

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



Zitting 2003-2004

16 januari 2004

ONTWERP VAN DECREET

betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders

HOORZITTING

VERSLAG

**namens de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door mevrouw Ria Van Den Heuvel**

Samenstelling van de commissie :

Voorzitter : de heer Koen Helsen.

Vaste leden :

mevrouw Sonja Becq, mevrouw Trees Merckx-Van Goey,
mevrouw Riet Van Cleuvenbergen, mevrouw Ingrid van
Kessel ;

mevrouw Claudine De Schepper, de heren Jacques
Devolder, Koen Helsen, mevrouw Erna Van Wauwe ;

mevrouw Niki De Gryze, mevrouw Marijke Dillen, de heer
Felix Strackx ;

de heren Carlo Daelman, Jan Van Duppen ;

mevrouw Ria Van Den Heuvel ;

de heer Jan Roegiers.

Plaatsvervangers :

mevrouw Gisèle Gardeyn-Debever, mevrouw Veerle
Heeren, de heer Luc Martens, mevrouw Ilse Van Eetvelde ;

de heren Jozef Browaeys, Frans De Cock, André Moreau,
Cis Schepens ;

de heren Wilfried Aers, Julien Librecht, mevrouw Marleen
Van den Eynde ;

mevrouw Yamila Idrissi, de heer Chokri Mahassine ;

mevrouw Ann De Martelaer ;

de heer Kris Van Dijck.

Zie :

1882 (2003-2004)

– Nr. 1 : Ontwerp van decreet

INHOUD

	Blz.
1. Uiteenzetting door professor Jan De Lepeleire, Academisch Centrum voor Huisartsge- neeskunde KUL	4
2. Uiteenzetting door mevrouw Marleen Haems, Vlaams Eerstelijns Overleg (VELO)	8
3. Uiteenzetting door mevrouw Anne Dedry, expert thuiszorgbeleid van de dienst gezinszorg van de VZW Landelijke Thuiszorg	10
4. Uiteenzetting door de heer Geert Berden, Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB), deelgroep Spoedgevallenverpleegkundigen	13

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Op 4 december 2003 behandelde de commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen het ontwerp van decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders (*Parl. St. VI. Parl. 2003-2004, nr. 1882/1*).

Op 8 januari 2004 hield de commissie een hoorzitting over dit ontwerp van decreet.

1. Uiteenzetting door professor Jan De Lepeleire, Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde KUL

De heer Jan De Lepeleire : Uit de schema's over de organisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen en Wallonië blijkt duidelijk dat de werkzaamheden in Vlaanderen veel complexer georganiseerd zijn. De situatie is al heel complex voor de patiënt, maar voor de huisarts is het nog veel onoverzichtelijker. Ook uit andere studies blijkt dat de situatie in Vlaanderen complexer is. Dit ontwerp komt dan ook tegemoet aan de behoefte aan transparantie en vereenvoudiging. Hopelijk kan de coördinatie een stuk eenvoudiger verlopen. Ik ben zelf betrokken geweest bij een studie over hoe beslist wordt tot opname in een rustoord. In vergelijking met Wallonië kent Vlaanderen toch een achterstand. De verschillen waren zo groot dat er beslist is om de registratie vanuit de peilpraktijken dit jaar te herhalen om de evolutie na te gaan. Kortom, de huisartsen vinden het belangrijk dat met dit ontwerp een en ander eenvoudiger georganiseerd wordt.

Ik zal een aantal persoonlijke opmerkingen geven, maar het grootste deel van mijn betoog wordt gesteund door een grotere groep mensen. Bij artikel 2, § 5, is het belangrijk dat de competentie en niet de invaliditeit als uitgangspunt genomen wordt. Dat wordt trouwens voorgeschreven door de Wereldgezondheidsorganisatie. Ik hoop dat dit concept voldoende kan doordringen in de nieuwe regeling. Ook andere regels moeten op die manier bijgestuurd worden.

De mantelzorgers spelen uiteraard een belangrijke rol bij de eerstelijnsgezondheidszorg en zeker in de complexe thuiszorgsituaties. Uit studies blijkt dat vaak andere factoren dan algemeen aangenomen een rol spelen, en dat ook de klassieke motieven

niet altijd juist geïnterpreteerd worden. Meestal wordt bijvoorbeeld aangenomen dat mantelzorgers de behoefte hebben om af en toe van die zorg vrijgesteld te worden. Uit literatuurstudie blijkt dat dit inderdaad soms het geval is, maar dat mantelzorgers ook vaak zelf steun vinden in het zorgen voor patiënten.

Waarom worden de ergotherapeuten niet vermeld in artikel 12 ? Zij spelen immers een belangrijke rol in de thuiszorg, want zorgbehoeften hebben vaak met mobiliteit te maken. Ze vallen nu vaak buiten de regelgeving. Ook bij de federale regeling komen ze niet aan bod. Er zijn een aantal projecten waarbij ergotherapeuten advies kunnen geven over de thuiszorg, maar dat is onvoldoende. Het is belangrijk om op Vlaams niveau te bekijken hoe ergotherapeuten een rol kunnen spelen bij de thuiszorg.

Artikel 16, § 1, handelt over de informatiesystemen. In de thuiszorg is het nu moeilijk om een algemene en systematisch gebruikte definitie te vinden. Een analyse van 300 zorgplannen in een erkend samenwerkingsinitiatief thuiszorg (SIT) is ondertussen klaar. Door de goede registratie van de pathologie in die zorgplannen, kunnen we daaruit heel wat gegevens distilleren : zo blijkt bijvoorbeeld dat 25 procent van de zorgplannen wordt opgesteld voor dementen en 30 procent voor mensen met mobiliteitsproblemen. Die mobiliteitsproblemen worden veroorzaakt door enerzijds cerebrovasculaire aandoeningen en anderzijds door orthopedische problemen. Er zijn uiteraard mengvormen : mensen die als gevolg van dementie mobiliteitsproblemen hebben. Dat stemt overeen met de gegevens uit de literatuur.

We hebben ook – en dat is zeker zo voor het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde in Leuven, waar we het INTEGGO-project hebben – heel wat ervaring opgedaan. Het is heel belangrijk om met alle actoren op het veld na te denken hoe dit moet gebeuren.

Het belangrijkste punt dat ik wil naar voor brengen, wordt gedragen door de brede groep van huisartsen. Het gaat hier om de motie van het Vlaams Huisartsenparlement van 21 december 2003 in verband met de praktijkerkenning. Hieraan gekoppeld is vanuit het Vlaams Huisartsenparlement een brief gestuurd aan federaal minister Demotte, Vlaams minister Byttebier en de heren Van Loon, Dercq en Vandenbulcke, met de boodschap hoe belangrijk dit wel is. Artikel 7 is in feite het kernpunt in de ontwikkeling van stevige praktijken in de eerstelijnsgezondheidszorg. In de memorie van toe-

lichting hebben we gezien dat er een hele discussie is geweest over de vraag of dat samenwerkingsverbanden of praktijken moeten zijn. Er is ook het recent advies van de Raad van State en daar hebben we intern wat over gediscussieerd. We denken dat het toch belangrijk blijft om het aspect praktijk in artikel 7 te blijven vermelden, hoewel in de memorie van toelichting uitdrukkelijk staat om dat niet te doen. We kunnen niet genoeg benadrukken hoe essentieel dit is en hoe jammer het zou zijn, indien artikel 7 of zelfs het hele decreet zou verdwijnen of niet op tijd gestemd geraken. Het is immers een belangrijk werkstuk. Vlaanderen krijgt hierdoor de mogelijkheid een eigen inbreng te doen in de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg, die in Vlaanderen en Wallonië op een verschillende manier verloopt. Dit decreet kan de belangrijke troeven die Vlaanderen heeft alleen maar beter tot uiting brengen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Het schema over de complexiteit van de samenwerking in de eerste lijn en het verschil met Wallonië dat u hebt laten rondelen, intrigeert mij. U haalde daarbij het voorbeeld van de rusthuisopnames aan. Kan u mij even situeren hoe het daar is en hoe het, op basis van het decreet zoals het nu voorligt, eenvoudiger kan hier in Vlaanderen ? U zegt dat u het begrip praktijk in dit decreet wil behouden. Wat bedoelt u dan precies ? Het decreet stelt zich in de eerste plaats tot doelstelling de samenwerking op de eerste lijn beter te organiseren. Op het terrein zien we de evolutie van solopraktijken naar groepspraktijken. Vindt u het de taak van de overheid om die evolutie mee te ondersteunen ? Ik neem aan dat u beide bewegingen absoluut behouden wil zien. De manier waarop de overheid het wil stimuleren is bijvoorbeeld via subsidiëring van de infrastructuur van een eventuele groepspraktijk. Hoe staat de artsenwereld daar tegenover ?

Professor Jan De Lepeleire : Op het terrein zitten we met een moeilijke situatie. We zijn immers aan een generatiewissel bezig. Het is zo dat de evolutie naar groepspraktijken onvermijdelijk is. In alle domeinen zien we dat dit voordelen heeft voor heel wat mensen. De sprong maken van een solosituation naar een groepspraktijk blijft economisch echter zeer moeilijk. Er zijn een heleboel remmen, die voornamelijk economisch van aard zijn. De jongere generatie zegt dat ze het rustiger aan wil doen. We stellen vast dat 50 procent van de actieve huisartsen momenteel ouder is dan 50 jaar. Daardoor moest de leeftijdsgrens om niet meer te moeten deelnemen aan wachtlijsten, al worden afgeschaft. Binnen tien jaar zitten we sowieso met een groot probleem. Aan de andere kant zien we van-

daag dat 50 procent van diegenen die een diploma huisartsgeneeskunde gehaald hebben, vijf jaar na dien afscheid neemt van het beroep, al vinden ze dat inhoudelijk wel degelijk interessant. We zitten dus met een groot spanningsveld. De mensen die in solopraktijken zitten, voelen zich soms bedreigd door samenwerkingsverbanden. Dat is blijkbaar een beetje een sociologisch probleem : vanuit bepaalde groepen ziet men daar nog allerlei oude communistische spoken, communes, enzovoort. Op het terrein is men zeer gevoelig wanneer het over een samenwerkingsverband gaat en ziet men dat alsof de solopraktijk niet goed genoeg is.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Sluit het feit dat het Vlaams Huisartsenparlement zo het accent legt op het behoud van het begrip praktijk, niet aan bij die laatste opmerking dat een heleboel artsen die vrees hebben ?

Professor Jan De Lepeleire : Ze hebben inderdaad die vrees. Diegenen die de stap toch gezet hebben, zijn daar meestal toch tevreden over. We moeten middelen vinden om naar dat iets groter samenwerkingsverband te gaan en ik denk dat door concrete logistieke ondersteuning een grote stap kan gezet worden. Dat is ook de reden waarom het Vlaams Huisartsenparlement die motie gestemd heeft : omdat ze voelt dat, als men dat niet kan waarmaken, men in een zeer moeilijke situatie terecht zal komen.

Inzake de rusthuizen is het verschil tussen Vlaanderen en Wallonië vooral dat Wallonië zeer sterk geïntegreerde diensten per zuil aanbiedt. Doordat er maar enkele aanspreekpunten zijn, weet iedereen waar hij naartoe moet. Uit de registratie die acht jaar geleden is gebeurd, bleek dat als beslist werd dat een ziekenhuispatiënt in een rusthuis moest worden opgenomen, heel de eerste lijn overgeslagen werd : ze werd niet meer bevraagd of betrokken in het beslissingsproces. Pas de jongste jaren begint men in ziekenhuizen te beseffen dat men ook in de thuiszorg heel wat situaties aankan. Mensen kwamen vaak onterecht of te vroeg in rusthuizen terecht, waardoor er een groter probleem van wachtlijsten was. Ik weet niet hoe de situatie momenteel is. In mijn eigen praktijk blijkt het probleem alvast opnieuw zeer groot.

Mevrouw Ingrid van Kessel : U haalt het voorbeeld van de eenvoud in Wallonië toch ten onrechte aan : de eenvoud is er enkel omdat men het overleg met de eerste lijn en het aanbod van de thuiszorg niet heeft. In Vlaanderen is er meer keuzevrijheid en kent men een ruimer aanbod en dat maakt het complexer, maar dan in de goede zin.

Professor Jan De Lepeleire : In Vlaanderen zijn er inderdaad meer mogelijkheden, maar het is er complexer om te achterhalen waar men terecht moet. Voor de zorg voor dementerenden bijvoorbeeld kan een beroep worden gedaan op negen verschillende structuren. Dat is geen werkbaar aanbod. In onze regio hebben we op het niveau van de SIT's een coördinator aangesteld die met al die verschillende structuren overlegt. Er is dus één aanspreekpunt. Dat heeft een en ander aanzienlijk vergemakkelijkt. De diversiteit van aanbieders is inderdaad een rijkdom, maar die moet op het lokale vlak door één instantie of figuur gecoördineerd worden.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Het decreet zorgregio's is nu nog maar voor één onderdeel van kracht. Biedt dat decreet volgens u een goede basis om dit systeem op te bouwen ? Alle diensten van gezondheid en welzijn in Vlaanderen, dus ook die uit het voorliggende ontwerpdecreet, vallen onder het kwaliteitsdecreet. De Vlaamse rusthuizen ressorteren onder het decreet op de thuiszorg. Dat is een heel andere invalshoek dan in Wallonië. Daardoor komen onze huisartsen nog altijd in rusthuizen. Hoe ziet u de teams rond ouderen en dagverzorgingscentra, met intern personeel van een instelling, in dat verband functioneren ?

Ik mis in dit ontwerp van decreet de link met de geestelijke gezondheidszorg, vooral omdat Vlaanderen die op de tweede lijn heeft uitgebouwd. Als zij hier niet bij betrokken worden, laat dat toch een groot hiaat, tenzij de andere diensten ook spontaan gaan beginnen denken aan het psychisch welbehagen.

Professor Jan De Lepeleire : Het decreet op de zorgregio's lijkt me een goede basis, ook al is daar kritiek op. De weerstand heeft wellicht te maken met het nieuwe en onbekende. Het kwaliteitsdecreet ken ik onvoldoende om op de vraag van mevrouw Van Cleuvenbergen afdoend te kunnen antwoorden.

Ik ben coördinator en verantwoordelijke van Craetagus, een gecombineerd platform van de verschillende groepen van huisartsen die coördinerend en raadgevend CRA-arts zijn in Vlaanderen, waarin we proberen de functie van CRA-arts zoveel mogelijk te ondersteunen door vorming, het opstellen van documenten, enzovoort. Onze stelling is dat het voor een instelling zeer belangrijk is dat ze weet hoe de individuele huisarts communiceert met het bestaande zorgteam. Huisartsen moeten enerzijds hun patiënten kunnen blijven volgen als die in een instelling worden opgenomen, maar

moeten anderzijds wat vrijheid inleveren met het oog op een enigszins gecoördineerde aanpak op het niveau van die instelling. Door het KB van 2000 heeft de CRA-functie heel wat meer mogelijkheden gekregen ; ze stoot ook op minder weerstand vanwege de huisartsengroep. Via dat kanaal kan er heel wat gedaan worden. We proberen nu op dat niveau een aantal aanbevelingen gecoördineerd te laten verlopen en op onze website (www.crataegus.be) te plaatsen.

Ik ben het met u eens dat geestelijke gezondheidszorg belangrijk is. Ik ken de sector goed. De centra voor geestelijke gezondheidszorg hebben er inder tijd zelf helemaal niet voor geopteerd om op de eerste lijn te zitten. We hebben een aantal pogingen ondernomen. Zo hebben we het Psychogeriatrisch Netwerk Lier opgericht, dat zijn stek heeft in het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en waarbij dat centrum ondersteuning biedt, onder meer door het afnemen van neuropsychologisch onderzoek, in de zorg voor dementerenden. Nu plannen we een gecoördineerde actie tussen rusthuizen, thuisverpleging, huisartsen, maatschappelijk werk en het centrum voor geestelijke gezondheidszorg om de mantelzorgers voor dementerenden te ondersteunen.

Tijdens een opleiding voor afgevaardigden van enkele centra voor geestelijke gezondheidszorg over dementie, heb ik vernomen dat zij niet weten welke rol zij kunnen vervullen. Misschien biedt dit ontwerp van decreet een uitkomst. Plaatselijke initiatieven kunnen ons ook op ideeën brengen.

De heer Jan Van Duppen : Uw optimistische visie op deze catastrofe blijft mij fascineren. De helft van alle huisartsen is ouder dan 50 jaar. Die huisartsen gaan nu worden geconfronteerd met een toenemend aantal wachtdiensten. Van het beperkte aantal jonge artsen dat er jaarlijks bijkomt, haken er bovendien veel binnen vijf jaar af. Het eerste lijnsdecreet is mijns inziens lichtelijk achterhaald door de bittere realiteit.

Het Vlaams Huisartsenparlement waarschuwt ons voortdurend. De nog actieve vijftigplussers, die eigenlijk niet meer hoeven te werken, zullen er nu een pak administratieve taken bij krijgen. Voor deze taken, die ze individueel moeten uitvoeren, worden ze bovendien niet beloond. We mogen ook de aantrekkingskracht die Nederland op onze artsen uitoefent niet uit het oog verliezen. Op die manier zal de behoefte aan eerstelijns geneeskunde niet bevredigd worden. Wie zal over 20 jaar instaan voor de zorg van onze bejaarden ?

De toestand is de voorbije 4 jaar behoorlijk omgeslagen. Dat probleem kan niet zomaar worden opgelost. Om 1.000 bijkomende artsen op te leiden is minstens 9 jaar nodig en bovendien zullen die niet allemaal in het beroep blijven. Mochten de huisartsen al bereid zijn aan dit verhaal mee te werken, dan zullen we ze bovendien nog moeten overtuigen het kwaliteitsdecreet te volgen. Het is zeer de vraag of dat bij veel vijftigplussers zal lukken.

Professor Jan De Lepeleire : Het grote probleem is de bevoegdheidsverdeling tussen het Vlaamse en het federale niveau. Op federaal niveau worden geregeld compromissen gesloten tussen Vlaanderen en Wallonië, met zware gevolgen voor de huisartsen. De discussie over de conventie kent bijvoorbeeld een bizar verloop.

Het probleem is dat de artsen die wij opleiden de problemen onvoldoende inzien. Ze laten het vlug afweten en weigeren zich te organiseren om samen druk op de ketel te zetten.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Bedoelt u dat de nieuwe generatie artsen huiverig staat tegenover groepspraktijken ?

Professor Jan De Lepeleire : Neen, ze willen eigenlijk alleen maar in een groepspraktijk stappen, maar merken dat de huidige regelgeving het hun niet makkelijk maakt. Tachtig procent van de studenten die afstuderen zijn bovendien vrouwen. Op het moment dat ze afstuderen zijn ze gemiddeld 27 jaar. Dat is een leeftijd waarop ze aan een gezin beginnen te denken. De oude generatie verwacht echter dat de jonge artsen ook hun deel van de wachtdiensten doen.

De heer Jan Van Duppen : Oudere artsen laten samenwerken in een netwerk, is op zich een goed idee. Maar veel vijftigplussers weigeren dat omdat jongeren niet bereid zijn te doen wat zij jarenlang hebben gedaan en omdat veel jonge artsen uitwijken naar Nederland of afhaken. Ze werken liever nog enkele jaren op hun eigen manier, zonder potentieelkijkers en zonder al te veel poespas.

Samenwerken is aangenaam, maar daartoe zullen we facilitatoren moeten opleiden. Veel proefprojecten vallen uit elkaar op het moment dat de initiatiefnemer ermee stopt. De Vlaamse Gemeenschap is zich onvoldoende bewust van de, onder meer, financiële implicaties. Zijn de oudere artsen nog bereid op deze manier samen te werken ? Willen de jongere artsen dat en kunnen ze dat zonder de steun van facilitatoren ?

Ik meen ten slotte begrepen te hebben dat u pleit voor een defederalisering van de gezondheidszorg.

Professor Jan De Lepeleire : Dat laatste is een heikel punt. Het federale niveau is lang gestuurd door de medico-mutualistische commissie, in feite een tarievencommissie. Een aparte conventiecommissie voor de huisartsen is geen verstandige keuze omdat de evolutie van de gezondheidszorg veronderstelt dat met veel instanties contact wordt onderhouden.

Ook over de doorstroming van geriatrische patiënten is voortdurend overleg nodig. Ik denk dat een afzonderlijke conventiecommissie voor huisartsen alleen zal leiden tot een afzonderlijk maar kleiner budget, gekoppeld aan bijkomende taken. Ik ben daar dan ook geen voorstander van.

Inzake de vraag naar defederalisering denk ik dat het logisch is om naar min of meer homogene bevoegdheden te streven. De huidige situatie leidt tot heel wat anomalieën, onder meer in het vaccinatiebeleid. Ik weet echter niet in welke mate dit onder het eerstelijnsdecreet valt.

Ik denk dat er heel wat mensen zijn die toch hierin willen investeren. Indien sommigen dit waar kunnen maken, dan zal dat volgens mij toch een voorbeeld zijn waarover zal worden gepraat. Het zijn echter niet altijd de meest representatieve personen die een standpunt vertolken. Op dat vlak zijn er bovendien nogal wat regionale verschillen in Vlaanderen.

Mevrouw Ingrid van Kessel : In het regelen van de positie van de huisarts hebben we nog geen vooruitgang geboekt. We zijn immers sterk afhankelijk van het federale niveau.

Omwille van de daling van het aantal huisartsen wordt het noodzakelijk om op een efficiënte manier samen te werken en contacten te onderhouden met andere hulpverleners. Een stuk globale 'forfaitarisering' van de huisartsengeneeskunde moet op federaal niveau bespreekbaar zijn. Via het globaal medisch dossier worden op dat vlak kleine stappen gezet. Nu komt Vlaanderen met een infrastructuurfinanciering om de groepspraktijken te bevorderen. Ik vrees evenwel dat de artsen hier met een kluitje in het riet worden gestuurd. Het Vlaamse niveau heeft immers nog veel minder geld dan het federale.

Bij de bespreking van de zorgregio's maakten de artsen zich zorgen dat de overheid zich zou gaan bemoeien met de organisatie van de wachtdien-

sten. Deze passage werd toen trouwens uit de tekst geschrapt. Nu is in artikel 10, 10°, echter opnieuw sprake van het bewaken van de permanentieregeling van de zorgaanbieders.

Ik ga ervan uit dat de financiering minimaal zal zijn. Dat wordt in artikel 18 echter gekoppeld aan een verantwoordingsplicht. Wat denken de artsen hierover?

Professor Jan De Lepeleire : De uitvoering van het decreet moet zorgvuldig aangepakt worden. Inzake de wachtdiensten is er het laatste jaar heel wat in beweging gekomen. In mijn regio pleit ik al jaren voor kleine en duidelijke wachtregio's. Tot vorig jaar was dat totaal onbespreekbaar, maar na een aantal incidenten – op nieuwjaar mocht de wachtcoördinator zelf opdraven omdat hij niemand anders bereid vond – is dit toch bespreekbaar geworden. In februari, wanneer ik zelf van wacht ben, zal ik zelf als eerste proefdraaien. Ik denk dat we van die dynamiek gebruik moeten maken.

Het Globaal Medisch Dossier (GMD) illustreert hoe we met incentives een aantal zaken op gang kunnen brengen. Alleen blijkt daar een groot verschil te bestaan tussen Vlaanderen en Wallonië.

2. Uiteenzetting door mevrouw Marleen Haems, Vlaams Eerstelijns Overleg (VELO)

Mevrouw Marleen Haems : Het decreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders, het zogenaamde eerstelijnsdecreet, bestaat uit verschillende delen. Het behandelt achtereenvolgens de opdrachten, de operationele doelstellingen en de werkingsbeginnen van de eerstelijnsgezondheidszorg, de samenwerkingverbanden op het niveau van de praktijkvoering, de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg, de partnerorganisaties in de eerstelijnsgezondheidszorg, de registratie en gegevensuitwisseling op het niveau van de eerste lijn naast administratieve verplichtingen, sancties, verantwoordingsplicht en dergelijke meer.

Voor VELO is het eerstelijnsdecreet een belangrijk decreet. Door dit decreet wordt onder meer duidelijk gesteld voor welke zorg men in de eerste lijn terecht kan, worden contouren getrokken waarbinnen de eerstelijnsgezondheidszorg zich kan ontwikkelen, wordt de kans geboden om bestaande samenwerkingverbanden te erkennen en om nieuwe samenwerkingverbanden te organiseren en krijgt zorgafstemming nieuwe impulsen.

De groei van dit decreet werd door VELO heel nauwlettend gevolgd. Er is op regelmatige basis overleg geweest en elk lid heeft verschillende malen de kans gehad zijn bemerkingsen te formuleren. Mijn bijdrage vertolkt dus de visie van een heel belangrijk deel van de eerste lijn, zijnde huisartsen, apothekers, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, ergotherapeuten, maatschappelijk werk, gezinszorg, tandartsen, sociaal verpleegkundigen, logopedisten, wijkgezondheidscentra, mantelzorgers en thuisverzorgers, landsbonden van ziekenfondsen, ziekenfondsdiensten en 15 SIT's of deel-SIT's.

VELO meent dat het eerstelijnsdecreet nu kansen moet krijgen. Dat decreet bevat belangrijke boodschappen voor de eerstelijnsgezondheidszorg waarmee de patiënt een betere zorgverlening kan worden gegarandeerd.

Met dit decreet worden de mogelijkheden van de zorgorganisatie op de eerste lijn uitgetekend. Deze basis zou eigenlijk zeer duurzaam moeten zijn.

Later gaat men hierop dan verder bouwen. Het is evident dat VELO ook bij de verdere uitbouw sterk betrokken wenst te blijven. Het zal ook verdere initiatieven nemen in verband met het overleg binnen de sector.

Toch hebben we ook een aantal bedenkingen. Vooreerst verlangt VELO een vereenvoudiging van de terminologie. Het hanteren van verschillende termen waarmee nauwelijks iets verschillends wordt bedoeld, is zeer moeilijk werkbaar. Als men op elektronische wijze gegevens wil verzamelen, is het belangrijk dat de dingen eenduidig benoemd worden.

Het eerstelijnsdecreet heeft het over de zorgaanbieder en de zorgverstrekker, maar in de federale wetgeving over de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's) spreekt men over zorgverleners. Wij vinden dat beiden toch in elkaars verlengden moeten liggen.

Hetzelfde kan eigenlijk gezegd worden over GDT en SEL, twee termen die in Vlaanderen nagenoeg dezelfde betekenis zullen hebben.

Verder lijkt het ons aangewezen eerder de term zorggebruiker te hanteren dan de term gebruiker, zeker als men met de term gebruiker niet het eventuele consumptiegedrag wil accentueren zoals vermeld in de memorie van toelichting.

De ziekenfondsen, die lid zijn van VELO, vermelden uitdrukkelijk dat de term ziekenfondsdiensten in dit decreet te eng omschreven is. Zij pleiten voor een omschrijving die sterk overeenstemt met de omschrijving van de regionale dienstencentra. Dat betekent dat er ook ruimte moet zijn voor de verwijzing en de organisatie van vrijwilligerswerk, de uitlening van personenalarmtoestellen, met voorstellen en voorzieningen, met het organiseren van infosessies over thuiszorg en dergelijke meer.

Voor bestaande samenwerkingsverbanden, zoals bijvoorbeeld de monodisciplinaire groepspraktijken, de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en de Vlaamse wijkgezondheidscentra, is dit een belangrijk ontwerp. Na de uitvoeringsbesluiten kunnen ze dan erkend worden en een volwaardige partner worden in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Het is niet duidelijk of het recht op subsidiëring voor infrastructuur van de wijkgezondheidscentra zou moeten uitgebreid worden naar alle multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, als ook naar de ratio rechthebbenden en gerechtigden met een verhoogde tegemoetkoming tot de andere rechthebbenden en gerechtigden hoger ligt dan het landelijk gemiddelde. Of moeten deze mensen naar een wijkgezondheidscentrum ?

Met de erkenning door de Vlaamse regering van de samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) krijgt praktijkoverschrijdend werken gestalte. Wat in de SIT's gebeurde, wordt nu uitgevoerd door de SEL's. En met de oprichting van de SEL's stemt de Vlaamse regering haar beleid af op de federale regering en de ontwikkeling van de GDT's.

De Vlaamse overheid engageert zich tot het bepalen van zorgregio's. Dat is allicht een noodzakelijk kwaad. Er bestaan immers al heel wat regionale afbakeningen. Het zorgregiodecreet is positief. VELO is eind 2003 gestart met een implementatieproject.

In artikel 10 van het ontwerp worden de opdrachten van de SEL's gespecificeerd. Bij het overleg over dit ontwerp kwamen heel vaak vragen over het zogenaamde bewaken van de permanentieregeling van de zorgaanbieders. Zelf al moet het SEL de permanentie niet organiseren – dat zou het trouwens niet kunnen – hoe en met welke middelen zal het dan deze permanentie bewaken ? Welke regels zal het SEL hiervoor opstellen of hanteren ? Van welke sancties kan het gebruik maken ? Hoe zal het SEL dag- en nachtpermanentie organiseren ? Met welke middelen ? Zorgaanbieders

wensen niet betutteld te worden. Elk van de disciplines wordt al sterk gecontroleerd en bijkomende controle vanwege het SEL is overbodig.

In hoofdstuk 5 wordt gesproken over partnerorganisaties. Dat is een positief begrip en het geeft de mogelijkheid om bijzondere expertise aan te wenden die niet in elke zorgregio aanwezig is, eenvoudigweg omdat zorgregio's hiervoor te klein zijn. Toch moet er meer duidelijkheid komen. Door de vage omschrijving kunnen organisaties niet bepalen of ze in aanmerking komen. Dat kan in de uitvoeringsbesluiten verduidelijkt worden.

Bovendien garanderen driejaarlijkse convenants de continuïteit niet en zo wordt het personeel niet gemotiveerd voor inspanningen op lange termijn.

Ik benadruk dat alles zal afhangen van de financiering. Ook al is de concrete uitwerking materie voor uitvoeringsbesluiten, toch is het goed nu reeds een budget op te maken waarbinnen men plannen kan maken. Nu is de financiering reeds een bekend probleem van de SIT's. Zolang het besturen van een SEL als vrijwilligerswerk wordt beschouwd door het niet te honoreren, wordt er een rem op de professionalisering gelegd. Men kan ook moeilijk kandidaten vinden.

Voor VELO moet dit ontwerp van decreet alle kansen krijgen. Er is nog verbetering mogelijk. De meeste knelpunten kunnen worden opgelost in de uitvoeringsbesluiten. Voorwaarde is wel dat het werkveld bij de uitwerking ervan betrokken wordt. Dan menen we dat met dit ontwerp een historische stap kan worden gezet in de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg in Vlaanderen.

Het is belangrijk dat de eerstelijnsgezondheidszorg beter gestructureerd en erkend wordt. Op voorwaarde dat de administratieve rompslomp vermindert, is dat eerder een steun dan een bijkomende belasting.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : Wat vindt VELO van het ontbreken van een verband met geestelijke gezondheidszorg ?

Mevrouw Marleen Haems : VELO wenst meer overleg met de geestelijke gezondheidszorg. We werken al jaren aan een model voor de eerstelijns-hulp. Daarbij kwamen we tot het RELO, het regionaal eerstelijns-overleg. In het model stond de geestelijke gezondheidszorg op een hoger niveau, dat wil zeggen dat de regio's soms te klein zijn om alleen de expertise op te bouwen. Het is echter duidelijk dat er een gestructureerd overleg met de

SEL's zal moeten zijn. Ook de huisartsen en de maatschappelijke werkers willen meer integratie en overleg. Dat is echter een kwestie van lokale organisatie.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Is er een overkoepelend orgaan voor de SIT's ? In welke mate kan VELO namens de SIT's spreken ?

Mevrouw Marleen Haems : Er zijn zowel individuele SIT's als overkoepelende SIT-structuren, bijvoorbeeld per provincie, lid van VELO. De SIT's van West-Vlaanderen zijn afzonderlijk lid. De overkoepelende structuur van Oost-Vlaanderen, OVOSIT, is lid ; voor de provincie Antwerpen is dat Diamant ; voor Limburg LISTEL ; voor Vlaams-Brabant GOAL. Er zijn ook nog een aantal individuele SIT's, die toch nog op de hoogte wensen te blijven en ook zelf lid zijn. In totaal vertegenwoordigt VELO 15 SIT's. Het is niet echt een overkoepelende structuur, maar de meeste SIT's zijn wel aangesloten bij VELO.

Bij het overleg over dit ontwerp, maar ook over de zorgregio's, hebben we trouwens alle coördinatoren en voorzitters van de SIT's uitgenodigd. We organiseren eigenlijk onze eigen hoorzittingen vooraleer een standpunt te formuleren.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Wat zijn de belangrijkste verschillen tussen SIT's en SEL's ? De taken van de SEL's zijn immers omvangrijker : bewaken van de permanentieregelingen, afstemming van het aanbod op de behoeften, klachtenbemiddeling. De Gezondheidsraad vroeg ook al hoe een SEL het aanbod kan afstemmen op de behoeften.

De financiering is dus heel belangrijk. Hoe wordt die best georganiseerd ? Hoeveel middelen zijn er nodig ?

Mevrouw Marleen Haems : De taken van de SEL's zijn inderdaad uitgebreider : registratie, bewaking van permanentieregelingen, een klachtenmeldpunt. Het beschikken over een geactualiseerd bestand van zorgaanbieders was voorheen niet expliciet vermeld, alhoewel het eigenlijk wel een belangrijke taak is. Globaal is de taakomschrijving echter verbeterd.

De bewaking van de permanentieregeling moet door de verschillende disciplines verzorgd worden. Voor de artsen en de apothekers doet de Provinciale Geneeskundige Commissie dat nu al. De cel moet eerder op de hoogte zijn van de permanentieregeling van de verschillende disciplines, maar niet bestraffen of toezicht houden.

We hebben nog geen begroting opgesteld. VELO en de SIT's zijn geen voorstander van een financiering per zorgenplan. Er zijn verschillende andere mogelijkheden, bijvoorbeeld op basis van parameters, zoals het aantal inwoners of de demografische kenmerken van de regio. Daarvoor moet een model opgesteld worden.

3. Uiteenzetting door mevrouw Anne Dedry, expert thuiszorgbeleid van de dienst gezinszorg van de VZW Landelijke Thuiszorg

Mevrouw Anne Dedry : Ik spreek niet namens een koepel. Onze dienst werkt in drie provincies, zeer sterk in Vlaams-Brabant en Antwerpen en beperkt opstartend in Limburg. Wat we heel positief aan dit decreet vinden, is dat er een duidelijke visie in zit. Het is de eerste keer dat er duidelijke gecoördineerde wetteksten komen over de eerste lijn in zijn geheel. Zeer positief is dat de thuiszorg, de thuiszorgdiensten en de thuisverzorging betrokken worden, want al te vaak centraliseert zich de eerste lijn rond de huisartsen en worden de andere actoren over het hoofd gezien. Voor ons is het zeer belangrijk dat het principe van de subsidiariteit drie keer terugkomt in het decreet. Ook positief is het oog voor samenwerking, de klemtoon op de multidisciplinaire aanpak en vooral het feit dat het hier gaat over een samenwerkingsdecreet dat én gezondheidszorg én welzijnszorg probeert te omvatten. Ik ben het dan ook niet eens met de heer Van Duppen dat dit decreet achterhaald zou zijn.

Het is de eerste keer dat we een minister hebben die gezondheid en welzijn in haar bevoegdheid heeft. Dat beginnen we nu eindelijk te zien, ook in teksten en decreten. Het water tussen gezondheidszorg en welzijnszorg is namelijk heel erg diep. Daarom is dit decreet een mijlpaal qua visie. Ik ben het eens met de stelling van mevrouw van Kessel dat als het aantal huisartsen vermindert, het belangrijk is dat de brug tussen gezondheidszorg en welzijnszorg steviger wordt gemaakt.

De concrete vertaling van deze positieve visie heb ik teruggevonden in een aantal belangrijke artikels. In artikel 2 heeft men zeer uitdrukkelijk het begrip zorgaanbieders ruimer omschreven dan zorgverstrekkers, waardoor ook lokale dienstencentra en diensten voor gezinszorg een plaats en een gezicht krijgen in de eerste lijn en ook in de wetteksten vernoemd worden. In artikel 3 vind ik een eerste keer het begrip subsidiariteit terug en ik vind dat heel belangrijk. Er wordt in dit decreet uitdrukkelijk gekozen voor een eerste lijn waar de zorg dicht bij de mensen staat, met vrije keuze voor zelfzorg-

vermogen, thuiszorg en toegankelijkheid als principes.

Een tweede maal dat ik het principe toegepast zie, is waar men binnen de eerste lijn, waar mogelijk, voor het laagste niveau van zorg kiest, bijvoorbeeld voor mantelzorg of gezinszorg. Voor ons is dat een belangrijke waardering van onze werksoort. Een derde keer is overal waar het decreet spreekt over het niet ingrijpen in de zorg, maar het willen faciliteren en het willen stimuleren van samenwerking. Ook een positieve concrete vertaling is artikel 4 waar de taakafspraken en het zorgplan worden beschreven. Ik kom daar in mijn bezorgdheden op terug, want bij de zorgplannen is er wel een probleem. Ik vind het ook belangrijk dat men minstens één artikel rond de tweede lijn opneemt en niet de eerste lijn definieert ten opzichte van de tweede lijn, maar de link naar de tweede lijn openhoudt in artikel 5.

De opdrachten en de taken, zoals geformuleerd in artikel 9 en 10, zijn in orde, vooral omdat er een uitdrukkelijke vermelding komt van mantelzorgers en vrijwilligers en omdat het SEL een ondersteuning moet bieden van een zorgproces en niet zelf zorg aanbiedt. De registratie in artikel 9 en 10 is ook van groot belang, maar hier is gezinszorg ontwikkelingsgebied en daar wil ik het bij mijn bezorgdheden ook over hebben. Artikel 12 is ook een positieve concrete vertaling in die zin dat de multidisciplinaire samenstelling van het SEL hier een goede Vlaamse invulling krijgt. Hier is sprake van een afstemming op federaal vlak via het protocol dat afgesloten is, waar minimaal over huisartsen en thuisverpleegkundigen gesproken wordt en men hier de complete aanvulling maakt naar multidisciplinaire samenstelling met de hele sector in het Vlaamse landschap.

Wat artikel 13 betreft : er is in onze sector terecht veel commotie rond de zorgregio's, maar het is positief dat er geen overlappingsen of blinde vlekken meer zijn en dat men het uitprobeert via een implementatieproject, waaruit zal blijken waar er nog bijgestuurd moet worden.

Een laatste positief luik is voor mij alles wat in dit decreet te maken heeft met de afstemming op federaal vlak. Het is uniek dat er een protocol is afgesloten in 2001 tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Men is er in geslaagd om een eigen engagement met respect voor de bevoegdheden van elk niveau zo te maken, dat iedereen binnen de eigen bevoegdheid de eerste lijn kan versterken, en daar is dit decreet de emanatie van op het Vlaamse niveau.

Het is de eerste keer dat federaal geld via heel concrete forfaits, via Riziv-forfaits, voor inschalen van patiënten of voor multidisciplinair overleg op die manier kan geïncorporeerd worden. Dat gezondheidszorg en welzijnszorg eindelijk dichter bij elkaar gekomen zijn, vind ik een tweede voordeel. Het is een positief gevolg dat de gezinszorg als sector volwaardig in aanmerking komt om daaraan deel te nemen en ook in dat systeem van die forfaits kan participeren. Een laatste positief punt is dat er een decretale basis gecreëerd wordt om de praktijkondersteuning en de groepsondersteuning mogelijk te maken.

Als georganiseerde dienst is het altijd gemakkelijker wanneer men groepen kan aanspreken. Een groepspraktijk heeft een gezicht. Bij solo-artsen of -verpleegkundigen is dat moeilijker. In een multidisciplinaire groepspraktijk heerst een cultuur van overleg en van zorgplannen, wat voor onze sector belangrijk is.

Artsen en verpleegkundigen die zelf gewend zijn om in groep te werken, zijn iets meer geneigd om te delegeren naar verzorgenden of naar poetshulpen, wat bij soloverstrekken iets minder gemakkelijk gaat. Misschien heeft het ook met leeftijd te maken.

Wat mijn bezorgdheden betreft, vind ik een aantal dingen nogal klinken als een lege doos. Wat rond toegankelijkheid wordt gezegd in artikel 9, § 3, vind ik redelijk wollig geformuleerd. Het is goed dat de SEL's inspanningen moeten doen om de toegankelijkheid te verhogen, maar hoe gaat dat gebeuren en in welke middelen is daarvoor voorzien ?

Twee heel belangrijke pijnpunten hebben te maken met de verwijzing naar de GDT in artikel 10, wat met de schalen voor de evaluatie van de zelfredzaamheid en de zorgplannen te maken heeft. Wat de schalen betreft, wil ik namens de hele sector de bezorgdheid uiten over welke schaal het nu gaat worden. Op federaal vlak is er een werkgroep geweest. Welke richting men nu uitgaat, is absoluut niet duidelijk. Er zijn immers veel verschillende schalen. Het is voor onze sector een onmogelijke zaak, wanneer men een keuze zou maken of een optie zou nemen voor een schaal die onze maatschappelijke werkers gaan moeten gebruiken en die niet aangepast is aan onze sector. Ik weet wat het betekent een hele sector te moeten omscholen. Ik vraag dan ook om geen overhaaste beslissingen te nemen en met de sector overleg te plegen.

De manier waarop de zorgplannen omschreven worden, is pure wishfull thinking. Dat werkt niet in de praktijk. We voelen ons verweesd en vragen steun. Onze verzorgenden worden niet gehonoreerd. Ik heb zelf een enquête gedaan bij de 900 verzorgenden van onze eigen dienst om na te gaan wanneer en hoe vaak er zorgplannen zijn en hoe vaak zij het gevoel hebben dat zij iets aan die zorgplannen hebben en ze begrijpen. Dat is bedroevend weinig : naargelang van de handeling van 0 tot 28 procent. Zelfs over verpleegkundige handelingen licht het zorgplan onze verzorgenden onvoldoende in.

Multidisciplinaire vorming is een heel mooi voor-nemen, maar ik weet niet hoe wij daaraan kunnen participeren. We hebben immers heel weinig uren vorming in het gesubsidieerd kader. Zijn daar mid-delen voor en hoe gaat dat gebeuren ? Hetzelfde geldt voor de dag- en nachtpermanentie.

Andere pijnpunten of luchtkastelen die typisch zouden kunnen zijn voor gezinszorg, zijn de schalenproblematiek, de zorgplannenproblematiek, de multidisciplinaire vorming en de betoelaging daarvan, en de registratie. Wij zijn zelf een grote voorstander van registratie maar in onze sector zijn er nog bijna geen – laat staan gevalideerde – gegevens over profielen van onze cliënten of van wat onze verzorgenden allemaal doen. We zijn een ontwikkelingsgebied, zeker in vergelijking met de sector van de huisartsen of verpleegkundigen. Voor een deel moet elke sector zichzelf responsabiliseren, maar we worden daartoe door de overheid ook niet aangemoedigd. Over onze grote zorgsector bestaan zeer weinig wetenschappelijke gegevens. Het is zeer belangrijk dat de overheid werk maakt van een geprofessionaliseerde registratie in onze sector.

Het is positief dat gezinszorg als een volwaardige partner, met dezelfde opdrachten, in het SEL is opgenomen. We hebben evenwel niet dezelfde instrumenten als de andere zorgverstrekkers. Onze financiering is zeer verschillend. Een Riziv-financiering is een open-endfinanciering. Wij daarentegen zitten met een urencontingent. Als dat contingent in het midden van het jaar over de helft blijkt te zijn – wat niet uitzonderlijk is – kunnen we in de tweede helft van het jaar onze engagementen, die we in het kader van een samenwerking zouden maken rond continue zorg of naadloze overgang, niet meer waarmaken. We kunnen dus geen volwaardige partner zijn, want onze credibiliteit is seizoensgebonden. Dat trekt zich door op alle vlakken, ook op het vlak van overlegtijd. De tijd voor

alle opdrachten in verband met de organisatie van de eerste lijn is niet gesubsidieerd.

Voor de naadloze overgang hebben wij de ervaring dat het nog altijd de intramurale sector is die overwegend de voorwaarden tot ontslag bepaalt. Het ziekenhuis bepaalt wanneer de patiënt op onze schoot terecht komt, niet altijd in evenveel overleg met de thuiszorg. Voor een naadloze overgang is het overleg niet alleen binnen de eerste lijn, maar vooral ook met de tweede lijn zeer belangrijk. Als ik zie dat er een aantal vormen ontstaan van transmurale zorg, waar personeel uit de tweede lijn op de eerste lijn zorg gaat toedienen, dan baart me dat zorgen. In dit ontwerp van decreet vind ik geen afbakening en bescherming van de eerste lijn terug.

Tot slot : het is niet omdat iets logisch klinkt dat het logisch is. De kritiek die op de zorgregio's is geuit, is begrijpelijk en logisch, maar zeer relatief. Zeker in Vlaams-Brabant zijn de provinciale grenzen langs verschillende kanten doorgeknipt en de natuurlijke doorverwijzingscontacten door elkaar geklutst. Dat wordt dus wennen. Anderzijds heb ik op federaal vlak net dezelfde discussies meege-maakt met de huisartsenkringen, die vasthielden aan de territoriale afbakeningen die zij van ouds her hanteerden. Het is vervelend rond de tafel te moeten zitten met officiële vertegenwoordigers, die niet vertegenwoordigen wat de achterban zegt.

Wallonië heeft bovendien heel anders gereageerd op het protocol. Het wacht eerst af hoeveel federaal geld er komt, en kijkt dan wat daarmee moet gebeuren. Vlaanderen daarentegen legt van meet af aan een boel regels en normen op en is dan ontgoocheld dat er maar een beperkte federale geldsom tegenover al die inspanningen staat. Ik ben geen voorstander van de chaos die er vaak in Wallonië heerst op het vlak van gezondheids- en welzijnszorg, maar als men naar de verschillen kijkt, wordt de discussie rond de regio's wel tot zijn ware proportie herleid.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : In de landelijke thuiszorg, waartoe u behoort, is toegankelijkheid toch enigszins anders dan in een meer stedelijke agglomeratie. Zal u in de praktijk die problemen van mobiliteit ook ervaren bij de toepassing van dit decreet ?

U hebt het voortdurend over de 'verzorgenden'. Er is echter ook het begrip 'zorgkundigen', dat weliswaar nog altijd niet operationeel is. Daar denkt u toch ook aan ? Als er ooit zorgkundigen komen volgens het federaal uitgewerkte concept, heeft dit te maken met een team waarin verschillende per-

sonen multidisciplinair moeten gaan samenwerken. Vindt u dat dit ontwerp van decreet dat al moet incalculeren ?

Mevrouw Anne Dedry : Toegankelijkheid is inderdaad moeilijker voor een dienst die actief is in landelijk gebied. Woningen van bejaarde mensen zijn daar vaak in een heel slechte staat. Afstanden zijn er groter en wachtdiensten liggen er vaak moeilijker, zeker in verpauperde streken. Dat is zeer belangrijk. Ik wilde veeleer weten hoe de decreetgevers dat zelf zien.

Door het grote tekort aan uren waar Vlaams-Brabant mee kampt, wordt de toegankelijkheid in bepaalde regio's een probleem. De wachtlijsten zijn lang. Een verzorgende, die drie tot vier mensen per dag bezoekt, met twee uur per bejaarde of chronisch zieke. Kunnen we de contingenten nog meer versnipperen ?

De vraag over verzorgenden en zorgkundigen is tegelijk moeilijk en boeiend. De aangehaalde problemen met het team en de supervisie worden enigszins overdreven omdat er ook kansen steken in dit ontwerp van decreet.

In het KB betreffende de zorgkundige is sprake van de gestructureerde equipe en nauw samenwerken met de verpleegkundige. Dit ontwerp van decreet stimuleert net die samenwerking. Verpleegkundigen en verzorgenden zullen met elkaar moeten samenwerken zodra ook de verzorgenden met het zorgplan werken. Op die manier ontstaat vanzelf een gestructureerde equipe, zelfs als men niet voor dezelfde werkgever actief is. Diensten kunnen immers protocollen afsluiten. Ik ben alleen bezorgd dat men de sector gezinszorg zal vergeten.

Mevrouw Ingrid van Kessel : De laatste zin van uw tekst luidt : "Vlaanderen boven, met veel eigen regels, is niet altijd de verstandigste strategie". Ik zou graag hebben dat u dat vervangt door : "Vlaanderen boven, met gepaste eigen regels".

Ik had verwacht dat gezinszorg zich zou afvragen hoe er over samenwerking kan worden gesproken als er geen voldoende aanbod is. De middelen voor de gezinszorg zouden jaarlijks met 4 percent moeten groeien. De sector zou eerst moeten aandringen op meer middelen vooraleer af te spreken met artsen en verpleegkundigen.

Vanwege de wankelende financiering zeggen de artsen dat ze beter patiënten kunnen verzorgen dan naar overlegvergaderingen te gaan. Gezinszorg twijfelt wegens een beperkt urencontingent. De zorgplan-

ning wordt als een lege doos omschreven. De uiteindelijke doelstelling van dit ontwerp is dat de patiënt er beter van wordt. Zal men daarin slagen ?

Mevrouw Anne Dedry : Ik zeg niet dat de patiënt niet beter zal worden van de zorgplanning. Voorlopig zijn het vooral de verpleegkundigen en de artsen die onderling zorgplannen opstellen, waardoor de verzorgende en de patiënt er nog niet veel aan hebben. Verpleegkundigen en verzorgenden zullen daar samen voor moeten zorgen. Dit ontwerp van decreet biedt ons alle kansen om van het zorgplan een echt multidisciplinair instrument te maken.

Het klopt dat wij meer uren nodig hebben, maar tegelijk moet ik erop wijzen dat de uren ook verdeeld zijn. De schaarste is niet in alle regio's even groot. De verhouding tussen de zorgbehoefte per cliënt en het toegekend aantal uren thuiszorg, is niet in alle regio's gelijk.

De financiering per uur zorgt er bovendien voor dat de dienst geen verantwoordelijk beleid kan voeren. We zouden moeten zoeken naar een systeem dat het ons mogelijk maakt rekening te houden met de concrete zorgbehoefte. Het huidige systeem is zowel een ramp als een zegen.

Wie zijn dienst goed wil beheren, wordt geconfronteerd met een voortdurend gebrek aan uren. Wie daar niet zo op uit is, kan alle uren in het begin van het jaar uitdelen en zich er de rest van het jaar van af maken met het simpele antwoord dat de uren op zijn. De overheid spoort ons niet aan om een goed en verantwoordelijk beleid te voeren. Op enkele lichte bijstellingen na is er nooit iets veranderd. Er is een gebrek aan uren, maar waar ik zopas op heb gewezen, is een veel fundamenteeler probleem.

4. Uiteenzetting door de heer Geert Berden, Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB), deelgroep Spoedgevallenverpleegkundigen

De heer Geert Berden : Wij zijn heel tevreden dat de voorzitter van de Algemene Unie van Verpleegkundigen in België ons vroeg, want officieel maken wij geen deel uit van de eerstelijnsgezondheidszorg. De definities in de memorie van toelichting tonen dat aan. Toch is bijna driekwart van ons werk het gevolg van de gebrekkige toegankelijkheid van die eerste lijn. Het gaat daarbij zowel om de problematiek van de wachtdiensten van de huisartsen, die hier al aan bod is gekomen, als om heel wat andere problemen. Zo werd gisteren de dienst 100 opgeroepen door een zorgbehoevende mantelzor-

ger en zijn gehandicapte dochter. Bij geen van beiden was een acute medische indicatie voor ziekenhuisopname, maar door toegankelijkheidsproblemen werd toch een beroep gedaan op de dienst 100.

Onze tekst is representatief voor de spoedgevallen-diensten die sedert de wet van 1998 eerste opvang-diensten of diensten gespecialiseerde functies worden genoemd.

We denken dat dit decreet misschien een gemiste kans is voor de permanentie psychosociale opvang. In onze alsmat complexer wordende samenleving nemen de sociale en de psychische problemen toe, onder meer zelfdoding, stoffenmisbruik, criminaliteit, marginaliteit en ongevallen. Buiten de kantooruren blijken er vaak heel wat opvangproblemen te zijn. Daarom pleiten we voor een regionale wachtdienst. Dat hoeft geen bijkomend orgaan te zijn. Het kan volstaan dat men hiervoor oog heeft binnen de bestaande samenwerkingsverbanden. Dat zou dus best in het decreet worden ingeschreven.

Zorgvragers komen vaak op onze diensten terecht omdat er problemen zijn met de beschikbaarheid van wachtdiensten, onder meer de huisartsenwachtdiensten. We staan positief tegenover de initiatieven die werden genomen door federaal minister Vandenbroucke, onder meer de huisartsenposten. Wij pleiten wel voor meer samenwerking tussen de bestaande diensten, waarbij ook de diensten eerste opvang en de diensten gespecialiseerde spoed moeten worden betrokken. In Nederland loopt een dergelijk systeem vrij goed. Wij denken aan een systeem waarbij alle betrokkenen hun autonomie kunnen behouden.

De spoedgevallendiensten zullen binnen dat samenwerkingsverband ook beter de signaalfunctie kunnen vervullen waarover sprake is in het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad. De samenwerking zal volgens ons ook leiden tot een groter personeelsrendement en tot kostenbesparing.

Zeker in landelijke regio's zijn er soms ook problemen met de toegankelijkheid van sommige zorgverleners. In het verlengde daarvan ligt het probleem van de informatie en de klachtenregistratie. Wij zijn van mening dat een provinciaal permanent contact- of informatiepunt noodzakelijk is. Misschien kunnen die georganiseerd worden naar Frans model, in het verlengde van een aantal noodcentrales. Misschien kan dat worden opgezet via de SEL's of via de huisartsenwachtdiensten. Op dit ogenblik gebeurt het soms dat een mantelzorger of

een zorgvrager bij ons komt aankloppen voor een zuurstoffles of voor een insulinepen, omdat de apotheker hem niet kan helpen. Het is ook onmogelijk op zondagnamiddag een tandarts van wacht te vinden. In de wachtregelingen van de tandartsen is er immers geen dekking meer op zondagnamiddag. Er is alleen een oplossing gevonden voor de zaterdagnamiddag en de zondagvoormiddag. Ook in dat geval komen de mensen bij ons terecht. We pleiten ook voor een bundeling van de klachtenregistratie in een soort van provinciale ombudsfunctie. We denken dat dit vrij vlot zou moeten kunnen verlopen.

Onder meer in de memorie van toelichting en in het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad is er sprake van de signaalfunctie en van de ondersteuningsfunctie die wij kunnen hebben. Daarom pleiten we voor de betrokkenheid van onze diensten in de SEL's. We denken dat we een evenwaardige mede-actor kunnen zijn. Dit sluit aan bij de positieve evolutie naar meer transmurale zorg.

Ten slotte wil ik nog aandacht vragen voor de situatie van de ambulanciers, die al jaren aansleept. Ambulanciers verkeren in de onwettelijkheid bij de uitvoering van een aantal levensreddende handelingen die ze regelmatig moeten uitvoeren. De decreetgever moet op dit vlak initiatieven nemen. Vorig jaar werd er hierover in het Vlaams Parlement een resolutie ingediend. Dat is een positief initiatief, maar intussen blijft de sector nog steeds op zijn honger zitten. Het Vlaams Parlement slaagt er niet in een oplossing te vinden vanuit de niet-dringende aangelegenheden, die nochtans een Vlaamse bevoegdheid zijn.

De voorzitter : In deze laatste materie is er wel degelijk beweging gekomen en zal binnenkort een initiatief worden genomen.

Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen : In de pers verschijnen regelmatig cijfers over de patiënten die naar een spoeddienst gaan hoewel ze door een huisarts zouden kunnen worden geholpen. Zijn die cijfers wetenschappelijk ? Kunnen de leden van deze commissie hiervan een overzicht krijgen ?

Komen de zorgregio's overeen met de bestaande regio's van de diensten 100 en van de MUG's ?

Hebben jullie cijfers over de mate waarin jullie de psychosociale permanentie verzorgen die eigenlijk door de eerste lijn zou moeten worden opgevangen ?

De heer Geert Berden : In de regio Sint-Truiden ben ik actief als hoofdverpleegkundige bij een functie gespecialiseerde spoed, ziekenwagendienst 100 en een MUG. Wij hebben dit gedurende een periode geïnventariseerd. Ook als secretaris van de Vlaamse vereniging voor spoedgevallenverpleegkundigen heb ik in dit verband een aantal initiatieven genomen. Er zijn echter weinig sectoroverschrijdende cijfers buiten onze sector.

We willen de cijfers voor onze regio wel beschikbaar stellen.

Het is nog altijd moeilijk om criteria te bepalen met de huisartsen, of met de veredelde spoedhuisartsen, de mensen met een brevet acute geneeskunde (BAG). Dat zijn huisartsen die een beperkte aanvullende opleiding krijgen en die op de diensten spoed en eerste opvang worden ingezet. Eigenlijk zijn er dus drie niveaus van geneesheren die op de eerstelijnsgezondheidszorg werken. Tussen die drie beroepsgroepen is er geen consensus over een taakverdeling.

In 18 jaar verpleegkunde op spoed heb ik nog nooit zo veel eerstelijnsgezondheidszorg en zo weinig spoedwerk beoefend. Dat neemt jaarlijks toe. Het inventariseren zonder duidelijke criteria, over welke kwalen welke arts moet behandelen, is onmogelijk. We pleiten dan ook voor een positieve samenwerking tussen de drie beroepsgroepen op lokaal vlak. Dan kan er in de stille uren een centraal contactpunt opgericht worden, waar de hulpvrager terecht kan. De dispatcher kan dan de lokale criteria hanteren om de betrokkene naar de juiste hulpverlener door te verwijzen. Nu hechten bepaalde huisartsen zelf wonden, anderen verwijzen door naar de spoeddiensten. Anderen leggen het criterium bij de leeftijd of de geestelijke gezondheid van de patiënt. Een duidelijke afbakening zal dus moeilijk zijn. Regionale afspraken kunnen echter al veel problemen oplossen.

Algemeen wordt gesteld dat 50 tot 75 procent van het aantal spoedgevallen eigenlijk zou kunnen worden opgelost door een deskundige, goed uitgeruste huisarts. Ik denk dat 50 procent vrij realistisch is.

Op provinciaal niveau is er een overlappingskaart voor Limburg. Er is wel al sprake geweest om de SIT's dat te laten afwerken. Ik zal samen met de mensen van de provincie bekijken of er overlappingen zijn.

Professor Jan De Lepeleire : In het begin van de jaren negentig was er een project over de ambulan-

cediensten in de regio's Mortsel en Luik. Toen hebben we een mooi samenwerkingsverband uitgewerkt tussen de huisartsen en de dienst 100, waarvan de effectiviteit bewezen was in internationale studies. Het federale niveau en meer bepaald de toenmalige minister van Sociale Zaken Dehaene heeft die kans laten liggen.

Daarna is de werklast van de spoeddiensten beginnen stijgen. Tien jaar geleden was iedere ziekenhuisdirecteur fier als hij kon aantonen dat het aantal consultaties op de spoedgevallendienst was toegenomen. Nu is duidelijk dat ze dat niet kunnen volhouden. Het is een complex probleem.

Er bestaan cijfers over het experiment in Mortsel, maar ook over de pediatrie spoedgevallen, opgesteld door de heer Luk Annoodt. Er is ook een boeiende scriptie van professor Sabbe, huidig diensthoofd van de spoedgevallendienst in Leuven. Hij schetst het probleem van het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten en wijst erop dat er in alle landen vergelijkbare problemen zijn.

Volgende week wordt er in het kader van een medico-mutualistische conventie een federale werkgroep opgestart om dat probleem te verhelpen.

Bij het reeds vermelde experiment bleek dat 50 procent van de oproepen voor de toenmalige 900 konden worden behandeld door de huisarts. Dat is het gevolg van een historisch gegroeid, maar verkeerd beeld over de werkzaamheden van de spoeddiensten. De invloed van televisieprogramma's over ziekenhuizen, zoals ER, op het gedrag van de bevolking blijkt overigens veel groter dan de invloed van de wetten.

De voorzitter : Ik dank alle sprekers voor hun bijdragen aan deze hoorzitting.

De verslaggever,

De voorzitter,

Ria VAN DEN HEUVEL

Koen HELSEN