gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in Brussel-Hoofdstad neemt nog enkel de aanvragen ten laste van personen die in tweetalig erkende voorzieningen werden opgenomen en verzorgd.

Een werkgroep ad hoc is belast met het onderzoek naar de gevolgen van deze optie op de regelgeving en de financiële stromen tussen de Gemeenschappen. Na verslaggeving zal het Overlegcomité een definitief standpunt innemen. In afwachting wordt het principe van de territorialiteit gehandhaafd.

13. ADVIESORGANEN

Binnen de sector van de gezondheidsinstellingen zijn drie adviesorganen actief :

- de Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en andere vormen van medische verzorging en begeleiding ;
- het Vlaams comité van Advies voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg ;
- de Gemengde Commissie Rustoorden, Rust- en Verzorgingstehuizen.

Vlaamse Adviescommissie voor Ziekenhuizen en andere vormen van medische verzorging en begeleiding

De VAZA is bevoegd om op eigen initiatief of op verzoek van de bevoegde minister, aanbevelingen te doen in verband met de uitbouw van ziekenhuisinfrastructuur en uitrusting en voor verbeteringen in de ziekenhuissector in het algemeen,

- * adviezen te verstrekken over de prioriteiten bij de programmatie in het algemeen en over elke vraag tot vergunning en voorafgaande toelating ;
- * adviezen uit te brengen over alle problemen inzake werking, erkenning, sluiting van diensten of ziekenhuisfuncties en groeperingen in het algemeen en over elke vraag tot erkenning of sluiting ;
- * aanbevelingen te doen over de uitbouw van RVT en PVT in het algemeen, adviezen te formuleren over de planning en aanvragen tot ingebruikname van plaatsen van beschut wonen.
- * adviezen uit te brengen omtrent alle problemen inzake werking, erkenning of sluiting van PVT's en RVT's in om te schakelen of niet in gebruik

genomen nieuwe gebouwde ziekenhuizen of gedeelten ervan in het algemeen en over elke aanvraag tot erkenning of sluiting of intrekking van de bijzondere erkenning van PVT of van beschut wonen voor psychiatrische patiënten.

- * advies te verstrekken over elke vraag tot erkenning of intrekking van erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

De VAZA is samengesteld uit 24 leden waarvan evenveel deskundigen inzake de problematiek van ziekenhuizen en andere vormen van medische verzorging en begeleiding, vertegenwoordigers van ziekenfondsen, van verenigingen van ziekenhuiswerkers en van inrichtende machten van ziekenhuizen.

Binnen de schoot van de VAZA is een permanente werkgroep psychiatrie opgericht o.m. om de reconversie op dit domein te volgen. Het decreet werd recent om deze redenen aangepast. De Raad werd aangevuld met deskundigen inzake psychiatrische PVT en Beschut Wonen.

Vlaams Comité van Advies voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

Het Vlaams Comité heeft een adviesbevoegdheid omtrent alle kwesties nopens de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Recent werd een specifieke opdracht toegevoegd omtrent de advisering van erkenningsaanvragen voor PVT en Beschut Wonen. Het Vlaams Comité is samengesteld uit 20 leden met vertegenwoordigers van de equipes (6) van de inrichtende machten van de centra (6), van de psychiatrische inrichtingen (2), van de huisartsen (2), van de ziekenfondsen (2) en van de preventieve gezondheidszorg.

In tegenstelling tot de VAZA, geeft het Vlaams Comité geen adviezen omtrent erkenningsaanvragen of uitbreidingen van nieuwe centra.

Aangezien in de besluiten omtrent de reconversie in de psychiatrie de gelijkwaardigheid vooropgesteld wordt tussen psychiatrische instellingen en diensten, verloopt de adviesprocedure omtrent de erkenning van PVT's en Beschut Wonen via twee kanalen met name de VAZA en het Vlaamse Comité. De programmatie en de controle op de gelijkwaardige afbouw worden enkel door de VAZA geadviseerd.

Na een jaar werking moet deze werkwijze geëvalueerd worden en gezocht worden naar een werkbare en eenvoudiger formule waarin de doelstelling van gelijkwaardigheid gerespecteerd wordt, doch de dossierbehandeling niet vertraagd wordt door een te logge adviesstructuur.

Gemengde Commissie rustoorden, RVT

De Gemengde Commissie werd in het leven geroepen om adviezen te verlenen over de erkenning en

werking van RVT's in rustoorden en over de weerslag hiervan op de programmatie van rustoorden. De VAZA verleent advies omtrent de programmatie, zijnde 2 RVT-bedden per 1.000 inwoners en de gelijkwaardige afbouw van ziekenhuisbedden.

De helft van de leden van de Gemengde Commissie wordt voorgedragen door de Vlaamse minister van Welzijn en de andere helft door de Vlaamse minister van Gezondheidsinstellingen.

Het mandaat van de leden van de Commissie is met ingang van 1 januari 1993 voor een beperkte periode verlengd (1 jaar). Er worden vragen gesteld omtrent het voortbestaan van deze Commissie.

De huidige gemengde commissie is te ruim en samengesteld uit individuen die er ten private titel zitten doch verdoken ook bepaalde organisatie of belangengroep vertegenwoordigen.

De Gemengde Commissie heeft in zijn huidige constellatie ook te weinig banden met de beleidsadviesgeving omtrent het bejaardenbeleid in het algemeen. De mogelijke inpassing van de Gemengde Commissie in de op te richten Centrale Welzijnsraad of de te vernieuwen Vlaamse Hoge Raad voor Ouderen moet onderzocht worden.

Een andere denkpiste is de overdracht van de bevoegdheden van de Gemengde Commissie naar de VAZA. Dit kan enkel indien het decreet op de VAZA gewijzigd wordt voor wat haar opdrachten en de samenstelling betreft. De oprichting van een permanente werkgroep RVT binnen de VAZA kan dan pas worden overwogen.

In dat geval zal de VAZA moeten worden uitgebreid met deskundigen inzake rustoord-RVT's. Deze kunnen als volwaardig lid niet worden uitgesloten van de debatten over de ziekenhuissector.

De vraag is of de betrokken vertegenwoordigers van de rustoord RVT's zelf geïnteresseerd zijn aan deze participatie in de VAZA. Tweederde van de RVT's bevinden zich immers in de rustoorden. De enige link met de ziekenhuizen is momenteel de afbouw van bedden.

Indien de federale minister van Sociale Zaken de programmatienorm zou optrekken, (vraag 2 tot 4 K) doch niet meer rechtstreeks zou koppelen aan de afbouw van ziekenhuisbedden, is er helemaal geen reden meer om de adviezen omtrent de erkenning te claimen binnen de VAZA.

Er is een gelijkaardige situatie m.b.t. de PVT's en beschut wonen. De advisering verloopt voor deze voorzieningen via een dubbel spoor : VAZA (werkgroep psychiatrie) en het Vlaams Comité van Advies voor de C.G.G.

CONCLUSIES

Tijdens deze regeerperiode dienen volgende elementen te worden gerealiseerd binnen de schoot van de Vlaamse Regering of dient een actief overleg te worden gepleegd met de federale overheid in

zoverre het nog niet gecommunautariseerde aangelegenheden betreft.

1. INVESTERINGEN

Met het oog op de vereenvoudiging van de goedkeuringsprocedures voor investeringen zal een ontwerp van decreet inzake de infrastructuur voor persoonsgebonden aangelegenheden aan de Vlaamse Raad ter goedkeuring worden voorgelegd.

De uitgangspunten die aan de basis van dit decreet zullen liggen, zijn : responsabilisering, transparantie, vereenvoudiging, beheersbaarheid en gewaarborgde afhandeling.

Ondertussen zal de grote vraag naar investeringskredieten worden beheerst op basis van vooraf opgestelde prioriteiten. Deze zijn brandveiligheid, afwerken van opgestarte bouwwerken, herconditionering, nieuwbouw.

2. THUISVERZORGING

In de thuisverzorging moet de samenwerking tussen professionelen, vrijwilligers en cliënten en de kwaliteitszorg op het locale terrein verder worden aangemoedigd. In dit kader zal het besluit van de Vlaamse Executieve van 21 december 1991 worden geëvalueerd.

Er zal eveneens worden meegewerkt aan de formulering en uitwerking van een statuut voor de thuisverzorger.

3. PALLIATIEVE ZORG

Palliatieve zorg behelst het recht om zijn levenseinde op zo'n kwaliteitsvol mogelijke wijze te beleven in een omgeving die de patiënt zelf kiest. Palliatieve zorg beoogt het comfort van een patiënt zo hoog mogelijk te houden met respect voor betrokkene en familie. Hiertoe is opleiding van hulpverleners, huisartsen en vrijwilligers vereist. Residentiële palliatieve eenheden moeten voldoende worden gesubsidieerd en palliatieve zorg in het thuismilieu moet worden aangemoedigd.

Om snel heel wat zorgverlening te kunnen mobiliseren rond de terminale patiënt die in een thuissituatie wil blijven, is goede onderlinge afstemming van het hulpaanbod nodig. De samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging vormen hiervoor een ideaal platform. De inzet van vrijwilligers is in deze aangelegenheid belangrijk, zeker t.a.v. alleenstaanden.

4. DEMENTEN

Aandacht voor groeiende groep dementerende bejaarden zowel in instellingen als in thuissituatie. De begeleiding moet afgestemd zijn op de typische

belevingswereld van de dementen en moet plaatsvinden in een aangename woonomgeving. Vorming van de hulpverleners op dit domein moet worden aangemoedigd.

5. CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

De centra zijn gespecialiseerde voorzieningen die met een multidisciplinair team een extramuraal zorgaanbod formuleren voor personen met alleen of voornamelijk geestelijke gezondheidsproblemen.

Door vroeger opsporen en behandelen van personen met psychische problemen moet worden voorkomen dat personen te snel in de psychiatrische hulpverlening terechtkomen. De centra zullen op dit vlak overleg stimuleren en de eerstelijnswerkers helpen met ondersteunende diagnosestelling en technieken tot behandeling.

Centra hebben naast deze preventieve opdracht ook een nazorgfunctie t.a.v. ex-psychiatrische patiënten. De centra hebben samen met de intramurale psychiatrie een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid te dragen. Dit veronderstelt dat de centra ook mede moeten instaan voor zwaarder gestoorde of weinig gemotiveerde patiënten. Zij zullen in hun werking ook bijzondere aandacht hebben voor bepaalde doelgroepen zoals chronische patiënten, multiprobleemgezinnen, dementerende bejaarden, migranten, verslaafden, kinderen en vrouwen.

Deze opdrachten hebben tot gevolg dat het beleid zal opteren voor grotere goed gemanagede centra en dat interne specialisatie in regionale context zal worden gestimuleerd.

6. PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN, PVT, BESCHUT WONEN

Er moet een evaluatie gebeuren van de gerealiseerde en nog uit te voeren reconversie. In dit kader moet de programmatie voor de diensten neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling (A), de diensten neuro-psychiatrie voor behandeling (T) en de diensten neuro-psychiatrie voor kinderen (K) worden herzien.

Partiële hospitalisatie dient verder te worden aangemoedigd met het oog op de resocialisatie van de psychiatrische patiënt. Bij de federale overheid moet worden gepleit voor voldoende financiering van PVT en BW.

Aan de rechten van de psychiatrische patiënt zal ook nog verder gestalte moeten worden gegeven.

De Vlaamse Gemeenschap zal de vernieuwingsidee ondersteunen via een weloverwogen investeringsplan voor de psychiatrie.

Bijzondere aandacht wordt gevraagd voor de groep van sterk gestoorde en agressieve patiënten via

experimenten (federaal) met het doel ervaring op te bouwen voor een definitieve regeling.

7. ERKENNINGS- EN PROGRAMMATIE-NORMEN

7.1. Rust- en verzorgingstehuizen

Noodzaak tot verdubbeling van de huidige programmatienorm (4‰) en volledige situering van deze bijkomende RV'T-bedden in rustoorden. De RVT-eenheden in ziekenhuizen mogen niet meer toenemen in aantal.

7.2. Daghospitalisatie

Vraag t.a.v. de federale overheid naar erkennings- en subsidiëringsregeling waarbij het daghospitaal wordt beschouwd als een ziekenhuisafdeling die werkelijk geïntegreerd is in het acute ziekenhuis, zowel organisatorisch als architectonisch.

7.3. V-bedden

Een deel der V-bedden moet blijven bestaan en worden geïntegreerd in C-D-G-afdeling in het algemeen ziekenhuis of in V-diensten aansluitend bij een algemeen ziekenhuis.

Een deel der bestaande V-bedden kan worden gereconverteerd, bij voorkeur naar G-, RVT- of S-bedden voor specialistische revalidatie. De onevenwichten in de persoonlijke bijdrage van de patiënten naargelang de opname in een V- of RVT-bed moeten worden weggewerkt (overleg met federale overheid).

7.4. S-diensten

Er zouden gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie van patiënten (Sp) kunnen ontstaan door desaffectatie van bestaande bedden in S-diensten en in als dusdanig functionerende V-, H-diensten en andere ziekenhuisdiensten wiens activiteitenprofiel nu reeds gericht is op revalidatie in functie van reïntegratie.

De programmatie voor deze nieuwe ziekenhuisdienst (Sp) moet worden opgesteld in functie van de behoeften en niet zoals de federale overheid voorstelt op basis van historische gegevens. De doelgroep mag niet vooraf worden beperkt tot een aantal aandoeningen.

7.5. Fusies en groeperingen van ziekenhuizen

De Vlaamse Gemeenschap wenst dat de federale overheid haar standpunt nuanceert m.b.t. de verplichting tot oprichting van een nieuwe vestiging op één campus.

Er dient in deze aangelegenheid onderscheid gemaakt of de fusioneerende ziekenhuizen op zich al of niet beantwoorden aan de erkenningsnormen van het K.B. van 30/1/1989. In elk geval moet een rationalisatie van de diensten worden gerealiseerd.

In afwachting van deze federale standpuntbepaling is het aangewezen dat op elke campus reeds in zekere mate wordt gestreefd naar een integratie van diensten en kostenbesparende maatregelen.

8. KWALITEITSBEWAKING

De basisverantwoordelijkheid inzake kwaliteitsbewaking ligt bij instellingen, uiteraard in partnership met de overheid die adviserend optreedt. Er dient gestreefd naar minimale kwaliteitsnormen en vormen van kwaliteitstoetsing met aandacht voor de patiënt en de wensen van medici en paramedici.

9. FINANCIERING VAN DE ZIEKENHUIZEN

Bij de federale overheid zal worden aangedrongen op een herziening van het financieringsmechanisme van de ziekenhuizen met een volledige dekking van de kosten verbonden aan de verplicht erkenningsnormen als streefdoel. Dit moet de druk op prestatiegerichte vergoedingen doen afnemen.

Bovendien pleit de Vlaamse regering voor een harmonisering van de RIZIV-tegemoetkomingen in functie van de zorgbehoeften van de patiënten en deze niet meer afhankelijk te laten van de soort voorziening of situatie waarin de patiënt zich bevindt.

De Vlaamse regering eist in haar regeerprogramma dat interregionale verschillen die niet te verklaren zijn door objectieveerbare gegevens op korte termijn moeten worden weggewerkt. Onderzoek moet op korte termijn aantonen welke criteria als objectieve basis kunnen worden gehanteerd voor de definitie van zorgvraag en de financiering ervan. Er is dringend behoefte aan een forumdiscussie over de regionale verschillen inzake zorgenverstrekking en financiële stromen om hieruit op korte termijn de nodige beleidsconclusies te trekken.

10. HUISARTSEN

De huisartsen dragen mede verantwoordelijkheid in het gehele genezingsproces van patiënten en hebben een voorzorg en nazorgfunctie t.o.v. de opnamen in gespecialiseerde intramurale voorzieningen. Het is van belang huisartsen via vorming in multidisciplinair verband te leren samenwerken en te leren omgaan met specifieke bevolkingsgroepen.

De discussie omtrent de beperking van het aantal artsen mag niet worden beheerd door budgettaire overwegingen doch moet worden gebaseerd op behoeften en taakprofielen.

11. VERPLEEGKUNDIGEN EN PARAMEDICI

Het beroep van verpleegkundigen en paramedici moet worden geherwaardeerd. De opleiding moet een zo breed mogelijke polyvalentie inbouwen en specialisatie achteraf. Zij moet inspelen op vragen van het werkveld en een wisselwerking tussen opleiding en tewerkstelling moet worden bevorderd. Hiertoe zullen de stages kwalitatief worden verbeterd.

12. SPECIAAL ONDERSTANDSFONDS EN SOCIALE ZIEKTEN

Er moet grotere duidelijkheid worden geschapen omtrent de diensten die om sociale redenen een toelage verlenen voor medische behandelingen.

De Vlaamse regering pleit voor éénduidigheid en gelijkwaardige behandeling van de aanvragen door één instantie, bij voorkeur het OCMW dat hiertoe de opdracht en bijhorende middelen moet krijgen.

In afwachting hiervan moet op korte termijn opnieuw worden overlegd met de federale overheid en andere gemeenschappen omtrent het principe dat moet worden gehanteerd voor aanwijzing van de bevoegde overheid inzake uitkeringen door het speciaal onderstandsfonds.

13. ADVIESORGANEN

Er zal op korte termijn een voorstel worden uitgewerkt m.b. t . het voortbestaan van de Gemengde Commissie rustoorden-RVT en de mogelijke over-

dracht van haar bevoegdheden aan een bestaand (VAZA) of nog op te richten adviesorgaan.

14. ONDERWERPEN TOT OVERLEG MET DE FEDERALE REGERING

- Het verzoek tot het invoeren van een moratorium inzake nierdialyse en hartcatheterisatie ;
- een 100 % financieringsregeling via de verpleegdagprijs voor radiotherapie-apparatuur ;
- het verzoek tot uitvaardiging van een koninklijk besluit inzake beroepsprocedure voor de sluiting van een ziekenhuis of van een dienst, alsmede tot weigering of intrekking van de erkenning van een dienst ;
- het optrekken van het programmatiecijfer van RVT-bedden van 2 tot 4 ‰ ofwel alle RVT-ge-rechtigden éénzelfde forfait toekennen ;
- erkenningsnormen en subsidiëring van diensten voor daghospitalisatie geïntegreerd binnen ziekenhuizen ;
- vraag tot hogere en uitgebreidere tegemoetkomingen door het RIZIV die momenteel in het kader van het speciaal onderstandsfonds en de sociale ziekten voor de behandeling van wel bepaalde aandoeningen door de Vlaamse Gemeenschap moeten worden verricht ten gunste van verzekerden ;
- inzage van de Vlaamse regering in de registratie van minimale klinische en verpleegkundige gegevens, alsook van de minimale psychiatrische gegevens ;
- een specifieke subsidiëring en reglementering omtrent palliatieve zorgen ;
- de subsidiëring van de bouwkosten voor PVT-bedden.

LIJST VAN GEBRUIKTE KENLETTERS

A	diens neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling
A1	dagverpleging in A-dienst
A2	nachtverpleging in A-dienst
B	diens voor TBC-behandeling in het kader van een algemeen ziekenhuis
C	diens voor diagnose en heelkundige behandeling
D	diens voor diagnose en geneeskundige behandeling
E	diens voor kindergeneeskunde
F	gesloten psychiatrische dienst
G	exclusief geriatrische diensten
H	diens voor gewone hospitalisatie
H*	diens voor gemengde hospitalisatie C + D
I	diens voor intensieve verzorging
	(voor de instellingen die de bestaande 1-bedden niet afzonderlijk opgeven zijn deze meestal begrepen in C of D)
K	diens neuro-psychiatrie voor kinderen
K1	dagverpleging in K-dienst
K2	nachtverpleging in K-dienst
L	diens voor besmettelijke aandoeningen
M	kraamdiens in een algemeen ziekenhuis of kraamkliniek
N	diens voor intensieve neonatale zorgen
NN	neonatale functie (niet intensieve neonatale zorgen)
O	open psychiatrische dienst
P	diens voor neuro-psychiatrie
S	diens voor specialiteiten
T	diens neuro-psychiatrie voor behandeling
T1	dagverpleging in T-dienst
T2	nachtverpleging in T-dienst
V	diens voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen
VP	psyche-geriatrie (gebruikelijk erkend onder T of V)
Vr	diens voor behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen in progressieve omschakeling

BIJLAGEN

PROGRAMMATIECRITERIA INZAKE ZIEKENHUISBEDDEN EN RUST- EN VERZORGINGSTEHUIZEN, VASTGELEGD BIJ			
(1) KB 03/08/1976 - BS 17/09/1976			
(2) KB 21/03/1977 - BS 30/04/1977			
(3) KB 02/12/1982 - BS 07/12/1982			
(4) KB 02/08/1985 - BS 09/08/1985			
(5) KB 10/07/1990 - BS 26/07/1990			
(6) KB 13/03/1991 - BS 17/04/1991			
KB/BS	D I E N S T E N		
(2)	C + D + I	2,90	‰‰ inw.
(2)	L + B	0,03	‰‰ inw.
(2)	V	1,0	‰‰ inw.
(1)	A * Alg. ZH. * Psy. ZH.	0,50	‰‰ inw.
		0,15	‰‰ inw.
(1)	A1 + A2 * Alg. ZH. * Psy. ZH.	0,705	‰‰ inw.
		0,15	‰‰ inw.
(1)	T	0,90	‰‰ inw.
(1)	T1 + T2	0,40	‰‰ inw.
(2)	Vp (psycho-ger)	0,30	‰‰ inw.
	T O T A A L	6,40	‰‰ inw.
(4)	G	5,0	‰‰ bej. (+65)
(2)	M	32,0	‰‰ geb.
(2)	E	37,0	‰‰ geb.
(2)	N	6,0	‰‰ geb.
	T O T A A L	75,0	‰‰ geb.
(1)	K	0,32	‰‰ kdn.
(1)	K1 + K2	0,32	‰‰ kdn.
(3)	Rust- en Verzorgingstehuizen	2,0	‰‰ inw.
(5)	Psychiatrische Verzorgingstehuizen	0,6	‰‰ inw.
(6)	Beschut Wonen	0,4	‰‰ inw.

OVERZICHTSLIJST			
ERKENNINGEN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN (6/1/1993)			
TOTAAL AANTAL BEDDEN PER PROVINCIE			
	EXCLUSIEF V-BEDDEN	V-BEDDEN	BEDBEHOEFTE
ANTWERPEN	8.942	836	9.773
BRABANT	4.523	304	7.036
LIMBURG	3.439	173	4.411
OOST-VLAANDEREN	7.137	390	8.142
WEST-VLAANDEREN	7.188	349	6.777
TOTAAL AANTAL BEDDEN PER REGIO			
	EXCLUSIEF V-BEDDEN	V-BEDDEN	BEDBEHOEFTE
AALST	1.140	0	1.397
ANTWERPEN	4.722	522	3.597
BRUGGE	1.899	78	1.497
BRUSSEL	679	0	1.215(*)
DENDERMONDE	611	60	1.039
DIEST-TIENEN	552	0	782
GEEL	638	0	1.324
GENT-EEKLO	3.483	236	3.467
HALLE	319	170	948
HASSELT-GENK	2.090	83	2.400
IEPER	498	30	699
KORTRIJK	1.700	91	1.688
LEUVEN	2.187	134	2.015
LIER	531	0	632
LOMMEL-MAASEIK	623	90	1.033
MECHELEN	1.735	71	1.788
OOSTENDE	1.411	30	1.287
OUDENAARDE	907	60	843
ROESELARE	1.680	120	1.606
SINT-NIKLAAS	996	34	1.396
SINT TRUIDEN-TONGEREN	726	0	978
TURNHOUT	702	0	930
VILVOORDE-DILBEEK	786	0	2.076
VOORKEMPEN	614	243	1.502

(*) : nederlandstalig.

OVERZICHTSLIJST		
ERKENNINGEN RVT (ziekenhuizen, rusthuizen)		
6/1/1993		
TOTALEN PER PROVINCIE		
	BEDDEN	BEDBEHOEFTEN (*)
ANTWERPEN	3.246	3.216
BRABANT	1.826	3.852
LIMBURG	1.159	1.508
OOST-VLAANDEREN	2.879	2.676
WEST-VLAANDEREN	2.936	2.220
TOTALEN PER REGIO		
	BEDDEN	BEDBEHOEFTEN (*)
AALST	307	468
ANTWERPEN	1.234	1.138
BRUGGE	587	492
BRUSSEL	0	380
DENDERMONDE	306	346
DIEST-TIENEN	140	262
GEEL	346	456
GENT-EEKLO	1.285	1.124
HALLE	252	314
HASSELT-GENK	627	824
IEPER	367	224
KORTRIJK	823	554
LEUVEN	1.072	674
LIER	157	212
LOMMEL-MAASEIK	242	352
MECHELEN	591	586
OOSTENDE	555	422
OUDENAARDE	477	274
ROESELARE	604	528
SINT-NIKLAAS	504	464
SINT TRUIDEN-TONGEREN	290	332
TURNHOUT	240	314
VILVOORDE-DILBEEK	362	700
VOORKEMPEN	678	510

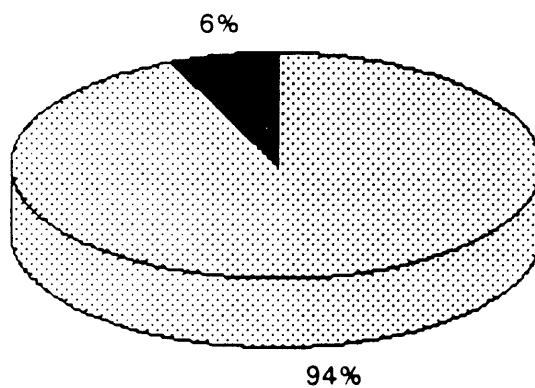
(*) : gebaseerd op bevolkingscijfers van 1992.

TOTAAL AANTAL BEDDEN IN PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN IN VLAANDEREN

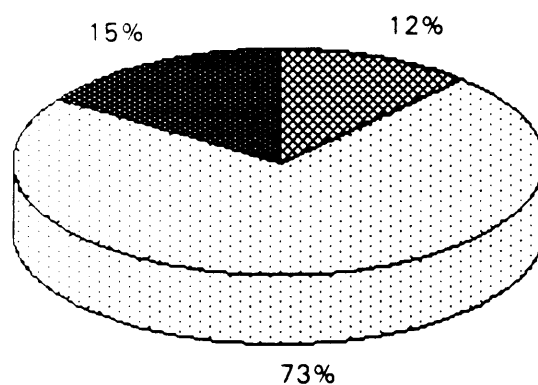
DD. 30/06/1991

		A	Ad	An	T	Td	Tn	Tg	K	Kd	Kn	O	F	Tot.
ANTWERPEN	geprogrammeerd	660		180	1.400		615	360	45	45		0	0	3.305
	erkend	614	113	37	1.220	130	115	330	0	0	0	0	0	2.559
BRABANT	geprogrammeerd	451		140	722		340	240	40	10		0	0	1.943
	erkend	451	76	64	722	136	204	240	40	0	10	0	0	1.943
LIMBURG	geprogrammeerd	330		105	660		210	170	40	40		0	0	1.555
	erkend	330	50	55	660	105	105	170	30	15	15	0	0	1.535
OOST-VLAANDEREN	geprogrammeerd	663		199	1.193		530	315	24	8		0	0	2.932
	erkend	663	99	60	1.163	310	190	315	24	0	8	0	0	2.832
WEST-VLAANDEREN	geprogrammeerd	522		135	1.030		225	220	44	16		0	0	2.192
	erkend	522	85	30	1.030	145	60	220	44	1	12	0	0	2.149
VLAANDEREN	geprogrammeerd	2.626		759	5.005		1.920	1.305	193	119		0	0	11.927
	erkend	2.580	423	246	4.795	826	674	1.275	138	16	45	0	0	11.018

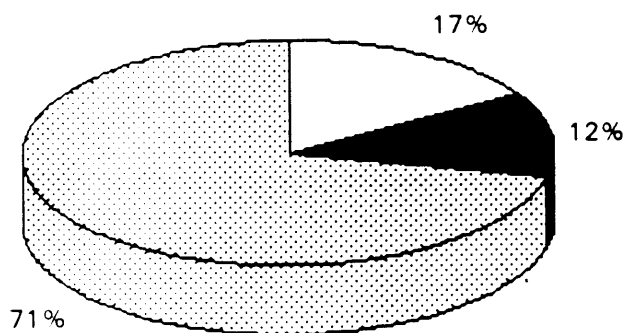
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN VOOR
DE RECONVERSIE - PROV. WEST-VLAANDEREN**



 PSYCH. ZIEKENH.  BESTAANDE B.W.

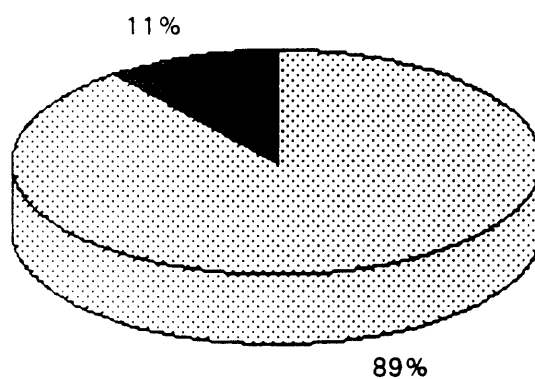
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. ANTWERPEN**

■ B.W. □ P.Z. ■ P.V.T. D

**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. ANTWERPEN**

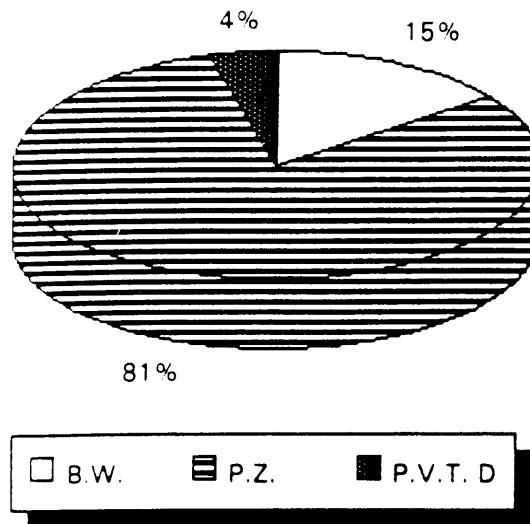
□ P.V.T. D + U ■ B.W. ■ P.Z.

**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN VOOR
DE RECONVERSIE - PROV. VLAAMS - BRABANT**

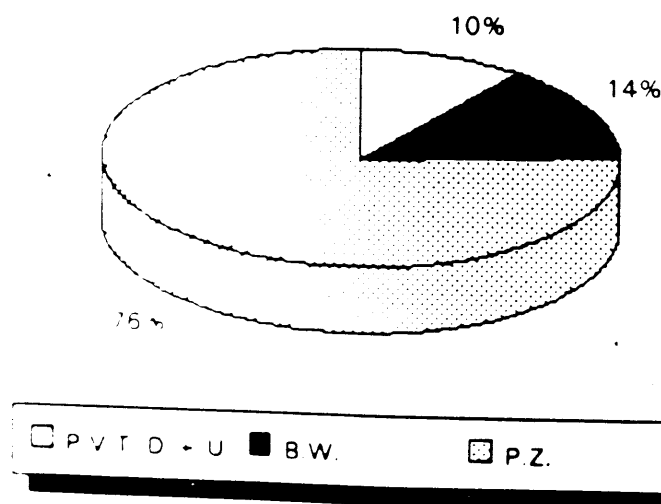


 PSYCH. ZIEKENH.  BESTAANDE B.W.

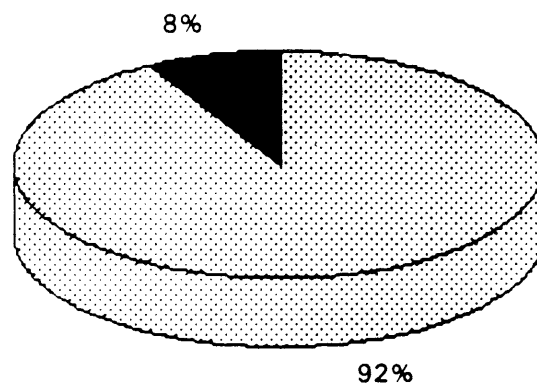
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. VLAAMS-BRABANT**



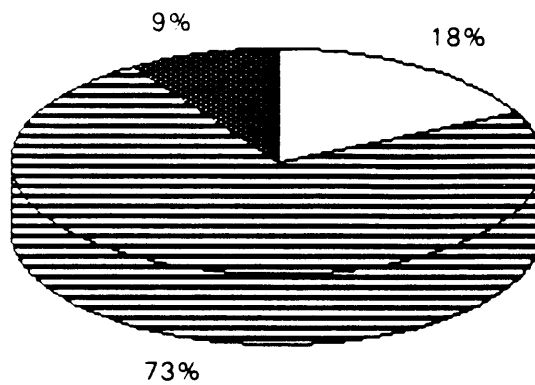
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. VLAAMS-BRABANT**



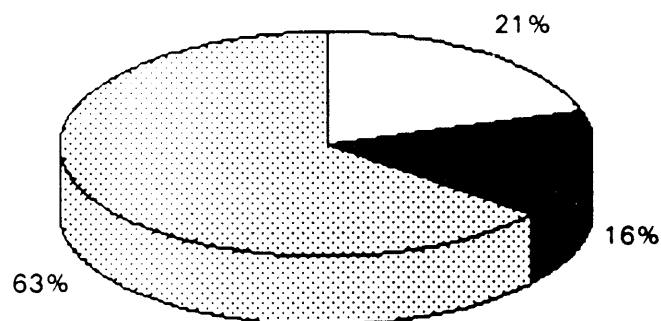
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN VOOR
DE RECONVERSIE - PROV. LIMBURG**



 PSYCH. ZIEKENH.  BESTAANDE B.W.

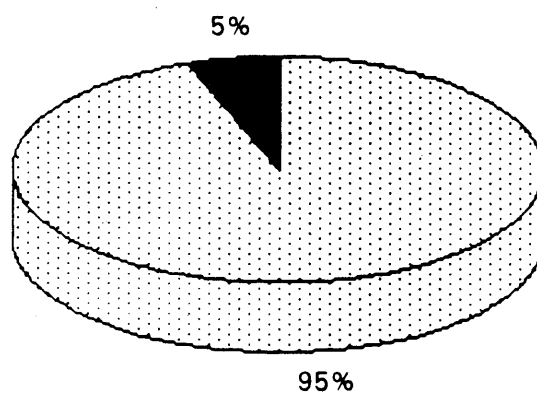
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. LIMBURG**

□ B.W. ▨ P.Z. ■ P.V.T. D

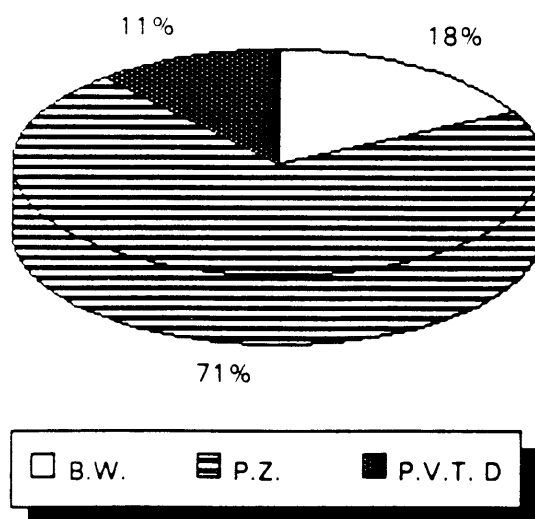
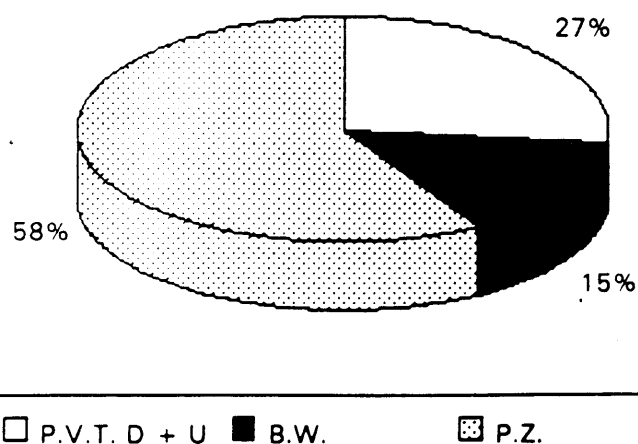
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. LIMBURG**

□ P.V.T. D + U ■ B.W. ▨ P.Z.

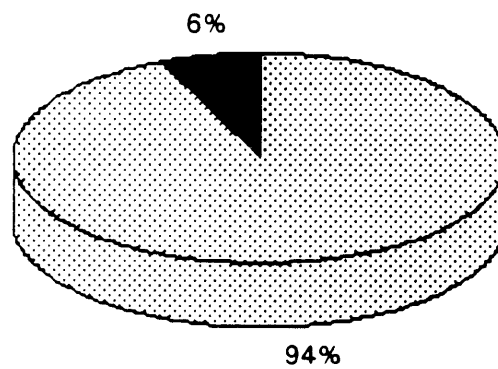
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN VOOR
DE RECONVERSIE - PROV. OOST-VLAANDEREN**



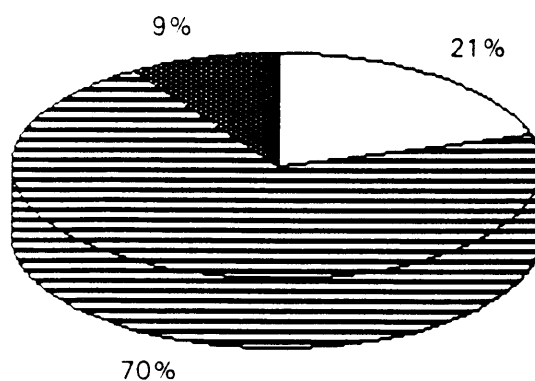
☐ PSYCH. ZIEKENH. ☒ BESTAANDE B.W.

**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. OOST-VLAANDEREN****AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. OOST-VLAANDEREN**

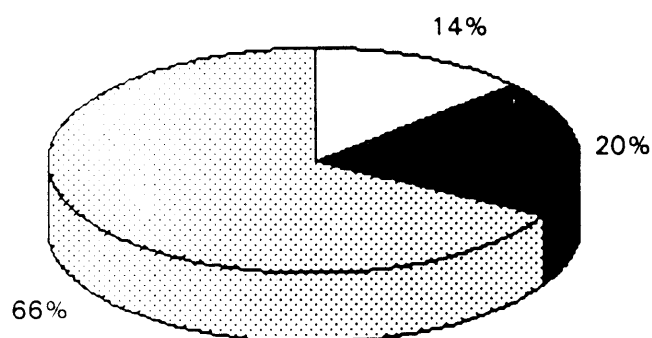
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN VOOR
DE RECONVERSIE - PROV. ANTWERPEN**



 PSYCH. ZIEKENH.  BESTAANDE B.W.

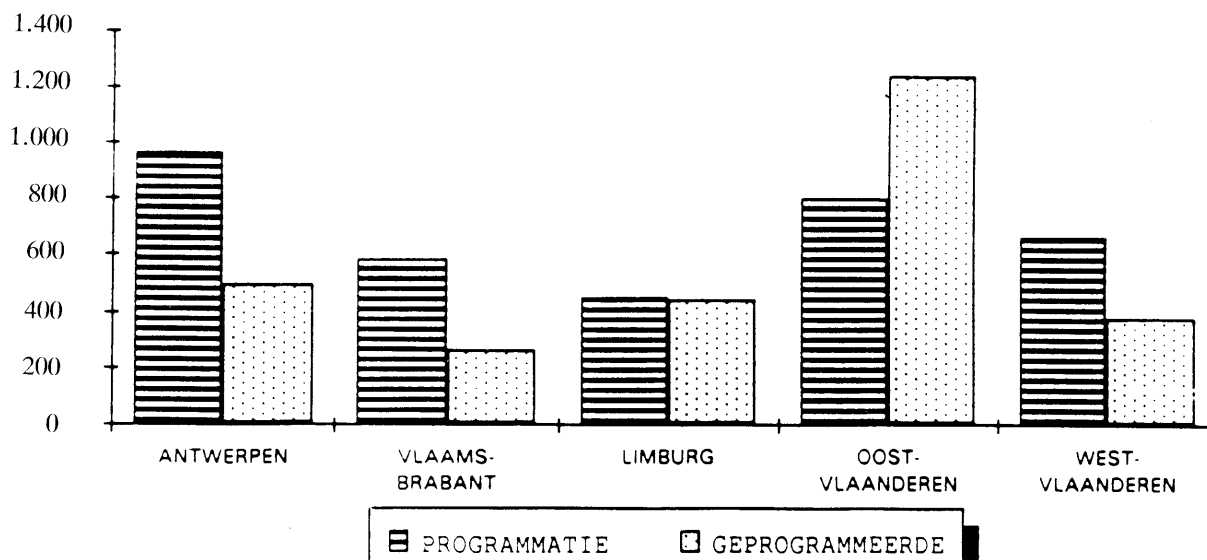
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. WEST-VLAANDEREN**

□ B.W. ▨ P.Z. ■ P.V.T. D

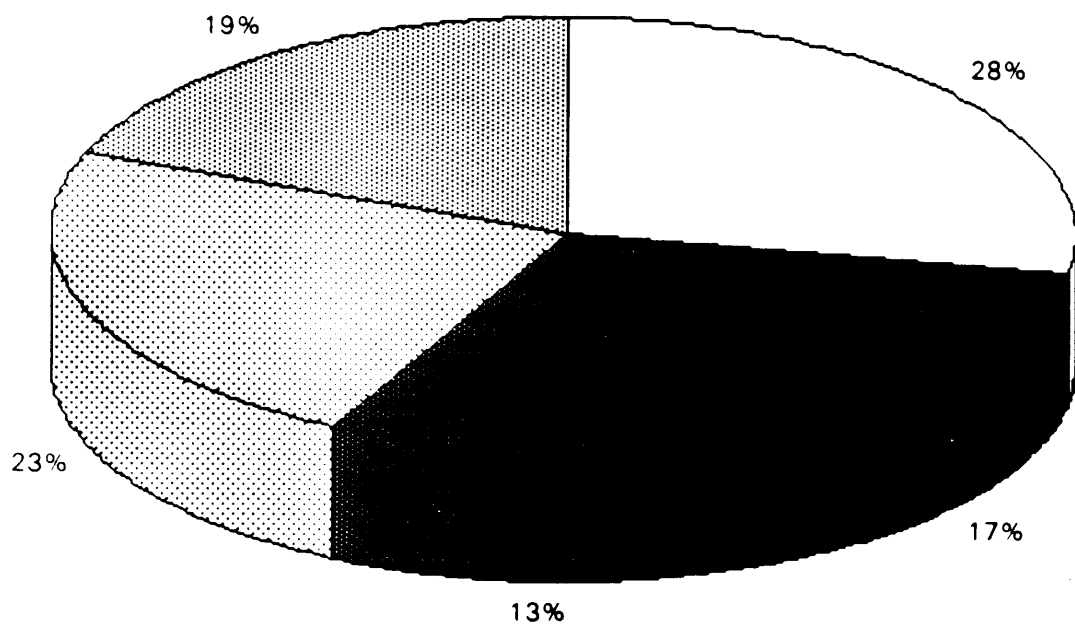
**AANDEEL VAN DE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN NA DE
RECONVERSIE - PROV. WEST-VLAANDEREN**

□ P.V.T. D + U ■ B.W. ▨ P.Z.

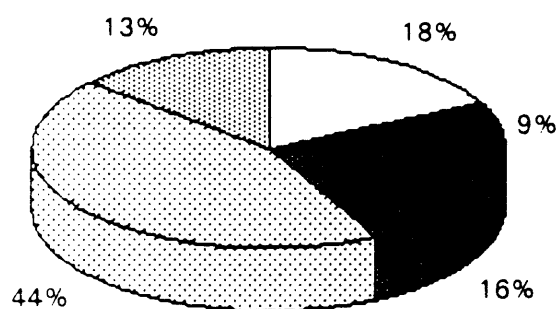
P.V.T. – SPREIDING PER PROVINCIE



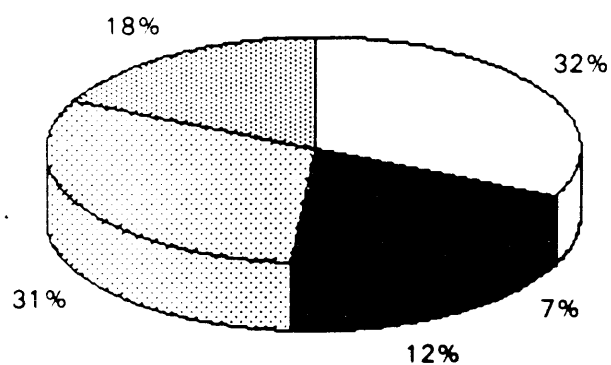
PROGRAMMATIE P.V.T. - BEDDEN



☐ ANTWERPEN
 ☒ VLAAMS-BRABANT
 ☒ LIMBURG
 ☒ OOST-VLAANDEREN
 ☒ WEST-VLAANDEREN

**GEPROGRAMMEERDE P.V.T.-BEDDEN
+ UITDOVEND) (DEFINITIEF**

□ ANTWERPEN ■ VLAAMS-BRABANT ■ LIMBURG ▨ OOST-VLAANDEREN ▩ WEST-VLAANDEREN

GEPROGRAMMEERDE DEFINITIEVE P.V.T.- BEDDEN

□ ANTWERPEN ■ VLAAMS-BRABANT ■ LIMBURG ▨ OOST-VLAANDEREN ▩ WEST-VLAANDEREN

OVERZICHTSLIJST		
ERKENNINGEN PSYCH. RUST- EN VERZORGINGSTEHUIS		
DD 13/10/1992		
TOTALEN PER PROVINCIE		
	BEDDEN	BEDBEHOEFTEN (*)
ANTWERPEN	239	965
BRABANT	162	699
LIMBURG	257	453
OOST-VLAANDEREN	998	802
WEST-VLAANDEREN	157	666
TOTALEN PER REGIO		
	BEDDEN	BEDBEHOEFTEN (*)
AALST	216	140
ANTWERPEN	90	341
BRUGGE	147	148
BRUSSEL	0	114
DENDERMONDE	0	104
DIEST-TIENEN	6	79
GEEL	0	137
GENT-BEEKLO	575	337
HALLE	0	94
HASSELT-GENK	75	247
IEPER	10	67
KORTRIJK	0	166
LEUVEN	150	202
LIER	0	64
LOMMEL-MAASEIK	0	106
MECHELEN	64	176
OOSTENDE	0	127
OUDENAARDE	58	82
ROESELARE	0	158
SINT-NIKLAAS	149	139
SINT TRUIDEN-TONGEREN	182	100
TURNHOUT	0	94
VILVOORDE-DILBEEK	6	210
VOORKEMPEN	85	153

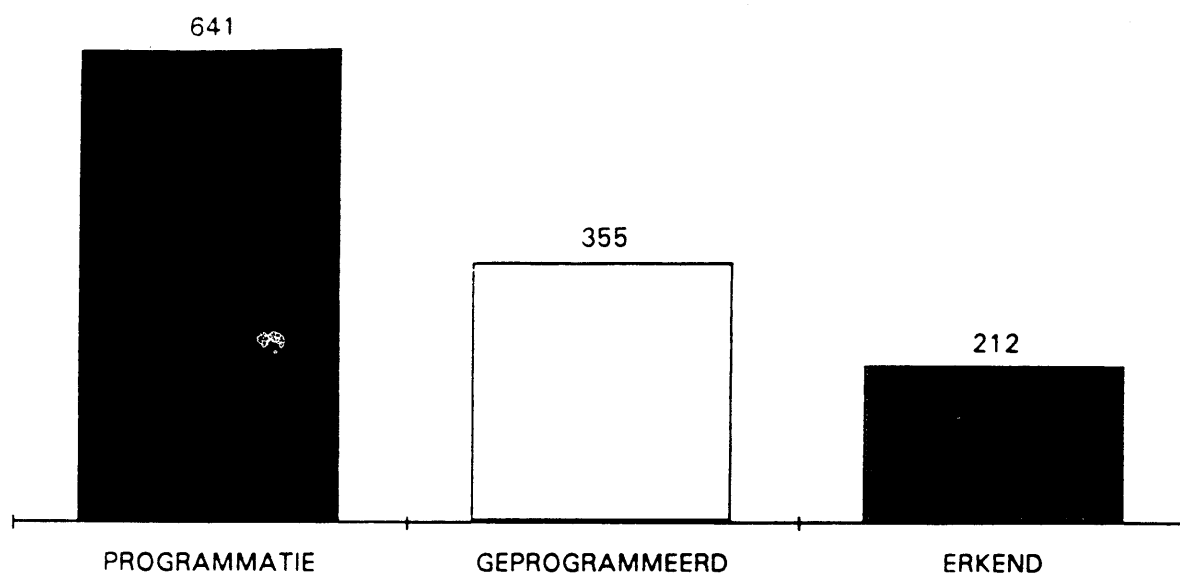
(*) : gebaseerd op bevolkingscijfers van 1992.

OVERZICHT PLAATSEN BESCHUT WONEN (31/12/1992)										
TOTAAL	VERPLICHTE RECONVERSIE (1)			VRIJWILLIGE RECONVERSIE (2)			POOL (3)			TOTAAL (1+2+3+4)
	D.E.	V.E.	GEPROG	D.E.	V.E.	GEPROG	D.E.	V.E.	GEPROG	
ANTWERPEN	0	20	0	0	4	82	0	8	45	339
VLAAMS-BRABANT	0	5	10	0	0	34	0	13	22	309
LIMBURG	0	77	0	0	0	14	0	23	19	300
OOST-VLAANDEREN	0	137	178	0	0	77	0	4	31	664
WEST-VLAANDEREN	17	54	0	0	0	132	0	32	50	543
VLAAMSE GEMEENSCHAP	17	293	188	0	4	339	0	80	167	2.155

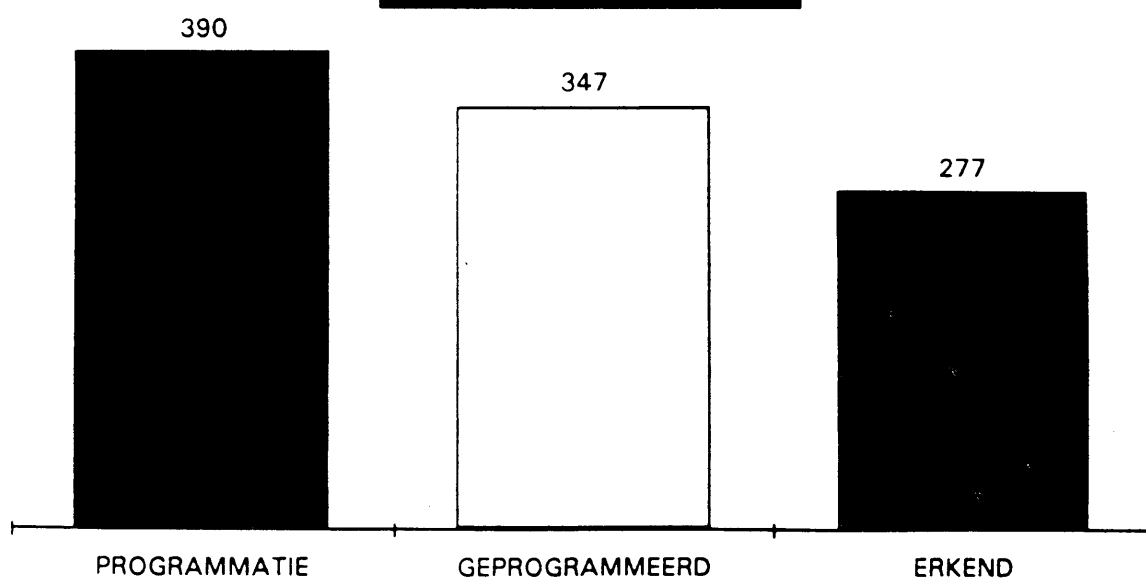
D.E. : definitieve erkenning
V.E. : voorlopige erkenning
GEPROG : geprogrammeerd

BESCHUT WONEN

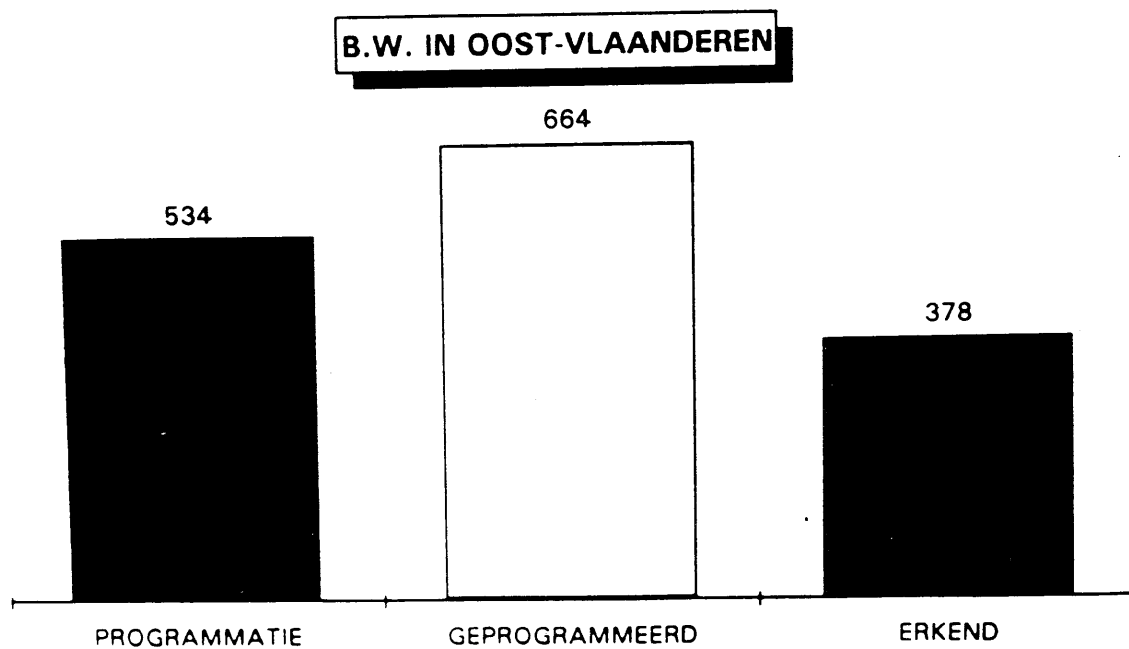
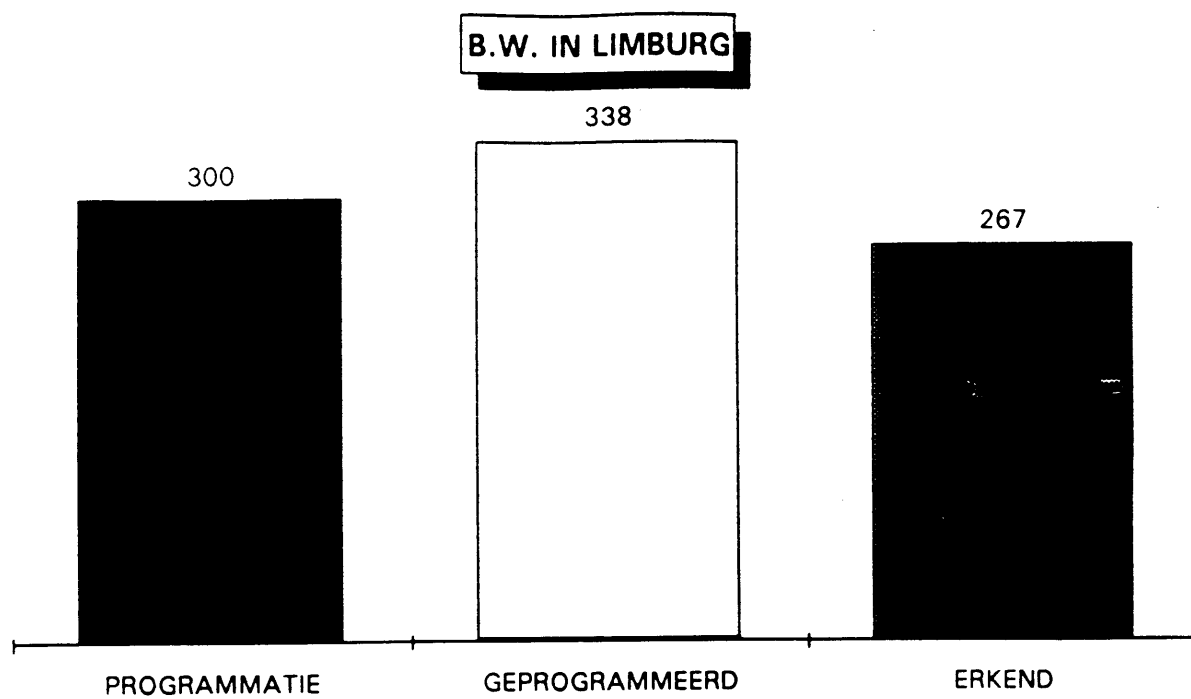
B.W. IN ANTWERPEN



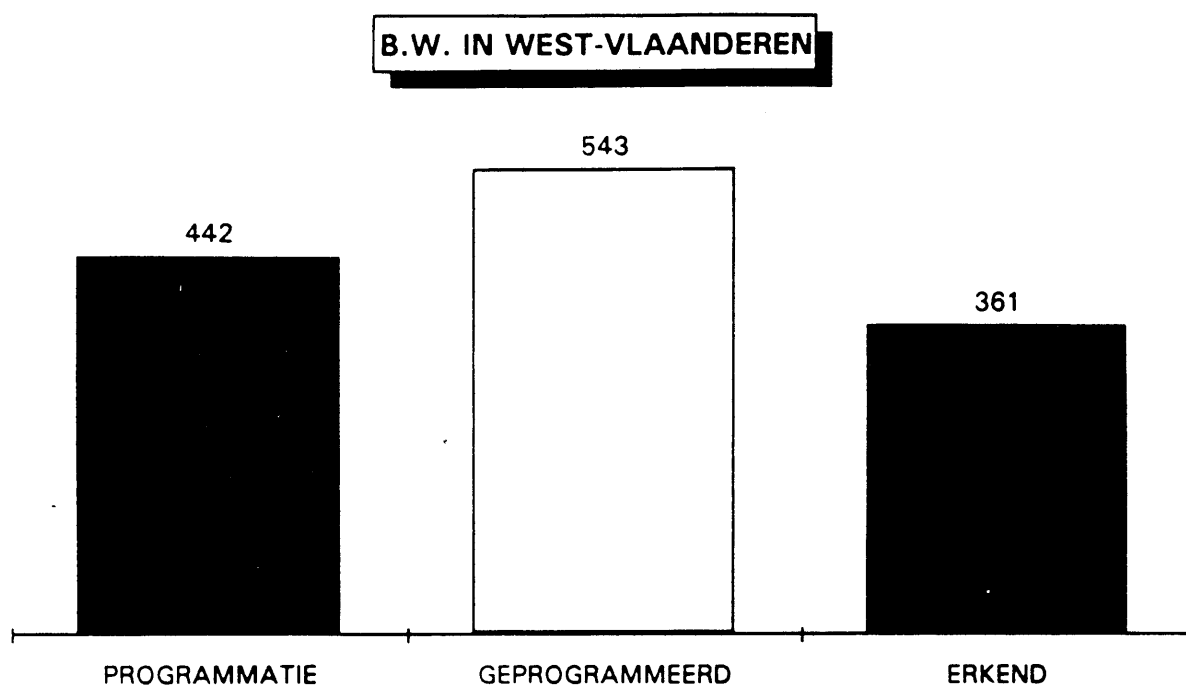
B.W. IN VLAAMS-BRABANT



BESCHUT WONEN



BESCHUT WONEN



CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG AANTAL ERKENDE CENTRA TEN OVERSTAAN VAN DE PROGRAMMATIENORM, PER ARRONDISSEMENT (31-12-1992)		
ARRONDISSEMENT	MAXIMUM AANTAL ERKENNINGEN (1 per 50.000 inwoners)	EFFECTIEF AANTAL ERKENNINGEN
BRUGGE	5	4
DIKSMUIDE	1	0
IEPER	2	2
KORTRIJK	5	2
OOSTENDE	2	2
ROESELARE	2	2
TIELT	1	0
VEURNE	1	1
AALST	5	4
DENDERMONDE	3	3
EEKLO	1	1
GENT	9	8
OUDENAARDE	2	1
SINT-NIKLAAS	4	4
ANTWERPEN	18	16
MECHELEN	5	3
TURNHOUT	7	2
BRUSSEL-HOOFDSTAD	?	7 (*)
HALLE-VILVOORDE	10	6
LEUVEN	8	4
HASSELT	7	7
MAASEIK	4	3
TONGEREN	3	2
T O T A A L	115	84

(*) : nederlandstalig

CENTRA VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Om een beeld te krijgen van de spreiding van de bestaande hulpverleningscapaciteit werd per arrondissement een coëfficiënt berekend die het aantal erkende en gesubsidieerde voltijdse equivalenten aangeeft per 50.000 inwoners.

In deze berekening werden de administratieve functies en de preventiewerkers niet opgenomen.

In het volgende overzicht worden de arrondissementen gerangschikt naar stijgende capaciteit : (voor Brussel-Hoofdstedelijk Gewest is de berekening niet gemaakt wegens onduidelijkheid over de cijfers).

AANTAL VOLTJIDS EQUIVALENTEN GESUBSIDIEERD PER 50.000 INWONERS		
1	TIELT	0
2	TURNHOUT	0,97
3	OUDENAARDE	1,07
4	KORTRIJK	1,69
5	VEURNE-DIKSMUIDE	1,73
6	TONGEREN	1,90
7	HALLE-VILVOORDE	1,98
8	MAASEIK	2,49
9	AALST	2,61
10	IEPER	2,88
11	MECHELEN	2,92
12	LEUVEN	2,95
13	EEKLO	3,41
14	ROESELARE	3,48
15	SINT-NIKLAAS	3,57
16	BRUGGE	3,57
17	GENT	3,71
18	ANTWERPEN	4
19	HASSELT	4,88
20	OOSTENDE	5,37
21	DENDERMONDE	5,41

ZWARE MEDISCH-TECHNISCHE EN ANDERE ZIEKENHUISDIENSTEN						
TOESTAND OP 1/2/1993		PROVINCIE				
		Antwerpen	Brabant	Limburg	Oost-Vlaanderen	West-Vlaanderen
Algemene ziekenhuizen met een dienst met een magnetische resonantie tomograaf	erkend van ambtswege, art. 10 § 3	1	2	-	-	-
	met principiële toezegging tot erkenning of erkend op basis van artikelen 7, 8 en/of 9	3	2	1	2	2
Erkende ziekenhuisafdelingen voor diagnose van wiegedood		5	4	-	8	8
Erkende ziekenhuisafdelingen voor diagnose van en behandeling tegen wiegedood		2	2	1	1	1
Erkende diensten voor hartcatheterisatie	voor invasief onderzoek	4	2	2	4	3
	voor interventionele cardiologie	2	2	-	2	1
Diensten voor medische beeldvorming met CT-scanner, niet geïnstalleerd voor 30/4/1977 of geprogrammeerd voor 1/12/1986		13	4	4	11	14
Erkende dialysecentra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie	dienst voor chronische hemodialyse in ziekenhuis	9	2	2	7	5
	pediatrische dienst voor chronische hemodialyse	-	1	-	-	-
	dienst voor thuisdialyse	2	1	-	2	1
	dienst voor ambulante peritoneale dialyse	2	2	2	3	2
	dienst voor collectieve autodialyse	7	2	1	5	2