

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
COMMISSIE VOOR DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN**SÉANCE DU JEUDI 21 MARS 1996**
VERGADERING VAN DONDERDAG 21 MAART 1996**SOMMAIRE :**

DEMANDE D'EXPLICATIONS (Discussion):

Demande d'explications de M. D'Hooghe au ministre de la Santé publique et des Pensions sur «l'organisation de l'aide médicale urgente».

Orateurs : **M. D'Hooghe, M. Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions, p. 188.

INHOUDSOPGAVE :

VRAAG OM UITLEG (Bespreking):

Vraag om uitleg van de heer D'Hooghe aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over «de organisatie van de dringende medische hulpverlening».

Sprekers : **de heer D'Hooghe, de heer Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen, blz. 188.

PRÉSIDENCE DE MME MAXIMUS, PRÉSIDENTE
VOORZITTERSCHAP VAN MEVROUW MAXIMUS, VOORZITTER

La séance est ouverte à 12 h 20 m.

De vergadering wordt geopend om 12 h 20 m.

VRAAG OM UITLEG VAN DE HEER D'HOOGHE AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID EN PENSIOENEN OVER «DE ORGANISATIE VAN DE DRINGENDE MEDISCHE HULPVERLENING»

DEMANDE D'EXPLICATIONS DE M. D'HOOGHE AU MINISTRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DES PENSIONS SUR «L'ORGANISATION DE L'AIDE MÉDICALE URGENTE»

De Voorzitter. — Aan de orde is de vraag om uitleg van de heer D'Hooghe aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over «de organisatie van de dringende medische hulpverlening».

Het woord is aan de heer D'Hooghe.

De heer D'Hooghe (CVP). — Mevrouw de Voorzitter, eigenlijk had ik over dit onderwerp een mondelinge vraag ingediend voor de plenaire vergadering van 29 februari. Ik had mijn tekst op reglementaire wijze ingediend, maar de Voorzitter van de Senaat opende de vergadering met een in memoriam voor collega Deneir en voor de andere slachtoffers van het ongeval, dat toen juist had plaatsgehad. Hij prees ook de hulpdiensten voor het werk dat ze hadden geleverd. Mevrouw Smet deed namens de Regering hetzelfde. Ik vond het dan ook niet gepast om op dat ogenblik een uiteenzetting te geven over de organisatie van de hulpdiensten en heb de minister daarvan verwittigd. Ik ook ben er trouwens tot op vandaag van overtuigd dat de hulpdiensten toen, einde februari, en waarschijnlijk ook bij de ongevallen van de jongste dagen prachtig werk hebben geleverd. Ik verontschuldig mij bij de minister dat ik hem tweemaal voor hetzelfde onderwerp laat komen, maar ik vind deze vraag toch voldoende belangrijk. Uit wat wij de jongste dagen via de media hebben vernomen, blijkt nogmaals dat het onderwerp ook grote groepen van de bevolking beroert.

Bij het lezen van de teksten van het wetsontwerp dat in voorbereiding is over deze materie — voor zover wij deze teksten onder ogen krijgen — rijzen toch wel enkele vragen. Wanneer we naar de medische hulpverlening bij ongevallen ter plaatse gaan kijken, moeten we vaststellen dat de hulpverlening van iets verder moet komen dan vroeger. Het is ook leerzaam eens te luisteren naar slachtoffers, hun familieleden, hulpverleners, sommige geneesheren en andere mensen uit het vak. Ondeugenden onder hen — maar hier zijn er geen aanwezig — durven bij het lezen van bepaalde passages van de teksten hun wijsvinger naar hun voorhoofd brengen. Het spreekt vanzelf dat wij vandaag niet weten welke teksten uiteindelijk wet of koninklijk besluit zullen worden.

Enkele dagen geleden werd mijn aandacht gevestigd op een artikel uit *Cultuurleven*, een interview van Pieter Knaepen met twee geneesheren, Jan De Maeseneer en Toon Malfliet. Beide dokters zijn van een verschillende «strekking»: de ene vertegenwoordigt het artsensyndicaat Wynen, dus vooral de specialisten, de andere

is begaan met de huisartsenpraktijk. Beiden deden nogal krasse uitspraken over de gezondheidszorg. Ze beweerden dat er in België geen wetenschappelijk onderbouwd gezondheidsbeleid bestaat; dat er enkel een korte-termijnpolitiek wordt gevoerd en dat het de Regering ontbreekt aan toekomstvisie. Ik ben het daar niet mee eens! De gezondheidszorg in België heeft heel wat goede punten, maar er zijn ook kwetsbare elementen en één daarvan is zojuist in de commissie aan bod gekomen, namelijk het overaanbod van geneesheren. In de praktijk blijkt dat de diverse Regeringen wel degelijk iets doen om dat probleem op te lossen. We hebben dus zowel zwakke als sterke punten. Beleid maken echter, betekent de zwakke punten ombuigen en de sterke punten behouden of nog versterken.

Op het vlak van de uitgaven voor de gezondheidszorg zit België ergens rond het Europees gemiddelde, zo'n 7,8 pct. van het BNP. Onze geneeskunde is voor alle categorieën van de bevolking relatief gemakkelijk toegankelijk en is goed georganiseerd. De ziekenhuizen met goed uitgebouwde spoedgevallendiensten en afdelingen voor intensieve zorgen zijn goed gespreid. In elk geval beschikken we over een heel arsenaal aan middelen om vrij vlug te kunnen inspelen op levensbedreigende omstandigheden of gebeurtenissen waarbij iemand het gevaar loopt een orgaan of ledematen te verliezen.

Wij hebben ook een goede medische omkadering, die grosso modo zelfs beter is dan in de ons omringende landen. Op basis van de teksten die circuleren heb ik evenwel de indruk dat veel dreigt verloren te gaan. Iedereen weet dat in levensbedreigende omstandigheden razendsnelle hulpverlening noodzakelijk is. Ik stel echter vast dat de overheid daar momenteel minder belang aan hecht. Het lijkt wel of de sadistische neiging bestaat om het moeizaam tot stand gekomen systeem terug af te bouwen.

Klopt het dat bij het ongeval op de E17 in eerste instantie vier ziekenhuizen als zogenaamde — zij het nog niet erkende — MUG-diensten werden opgeroepen voor medische interventie, terwijl andere veel dichterbij gelegen en eveneens goed uitgeruste ziekenhuizen pas later werden opgeroepen? De ziekenhuizen van Eeklo, Tielt en Ronse zouden onder meer vroeger opgeroepen zijn dan de ziekenhuizen van Oudenaarde, Waregem en Zottegem. Hoe kan dit worden verklaard?

Ik weet dat de ziekenhuizen van Waregem, Oudenaarde en Zottegem over goede tot zeer goede spoedopnamediensten beschikken. Ik heb absoluut geen kritiek op de ziekenhuizen die opgeroepen zijn. Zij leverden prachtig werk. Het gaat hier om het organisatorisch aspect. Is het bijvoorbeeld wel verstandig om een ambulance van een ziekenhuis in Eeklo op te roepen voor hulpverlening tien kilometer ten zuiden van Gent, terwijl er op nauwelijks zeven à acht kilometer van de plaats van de ramp andere ziekenhuizen gelegen zijn die even effectief hulp bieden, wetende dat de hulpverstrekking uit Eeklo dwars door Gent moet?

Ik maakte die bedenking aangaande het gevaar van minder snelle interventies reeds op de plenaire vergadering van 12 juli 1995.

Toen werd beweerd dat in de eerste plaats rekening wordt gehouden met de kwaliteit van de hulpverlening. Nu blijkt evenwel dat men toch eerst verder afgelegene ziekenhuizen heeft ingeschakeld om hulp te bieden. Denkt de overheid dat dit de burger een betere dienstverlening kan opleveren?

Mijnheer de minister, ik wil zelf een deel van het antwoord geven. De achterliggende filosofie is deze van de kwaliteitsverbetering. Men wil met minder diensten werken, maar deze moeten dan kwalitatief beter zijn. Niets wijst er echter op dat de kwaliteit werkelijk verhoogt. Het is ook geen garantie voor een betere toegankelijkheid, integendeel. Bovendien maakt het de dienstverlening niet goedkoper. In het koninklijk besluit van 11 april 1995 werd het registratie-experiment ingeschreven als criterium om nog verder te kunnen fungeren als MUG-dienst. Is dit wel relevant?

Ik ga mijn argumentatie illustreren met een paar voorbeelden. Een eerste voorbeeld. Toen in 1991 het experiment van start ging, werden alle ziekenhuizen aangeschreven en uitgenodigd om mee te werken. Op dat ogenblik waren er in het ziekenhuis van Zottegem verbouwingen aan de gang. Deze instelling nam niet deel aan het experiment omdat ze de extra last in de gegeven omstandigheden niet kon dragen. In 1995 verschijnt er dan een koninklijk besluit waardoor alleen de ziekenhuizen die in 1991 de nodige formulieren hebben ingezonden in aanmerking komen voor erkenning als MUG-dienst. (*De minister schudt ontkennend met het hoofd.*) De minister ontkent dit blijkbaar, maar het zal mij benieuwen hoe hij dat straks in zijn antwoord zal hard maken.

Een tweede voorbeeld betreft eveneens de irrelevantie van de normen inzake de kwaliteit van de dienstverlening, waarvoor zij toch moesten dienen. De minister heeft bij een andere gelegenheid de dood van zijn moeder ter sprake gebracht, ik wil het hier heel even hebben over de dood van mijn vader, die op 30 januari jongstleden is gestorven. Na een operatie in een ziekenhuis te Oudenaarde was zijn toestand op een bepaald ogenblik bevredigend, nadat hij wel kritiek was geweest. Voor een bijkomend onderzoek van de galwegen moest hij naar een ander ziekenhuis, een dat erkend was in het kader van het MUG-experiment. Men waarschuwde de dokter die hem daar behandelde dat een dringende hulpverlening misschien noodzakelijk zou kunnen zijn. Hij sloeg die waarschuwing blijkbaar in de wind en nam niet de nodige voorzorgsmaatregelen. Op een bepaald ogenblik vertraagde de ademhaling zodat het onderzoek moest worden stopgezet. Een beademingstoestel bleek niet onmiddellijk beschikbaar te zijn en toen er ergens in het gebouw dan toch een werd gevonden, was het niet mogelijk om het op de zuurstofleidingen aan te sluiten. Een monitor en een alarmknop waren evenmin beschikbaar. Nochtans had dit ziekenhuis in 1991 wel de nodige formulieren ingevuld. In de praktijk bleek het echter helemaal niet goed uitgerust te zijn voor dringende hulpverlening. Dit roept vragen op nopens de relevantie van de criteria die de minister hanteert om ziekenhuizen al dan niet tot de MUG toe te laten.

Overigens scheidt de vooropgestelde normering inzake urgentiegeneskunde enorme verwarring: dringende medische hulpverlening wordt al te vaak éénzijdig gekoppeld aan de spoedopnamediendienst, terwijl ook in diensten als radiologie en intensieve zorgen vaak dringende ingrepen moeten gebeuren. De normering, bijvoorbeeld inzake de aanwezigheid van artsen, houdt hier mijns inziens geen rekening mee. Dit is een gevaarlijke denkrichting. Naast de vraag of de normen wel relevant zijn voor de kwaliteit van de hulpverlening, vraag ik mij ook af of de snelheid van interventie en de toegankelijkheid van de dienstverlening in het ontwerp voldoende gewaarborgd zijn.

Ik wil het ook hebben over de uiterst beperkte rol die werd toegemeten aan de dringende medische hulpverlening per helikopter. Bij de recente ramp op de E17 werd slechts twee uur na de feiten een beroep gedaan op een helikopter en dan nog uitsluitend om een transportinterventie uit te voeren. Waarom gebeurde dit niet vroeger, aangezien de verkeerschaos het bijna onmogelijk maakte om de slachtoffers langs de weg te bereiken? Mijn vraag is

of alternatieve hulpverlening via helikopters, vooral om de dekking van het territorium in moeilijker bereikbare gebieden te waarborgen, in het ontwerp werd opgenomen.

Ik heb via radio en televisie vernomen dat de minister van plan is het aantal MUG's te reduceren tot maximum 65 voor heel België. Is het precies in dat geval niet aangewezen in een alternatieve hulpverlening te voorzien zodat men toch nog snel ter plaatse kan komen? Volgens de nieuwe plannen zullen er per provincie nog slechts drie tot vijf ziekenhuizen aan de criteria voldoen.

Zoals ik reeds heb gezegd, blijkt dat bij het ongeval op de E17 de helikopter slechts opgeroepen werd om 11 uur 49 — twee uur na de feiten — en dan nog maar om een patiënt van Waregem naar het UZ Gent te brengen. Nochtans meldt het Instituut voor medische dringende hulpverlening aan de 100-centrale in Gent dagelijks de beschikbaarheid. Ze worden echter vrijwel nooit opgeroepen!

Eergisteren was dat wel het geval, maar door de weersomstandigheden was het toen onmogelijk om de oproep in te gaan. Men had in dit geval wel een beroep kunnen doen op de Seakings (Koksijde), want die konden wel vliegen. Dat heeft men echter niet gedaan.

Het inschakelen van helikopters is natuurlijk geen wondermiddel, maar als men denkt aan het verminderen van het aantal MUG's en aan het vergroten van de afstanden van de MUG-standplaats tot de plaats waar de hulp moet worden geboden, is dit alternatief zeker het overwegen waard. Er bestaat op dat vlak trouwens al een uitgewerkt plan. Er is een helidienst in Brugge. Volgens mij zou ook Antwerpen over een helidienst moeten beschikken, alleen al voor het havengebied. In Marche werkt men aan een dergelijk project. Indien er ook in Limburg en Luik nog een basis komt, zou men met vijf basissen heel België kunnen omvatten. Omwille van financiële overwegingen moet men het niet laten. Deze vijf basissen zouden op jaarbasis ongeveer 60 miljoen kosten.

Een volgende vraag betreft de regulatie van de 100-centrales. Daarmee bedoel ik de zestien centrales die in 1965 bij koninklijk besluit werden vastgelegd. Mijn vraag luidt als volgt: «Welke gerichte vragen of welke acties ondernamen de diensten van de centrale dispatchingdienst om zo snel mogelijk een beeld te vormen van de vereiste hulp bij de ramp van 27 februari? Welke waren de kwalificaties van het op dat ogenblik op de dispatching aanwezige personeel? Zijn in het vooropgestelde project diploma- of ervaringsvereisten voorzien voor het personeel dat de dispatchingdienst bemant?»

Ik verklaar mij nader. De oproepcentra spelen een uiterst belangrijke rol in de medische hulp. De centralist moet de gepaste vragen stellen, soms aan mensen die op dat ogenblik emotioneel totaal ontredderd zijn. Hij moet ook onmiddellijk directe richtlijnen kunnen geven aan de omstaanders voor de eerste hulp. De ondervraging en de voorstellen voor behandeling zijn essentiële medische opdrachten. In het optimale geval zou de centralist een gespecialiseerd geneesheer moeten zijn, die wordt bijgestaan door technische helpers. De specialisatie houdt in dat hij persoonlijke ervaring heeft opgedaan bij interventies voor patiënten in levensnood. Zoëven, in de bespreking over de programmawet, werd nog bewezen dat België over voldoende geneesheren beschikt. Is het dan niet mogelijk deze geneesheren in te schakelen? Dat zou de kwaliteit van de hulpverlening zeker verbeteren. De centralist moet degenen die een oproep doen overtuigen om in de eerste minuten nog een aantal dringende handelingen te verrichten, hij moet de nodige hulpmiddelen ter plaatse krijgen en hij moet ter beschikking blijven van de hulpdienst of van de geneesheren om eventueel de behandeling bij te sturen. De Belgische wetgeving zegt daar haast niets over.

Het vierde en vijfde deel van de vraagstelling, dat ik samen zal behandelen, betreft de medische permanentie. Ons doel is bereikbare, snelle en kwaliteitsvolle hulpverlening. Waarom moeten er nog twee extra permanenties komen, één voor de spoedopnamediendiensten en één voor de diensten voor intensieve zorgen, naast de nu reeds bestaande algemene wacht in de ziekenhuizen en de per discipline georganiseerde beurtrol voor oproepbare wachtdiensten? Of wordt er van deze eis afgestapt?

De permanentie in de spoed wordt reeds overal georganiseerd. Overall wordt daarnaast al een beurtrol opgesteld van de dokters die kunnen worden opgeroepen. Niemand heeft bezwaren tegen het organiseren van deze permanenties, wat in een spoedopnamediendienst trouwens noodzakelijk is. Voorwaarde is wel dat deze wordt gecombineerd voor de permanentie van de dienst voor intensieve zorgen. Het organiseren van twee permanentiediensten in dergelijke kleinschalige diensten, is echter niet realistisch. De diensten voor intensieve zorgen beschikken nu meestal over zes tot tien bedden, wat een goede schaalgrootte is. Ik zou niet graag terecht komen op een dienst van intensieve zorgen met dertig tot vijftig bedden. Men kan zich evenwel afvragen of het zinvol is twee geneesheren ter beschikking te stellen, een voor de dienst spoedopname en één voor de dienst intensieve zorgen, terwijl er andere en betere mogelijkheden voorhanden zijn om de kwaliteit van de zorgenverstreking te verhogen. Wat zijn daarenboven de argumenten om, voor het realiseren van de dringende medische hulpverlening, geneesheren-specialisten met jarenlange ervaring als chirurg of als anesthesist, die niet of nog niet in het bezit zijn van een bijzondere beroepstitel, achter te stellen op kandidaat geneesheren-specialist in opleiding?

Geneesheren die permanentie verzekeren in de spoedopnamediendienst, zouden moeten beschikken over een bijzonder bekwaamheidsdiploma. Dit geldt voor alle dokters die hun erkenning hebben bekomen na 13 januari 1994, maar specialisten in opleiding mogen er daarentegen wel meewerken. Deze reglementering kan leiden tot psychologische problemen op het werkterrein. Bovendien zijn er nog inspecteurs, die de bewuste MUG-diensten controleren en die hierin nationale verantwoordelijkheid dragen, en dus die normering toelichten terwijl zij zelf alleen het diploma hebben van bijvoorbeeld oogarts.

Iedereen is het erover eens dat rationalisatie noodzakelijk is en dat er kwaliteitseisen moeten worden gesteld. Deze eisen moeten dan wel relevant zijn voor de verhoging van de kwaliteit en er mogen niet blindelings maatregelen worden genomen.

De Voorzitter. — Het woord is aan minister Colla.

De heer Colla, minister van Volksgezondheid en Pensioenen. — Mevrouw de Voorzitter, het debat dat over dit thema wordt gevoerd, is vrij ingewikkeld en ik word hierover langs alle kanten ondervraagd, zowel door de pers als in de Kamer en in de Senaat. Wie kritiek formuleert moet kunnen zeggen op basis van welke teksten hij vragen stelt want ik vermoed dat er een heleboel verschillende teksten in omloop zijn. Ik wijs er echter op dat er tot nu toe, donderdag 21 maart 12 uur 40, geen enkele definitieve tekst werd opgesteld.

Er bestaan wel ontwerp teksten, die in het departement van Sociale Zaken werden besproken en waarover op het ogenblik met een aantal organisaties wordt overlegd, zoals de vertegenwoordigers van de privé-ziekenhuizen of de vertegenwoordigers van een belangrijk artsensyndicaat. De basis van die gesprekken, was een ontwerp tekst, die in geen enkel opzicht overeenstemt met de teksten die door de heer D'Hooghe werden aangehaald. Op het programma staan nog onderhandelingen met de vertegenwoordigers van de openbare ziekenhuizen, met de specialisten voor de spoedgevallendiensten, met de huisartsen en met de andere artsensyndicaten.

Ik wens ook met de verpleegkundigen te praten. Veel ziekenhuizen zouden immers volledig onwerkzaam worden indien de verpleegkundigen nog enkel zouden willen doen wat hen volgens de wet is toegelaten en de taken zouden weigeren die volgens de wet alleen geneesheren mogen uitvoeren. Wij mogen niet vergeten dat de verpleegkundigen een belangrijke schakel vormen voor de goede werking van spoedopnamediendiensten en van intensieve diensten. Op het ogenblik is er dus nog geen definitieve tekst. Er werd enkel een schema uitgewerkt waarover nu met alle betrokken partijen wordt onderhandeld.

Opdat er geen misverstand over zou ontstaan, stel ik duidelijk dat een MUG geen ambulance is. Een MUG vervoert geen patiënten, maar is een gedeelte van een ziekenhuisdienst, met een geneesheer en een verpleegkundige aan boord en kan eventueel ter plaatse gaan waar zorgen kunnen worden toegediend of een eerste diagnose kan worden gesteld.

Ik ben de heer D'Hooghe dankbaar voor de genuanceerde benadering over de kwaliteit van de gezondheidszorg in ons land. Het is echter niet de bedoeling om de dringende medische hulp in te perken. Met alle respect voor de vader van de heer D'Hooghe, bewijst zijn voorbeeld dat het geen zin heeft alleen maar te bepalen welke taak de spoedgevallendiensten hebben en dan op het terrein vast te stellen dat deze diensten niet beantwoorden aan de minimale kwaliteitscriteria die van kracht zouden moeten zijn. Ook hier is de grote doelstelling de kwaliteitsverbetering. Ik weiger echter de theorie te volgen dat voldoen aan elke eis van elke individuele arts of van elk ziekenhuis, een degelijke kwaliteitszorg garandeert. Dit is niet juist. Ik weiger ook het spel mee te spelen dat wij in het verleden al te vaak hebben gespeeld, en aan elk ziekenhuis elke nieuwigheid die op de markt komt ter beschikking te stellen. Om respectabel over te komen, willen alle ziekenhuizen een dienst hartchirurgie en een dienst in-vitro-fertilisatie en een MUG. Daaraan toegeven is waanzin.

Ons gezond verstand moet ons leiden naar een situatie waarbij men niet minimalistisch optreedt en waarbij vooral de snelheid van optreden wordt gegarandeerd. Dat is niet hetzelfde als ieder ziekenhuis een MUG geven. Dat zou ten andere ook niet betaalbaar zijn. Hierrond kunnen wij veel lessen uit het verleden trekken.

In het globaal concept dat nu besproken wordt met de diverse partijen wordt vertrokken van criteria voor minimale kwaliteitsvereisten voor een spoedgevallendienst.

Op het ogenblik bestaan geen normen. In principe kan nu elk ziekenhuis een spoedgevallendienst oprichten.

Eerst zullen wij dus een koninklijk besluit uitwerken waarin de minimale vereisten worden opgenomen waaraan een dienst spoedopname moet voldoen. Aan het hoofd van zo een dienst moet volgens mij een specialist in dringende medische hulpverlening staan. Er moeten minimaal een aantal artsen permanent aanwezig zijn, maar dat hoeven niet allemaal specialisten in dringende medische hulpverlening te zijn. Wij bekijken op het ogenblik welke artsen hiervoor in aanmerking komen.

Ter voorbereiding van het koninklijk besluit hebben wij een enquête gehouden bij de 183 algemene ziekenhuizen in ons land. Die enquête is afgesloten op 28 februari jongstleden en op 29 februari heeft mijn administratie de resultaten ervan gekregen. Van de 179 ziekenhuizen die geantwoord hebben, zijn er 125 die reeds een spoedopnamediendienst hebben die beantwoordt aan de minimale vereisten die wij in ons koninklijk besluit willen opnemen.

Om een spoedopnamediendienst goed te laten functioneren, moet er natuurlijk ook permanent verpleegkundig personeel aanwezig zijn en moet er permanent mogelijkheid bestaan om laboratorium- en radiologisch onderzoek te laten uitvoeren. Wanneer wij de criteria in een koninklijk besluit zullen hebben vastgelegd, moeten de spoedopnamediendiensten door de Gemeenschappen worden erkend.

Vervolgens zullen wij een regeling uitwerken voor de samenwerking tussen de MUG's en de ziekenhuizen. Om patiënten van een MUG te kunnen opvangen, zal het ziekenhuis een erkende spoedgevallendienst moeten hebben. Wij vinden echter niet dat er een unilaterale binding moet zijn tussen één MUG en één ziekenhuis. Elk erkend ziekenhuis dat een erkende spoedgevallendienst heeft, zal wel worden ingeschakeld bij een MUG. Mijn administratie heeft mij aangeraden om zelf te bepalen welke MUG's aan welke ziekenhuizen worden verbonden. Ik wil daar niet op in gaan. Ik wil de personen op het terrein zelf hun verantwoordelijkheid laten nemen. Ik kom uit Antwerpen en heb dus een zekere kennis van de Antwerpse situatie. Ik wil echter geen keuzes maken voor, bijvoorbeeld, Luik of Verviers, waar ik de situatie niet ken.

Wij stellen voor om per provincie een commissie dringende medische hulp op te richten. De voorzitter hiervan zal worden aangewezen door het departement van Volksgezondheid. Alle betrokken partijen zullen in die commissie vertegenwoordigd zijn: ziekenhuizen met een erkende dienst spoedopname, specialisten dringende medische hulpverlening, brandweer, verpleegkundigen en het Rode Kruis. Ik zal het duidelijker maken aan de hand van een eenvoudig voorbeeld. De Commissie dringende

medische hulpverlening van Antwerpen zal drie arrondissementen beslaan. Het koninklijk besluit dat door mijn voorganger Santkin werd genomen, voorziet in één MUG per arrondissement. Per schijf van een aantal inwoners komt er nog een MUG bij. Zo heeft het arrondissement Antwerpen volgens het huidige koninklijk besluit recht op vijf MUG's. Laten wij veronderstellen dat er in dat arrondissement tien ziekenhuizen zijn met een erkende spoedgevallendienst. De commissie zal dan na discussie voorstellen welke twee ziekenhuizen van het arrondissement zich verenigen om samen te werken met één MUG. Die twee ziekenhuizen zullen dan zelf beslissen waar de standplaats van de MUG zal zijn en ook onder elkaar afspreken welke patiënten naar welk ziekenhuis zullen worden vervoerd. Zij kunnen ook afspraken maken over interventiezones.

Volgens het ontwerp van koninklijk besluit over de MUG's heb ik slechts twee mogelijkheden. De betrokkenen maken mij een voorstel over dat ik al dan niet goedkeur. Indien ze me na verloop van tijd geen voorstel kunnen voorleggen, kan ik zelf ingrijpen. Elk ziekenhuis dat een erkende spoedopnamedienst heeft, zal worden aangesloten bij een MUG-dienst. In sommige regio's zal dat slechts één ziekenhuis zijn, in een andere regio misschien twee of meer. Volgens de huidige programmatie zullen er maximum 65 MUG-diensten zijn, verspreid over het hele land.

Ik heb mijn administratie de opdracht gegeven om op basis van het onderzoek van de huidige situatie na te gaan of er correcties moeten worden aangebracht in de ruimtelijke spreiding. Ik denk hier echter niet aan zoiets als een verdubbeling van het geprogrammeerde aantal, maar alleen aan correcties, hoewel ik me daar nu nog niet over wens uit te spreken, aangezien ik het onderzoek van de administratie afwacht.

Er wordt alleszins afgestapt van het idee «één ziekenhuis, één MUG». De ziekenhuizen moeten op dat vlak samenwerken, wat volgens mij perfect mogelijk is. De noties spoedopnamedienst en spoedopnamefunctie worden van elkaar losgekoppeld. Om in aanmerking te komen voor een MUG, moet het ziekenhuis beschikken over een spoedgevallendienst, die voldoet aan de normen die ik daarnet heb vermeld. Elk ziekenhuis heeft echter wel een minimale opdracht om spoedopnamen op te vangen. De normen voor deze functie, bijvoorbeeld inzake permanentie, zijn uiteraard minder streng dan voor een eigenlijke spoedopnamedienst. Het is evident dat zo'n dienst minimale intensieve zorgen kan verstrekken.

Inzake intensieve zorgen maken we dan weer een onderscheid tussen de functie intensieve zorgen en de dienst intensieve zorgen. Vele ziekenhuizen vreesden dat de normen voor een dienst intensieve zorgen, eventueel zelfs een vereiste om een MUG te hebben, zo zwaar zouden zijn dat alleen enkele universitaire ziekenhuizen eraan zouden voldoen.

Ik herhaal dat men, om in aanmerking te komen voor een MUG, moet beschikken over een erkende spoedopnamedienst en een minimale functie intensieve zorgen, vier tot zes bedden.

Naargelang het karakter van het ziekenhuis en de aard van de chirurgische ingrepen zullen de normen voor een dienst intensieve zorgen worden vastgelegd in een koninklijk besluit, waaraan niet noodzakelijkerwijs moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor een MUG. Voor ziekenhuizen met belangrijk chirurgische activiteiten zullen in de toekomst dus minimale kwaliteitscriteria worden vastgesteld voor de dienst intensieve zorgen, ook voor permanentie en staf.

Er zullen dus kwaliteitscriteria worden ingevoerd voor de MUG, voor de spoedopnamediensten, voor de spoedopnamefunctie, voor de diensten voor intensieve zorgen en voor de intensieve functie. Een koninklijk besluit zal de organisatie vastleggen van de provinciale commissies voor de dringende medische hulpverlening die belast worden met de responsabilisering van het medisch en het paramedisch personeel op het terrein en met het voorstellen van een aangepaste werkverdeling ten behoeve van mijn departement.

Aan de 100-diensten wordt niet geraakt en ook de helikopters, die als transportmiddel bij de dringende hulpverlening worden ingezet, staan dus niet ter discussie.

Ik wil nog even concreet antwoorden op de vraag van de heer D'Hooghe met betrekking tot de verkeersramp op de E17 van 27 februari laatstleden. De helikopter van het Instituut voor

de dringende hulpverlening heeft inderdaad het algemeen ziekenhuis Sint-Jan te Brugge als standplaats. De bijstand en de zorgenverstrekking bij die ramp waren in het algemeen zeer goed. Daarom vond ik het onheus dat sommige ziekenhuizen en sommige geneesheren naar aanleiding van deze situatie corporatistische eisen ten aanzien van de MUG hebben geformuleerd. Ik ben daardoor enigszins geïrriteerd.

De beslissing om in de eerste fase van deze ramp geen helikopter in te zetten werd genomen door de arts van het Universitair Ziekenhuis te Gent belast met de coördinatie van de hulpdiensten die *de facto* de leiding van de hulpoperaties waarnam. De hulpverlening is goed verlopen en ik mag dus besluiten dat deze arts samen met de veiligheidsdiensten de situatie op het terrein correct heeft beoordeeld: de evacuatie naar de ziekenhuizen kon vlot verlopen omdat de aanrij- en afrijroutes niet waren belemmerd. Dat blijkt uit het rapport dat ik daarover heb ontvangen.

In een latere fase werd op verzoek van de behandelende geneesheren en van het Onze-Lieve-Vrouw-ziekenhuis te Waregem een patiënt in kritieke toestand per helikopter naar het Algemeen Ziekenhuis Sint-Jan in Brugge overgebracht. De beslissing om een beroep te doen op het transport per helikopter werd dus telkens door de geneesheren op het terrein genomen. Ik denk dat het beter is dat de verantwoordelijken op het terrein deze beslissing nemen. Dergelijke beslissingen kunnen moeilijk vanuit een ivoren toren, zij het dan een verkeersstoren, worden genomen. Ik ben van oordeel dat in de gegeven situatie de juiste beslissingen werden genomen.

De heer D'Hooghe heeft ter zake inmiddels ook een vrij omstandig schriftelijk antwoord van mijn departement mogen ontvangen.

De heer D'Hooghe (CVP). — Mijnheer de minister, ik wacht met veel ongeduld op die tekst.

De heer Colla, minister van Volksgezondheid en Pensioenen. — Mijnheer D'Hooghe, er werd mij gesignaleerd dat u reeds een antwoord hebt ontvangen, mocht dat niet zo zijn, dan zal ik u onmiddellijk een copie laten bezorgen van die tekst, die wel heel lang is en het hele verhaal doet van de alarmering van de hulpdiensten. Daarin zal u lezen dat de 100-centrale eerst de MUG's van Gent en Eeklo heeft opgeroepen en tevens de 100-diensten van Ronse, Gent, Oudenaarde, Kortrijk, Waregem en Deinze heeft gealarmeerd, evenals de ambulances van het Rode Kruis. Het verslag bevat ook een lijst van de ziekenhuizen die werden ingeschakeld en geeft de volgorde van inschakeling weer.

Ik ga nog even in op een paar concrete elementen. Met de interventietijd zal ook rekening worden gehouden bij de definitieve beslissing over programmatie en verdeling van de hulpdiensten over het grondgebied.

De 100-centrales worden door de brandweerdiensten bemand, zoals de heer D'Hooghe weet, en het departement van Binnenlandse Zaken bepaalt de diplomaverensten voor het personeel van deze diensten. In het concrete geval dat hij heeft aangehaald, beantwoordden de mensen aan deze normen.

De heer D'Hooghe stelde ook een vraag over de uitsluiting van geneesheren-specialisten met jarenlange ervaring in interne geneeskunde, anesthesie en chirurgie. De discussie hierover is nog bezig, maar voor zover ik het nu kan inschatten, denk ik niet dat die geneesheren-specialisten worden uitgesloten. Op zijn vraag over de gezamenlijke wachtdienst voor spoedopnamen en intensieve zorgen moet ik negatief antwoorden. De reden daarvoor is dat wij een onderscheid willen maken tussen de dienst voor intensieve zorgen en de intensieve functie. Voor de dienst spoedopname en voor de dienst intensieve zorgen, dus niet de intensieve functie, komen er dus twee permanenties. Ik heb daarnet het onderscheid gemaakt. Een dienst intensieve zorgen heeft in eerste instantie te maken met de activiteit in het ziekenhuis en het soort chirurgische ingrepen die er worden uitgevoerd.

De heer D'Hooghe (CVP). — Mijnheer de minister, wie gaat dat betalen?

De heer Colla, minister van Volksgezondheid en Pensioenen. — Dat element nemen wij in ogenschouw. Op het terrein is er reeds heel wat voorhanden, zodat wij op een aantal vlakken de realiteit gewoon moeten reguleren. Een ziekenhuis dat een dienst voor spoedopname heeft, moet ook een intensieve functie hebben, maar niet noodzakelijk beantwoorden aan de criteria voor een dienst voor intensieve zorgen. Dat is het grote onderscheid.

De Voorzitter. — Het woord is aan de heer D'Hooghe.

De heer D'Hooghe (CVP). — Mevrouw de Voorzitter, ik dank de minister voor zijn antwoord. Ik wil nog even ingaan op zijn opmerking dat een MUG geen ambulance is. Dat is duidelijk, maar we moeten toch ook kijken hoe dat alles in de praktijk functioneert. Gezien het late uur zal ik niet lang meer uitweiden, maar toch wil ik even een voorval in Geraardsbergen aanhalen. Er gebeurt een ongeval en na vier minuten is de ziekenwagen er.

De patiënten die zich niet in een kritieke toestand bevinden, worden naar een ziekenhuis gebracht. Voor een patiënt in kritieke toestand wacht men op de MUG. Pas na dertig minuten komt de MUG eraan om dan te beslissen dat bedoelde patiënt naar Aalst moet worden gebracht, terwijl er een ziekenhuis is op slechts drie kilometer afstand.

Uiteindelijk heeft de verantwoordelijke, omdat hij vernam dat de directeur van het nabijgelegen ziekenhuis onder de toeschouwers stond, toch de toestemming gegeven de persoon in kwestie naar Geraardsbergen te brengen. In de praktijk loopt het dus niet zo gesmeerd. Ik heb zelf tien jaar in de sector gewerkt en heb tien jaar moeilijkheden gekend op het vlak van de afspraken rond interventiezones. Op dit vlak belooft men steeds maar tot goede afspraken te zullen komen, maar in de praktijk loopt het vaak anders.

De heer Colla, minister van Volksgezondheid en Pensioenen. — Mijnheer D'Hooghe, er is geen sprake van aansluiting bij een erkende MUG-dienst als de ziekenhuizen geen goede afspraken kunnen voorleggen. Zo eenvoudig is dat.

De heer D'Hooghe (CVP). — Mijnheer de minister, over de heli-dienstverlening hebt u gezegd dat het maar om vervoer gaat, maar eigenlijk is het toch veel meer, want er is permanent een geneesheer ter beschikking. Wij zouden ook eens moeten nakijken

of deze dienst in het rampenplan te Gent is opgenomen. Wij hebben sterk de indruk dat er op dat vlak concurrentiële belangen meespelen en dat bepaalde ziekenhuizen niet wensen dat deze dienstverlening in het rampenplan wordt opgenomen.

De heer Colla, minister van Volksgezondheid en Pensioenen. — Mijnheer D'Hooghe, ik dank u voor deze opmerking en ik zal dit zeker onderzoeken.

De heer D'Hooghe (CVP). — Ik wil nog even ingaan op de deelname aan het experiment dat was opgenomen in het koninklijk besluit van april van vorig jaar. Wie komt er in aanmerking voor de MUG?

De heer Colla, minister van Volksgezondheid en Pensioenen. — Mijnheer D'Hooghe, daar ben ik zeer duidelijk in: experiment of geen experiment, een ziekenhuis moet beantwoorden aan de criteria voor een dienst spoedopname. Een ziekenhuis dat daaraan beantwoordt wordt ingeschakeld bij de MUG.

De heer D'Hooghe (CVP). — Betekent dit dat u afstapt van de verplichte deelname aan het experiment in de MUG-normering?

De heer Colla, minister van Volksgezondheid en Pensioenen. — Ja.

De heer D'Hooghe (CVP). — Mijnheer de minister, ik dank u voor uw toelichting.

De Voorzitter. — Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Dames en heren, de agenda van de openbare vergadering van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden is afgewerkt.

L'ordre du jour de la réunion publique de la commission des Affaires sociales est ainsi épuisé.

De vergadering is gesloten.

La séance est levée.

(De vergadering wordt gesloten om 13 h 10 m.)

(La séance est levée à 13 h 10 m.)