

BERAADSLAGING NR. 07/009 VAN 6 FEBRUARI 2007 BETREFFENDE DE MEDEDELING VAN PERSOONSGEGEVENS AAN HET FEDERALE KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG IN HET KADER VAN STUDIE PF2006-14-HSR - “T-BEDDEN IN PSYCHIATRIE: STUDIE OVER LANGDURIGE PSYCHIATRISCHE OPNAMES”

Gelet op de artikelen 259 tot 299 van de programmawet van 24 december 2002;

Gelet op de aanvraag van het Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg (hierna KCE) van 14 december 2006;

Gelet op het auditoraatsrapport van het Federaal Kenniscentrum van de Gezondheidszorg van 14 december 2006;

Gelet op het verslag van de heer Willem Debeuckelaere.

A. ONDERWERP VAN DE AANVRAAG

1.1. Beschrijving van de studie en haar finaliteit

a) Algemene beschrijving

België kent een uitgebreid en gedifferentieerd aanbod inzake geestelijke gezondheidszorg. Dit is het resultaat van een jarenlange ontwikkeling die vooral gekenmerkt werd door een afbouw van ziekenhuisbedden en aangehouden trends van desinstitutionalisering. De bedoeling van deze hervormingen was meer te kunnen inspelen op de reële zorgbehoeften van gestabiliseerde patiënten door de uitbouw van nieuwe zorgvormen. Daarnaast wilde men ook een antwoord geven op zorgnoden van specifieke doelgroepen. Vandaag de dag is het aanbod bijgevolg zeer gedifferentieerd en samengesteld uit diverse intramurale, semi-residentiële en ambulante voorzieningen en zorgverleners.

In principe richt elk van deze voorzieningen zich tot specifieke psychiatrische patiënten op een bepaald moment in het ziekteproces en de behandeling. In de praktijk is het onderscheid echter minder scherp. Dit is onder meer het geval voor de populatie die langdurig opgenomen blijft in de T-bedden¹ in de psychiatrische ziekenhuizen. Men mag enerzijds aannemen dat er binnen de populatie in de T-bedden (kenletter voor langdurige psychiatrische verblijven) een variabiliteit in profiel is. Anderzijds gaat men er ook van uit dat het profiel van sommige patiënten in een T-bed weinig of niet afwijkt van het profiel van patiënten in een andere setting.

Dit doet de vraag rijzen naar meer inzicht in de populatie met langdurig verblijf in de T-bedden. Het onderzoeksproject heeft dan ook als algemene doelstelling hierover

¹ De T-bedden zijn bestemd voor een hospitalisatie van lange duur (verlengde medische behandeling met het oog op een revalidatie of een sociale reïntegratie).

informatie in te winnen. Op basis van de onderzoeksresultaten moet men uiteindelijk een (begin van) antwoord kunnen geven op de vraag of deze patiënten aangepaste en betaalbare zorg krijgen en of er moet gesleuteld worden aan de voorzieningen voor deze groep. Op basis van de bevindingen zal het onderzoeksproject ook uitmonden in een aantal aanbevelingen voor het beleid.

b) Concrete onderzoeksvragen

Meer concreet moet het onderzoek een antwoord geven op drie groepen van vragen:

1) Over de patiënten.

- Welke profielen van patiënten vindt men in de groep die langdurig in een T-bed verblijft, naar pathologie, socio-economische kenmerken, verblijfsduur, etc.?
- Welk deel van de groep 'langverblijvers' zou in aanmerking kunnen komen voor doorstroming naar een andere opvangvorm en kan dus beschouwd worden als 'reïntegreerbaar'? En welk deel moet beschouwd worden als niet reïntegreerbaar en hoort bijgevolg in een T-bed thuis?

2) Over de behandeling.

- Wat is de inhoud van de behandeling tijdens het verblijf in een T-bed? In welke alternatieve settings zou de groep reïntegreerbare patiënten theoretisch kunnen worden opgenomen? In welke mate stemt de vastgestelde inhoud van de behandeling overeen met een aantal internationaal aanvaarde richtlijnen hierover?
- Welke is de kostprijs, zowel voor de samenleving (ziekteverzekering, volksgezondheid, regionale overheden) als voor de patiënt van de verschillende alternatieve manieren van aanpak?

3) Over de buitenlandse literatuur en ervaringen met dit thema.

- Welke is de huidige stand van evidence-based kennis over een efficiënte en effectieve opvolgingsmethode voor psychiatrische patiënten met nood aan long term care, niet alleen met betrekking tot de individuele opvang maar ook wat betreft de organisatie van de zorg?
- Hoe worden patiënten met profielen zoals in onderzoeksvraag 1 beschreven werden, opgevangen in andere landen? Hierbij moet bijzondere aandacht gaan naar de problemen die men in deze landen ondervindt bij het streven naar een efficiënte en kwalitatieve zorgverlening.
- Hoe ziet het Belgische zorglandschap inzake geestelijke gezondheidszorg er uit in het licht van EBM bevindingen en buitenlandse ervaringen?

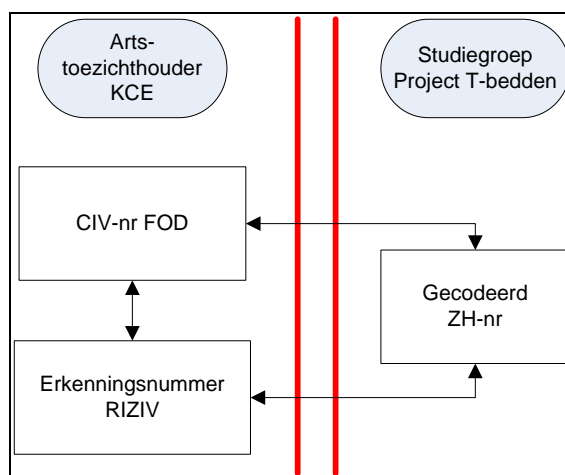
De focus in de studie ligt op volwassenen.

1.2. Benodigde gegevens, gegevenstransformaties, -koppeling & -transfer

De benodigde gegevens betreffen zowel gegevens vanuit de FOD Volksgezondheid als gegevens van het Intermutualistisch Agentschap (IMA).

1.2.1. Algemene beschrijving van de benodigde gegevensbronnen

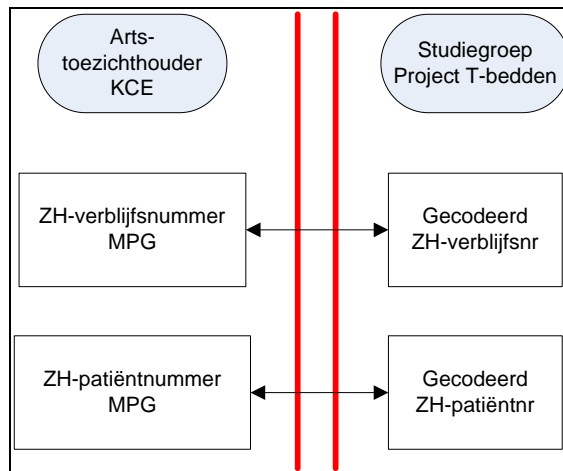
- a. Datasets van de **MPG²-registratie** voor de **verblijfsgegevens** van het jaar 2003 en voorgaande jaren voor elke patiënt die in 2003 een psychiatrisch verblijf heeft gehad; voor inhoudelijke detailbeschrijving van de MPG-registratie: zie bijlage 1;
- b. Datasets van de **MPG-registratie** voor de **instellingsgegevens** voor het jaar 2003, betreffende het aantal bedden/plaatsen onder de diverse kenletters; voor inhoudelijke detailbeschrijving: zie bijlage 2;
- c. **Factureringsgegevens gezondheidszorg en Farmanet van het IMA**, lay-out versie 4 dd. 18 februari 2006 (voor inhoudelijke detailbeschrijving: zie bijlage 3);
- d. **Populatiegegevens van het IMA**, lay-out versie 3 dd. 6 april 2006; (voor inhoudelijke detailbeschrijving: zie bijlage 4);
- e. Een **eerste decoderingsbestand voor de ziekenhuizen**, i.e. een koppelingstabel tussen een voor deze studie ‘ad hoc’ gehercodeerd ziekenhuisnummer enerzijds en het erkenningsnummer van het ziekenhuis bij het RIZIV alsook het CIV-nummer van het ziekenhuis bij de FOD Volksgezondheid anderzijds (zie verder) – zie figuur 1.



Figuur 1: decoderingstabel ziekenhuizen

- f. Een **tweede decoderingsbestand** tussen de ‘ad hoc’ gehercodeerde **ziekenhuisverblijfsnummers** en de dito **ziekenhuispatiëntnummers** enerzijds en hun respectievelijke corresponderende primaire ziekenhuisverblijfs- en ziekenhuispatiëntnummers anderzijds – zie figuur 2.

² Registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens in toepassing van het koninklijk besluit van 1 oktober 2002 houdende bepaling van de regels volgens welke bepaalde minimale psychiatrische statistische gegevens moeten worden medegedeeld aan de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft. Er wordt opgemerkt dat dit koninklijk besluit met terugwerkende kracht op 1 april 1996 in werking is getreden. De geregistreerde MPG-gegevens kunnen dus teruggaan tot 1 april 1996.



Figuur 2: Decoderingstabel ziekenhuiverblijfs- en patiëntnummers

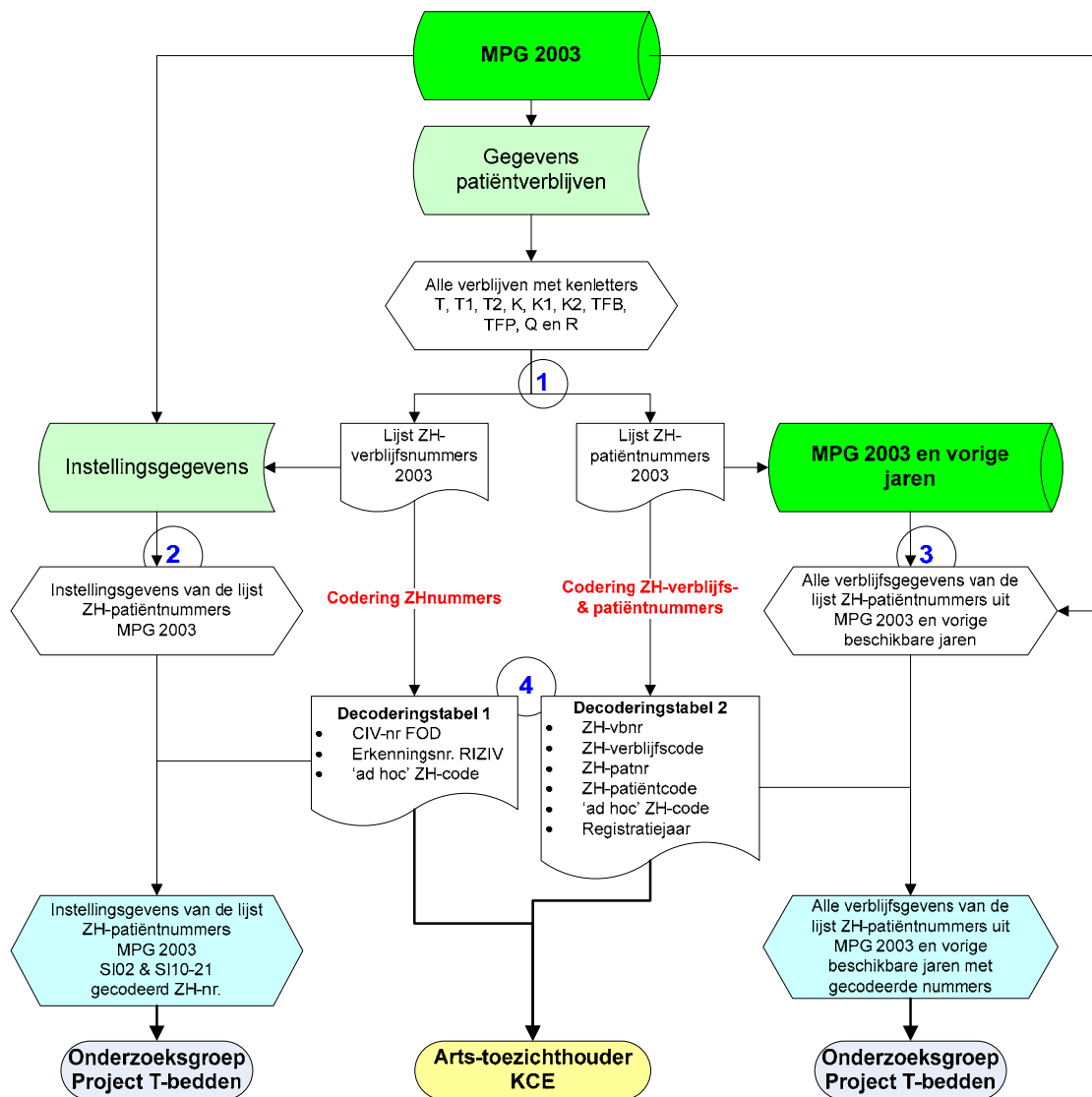
1.2.2. Selectie en extractie van de benodigde gegevens

- a) Voor de patiëntenverblijven uit de MPG 2003 (figuur 3).
- Alle patiëntenverblijven onder de kenletters T, T1, T2, K, K1, K2, TFB, TFP, Q³ (PVT – psychiatrische verzorgingstehuizen) en R (IBW – initiatieven beschut wonen) (zie bijlage 2).
 - Voor de hieruit bekomen lijst van patiënten worden vervolgens door de MPG-cel van de FOD-VGZ de gegevens van alle verblijven uit de MPG-registratie voor het jaar 2002 geëxtraheerd evenals de MPG-verblijven uit vorige registratiejaren, voor zover zij via de hogervermelde patiëntenlijst kunnen teruggevonden worden.
 - Van de instellingsgegevens uit de MPG databanken van 2003, vragen we een selectie van de items H01 (type instelling), H02 (CIV-nummer⁴), H07 (patiëntnummer in de instelling), H08 (verblijfsnummer in de instelling) en van de items SI02 en SI10 t.e.m. SI21⁵.

³ T-bed: bed voor hospitalisatie van lange duur – T1 : daghospitalisatie in T-dienst (lange duur) – T2 : nachthospitalisatie in T-dienst (lange duur) – K-bed : dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen dag en nacht – K1 : daghospitalisatie in K-dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen – TFB : psychiatrische gezinsverpleging intramuros - TFP: psychiatrische gezinsverpleging – Q : bedden in psychiatrische verzorgingstehuizen

⁴ Het CIV-nummer is het nummer toegekend aan de verzorgingsinstelling door de FOD Sociale Zekerheid ; dit nummer is verschillend van het erkenningsnummer van het RIZIV.

⁵ Bestand met de overeenkomsten tussen de S-codes die met de verschillende gespecialiseerde diensten overeenstemmen en de variabele « aantal bedden van elke categorie in het ziekenhuis ».

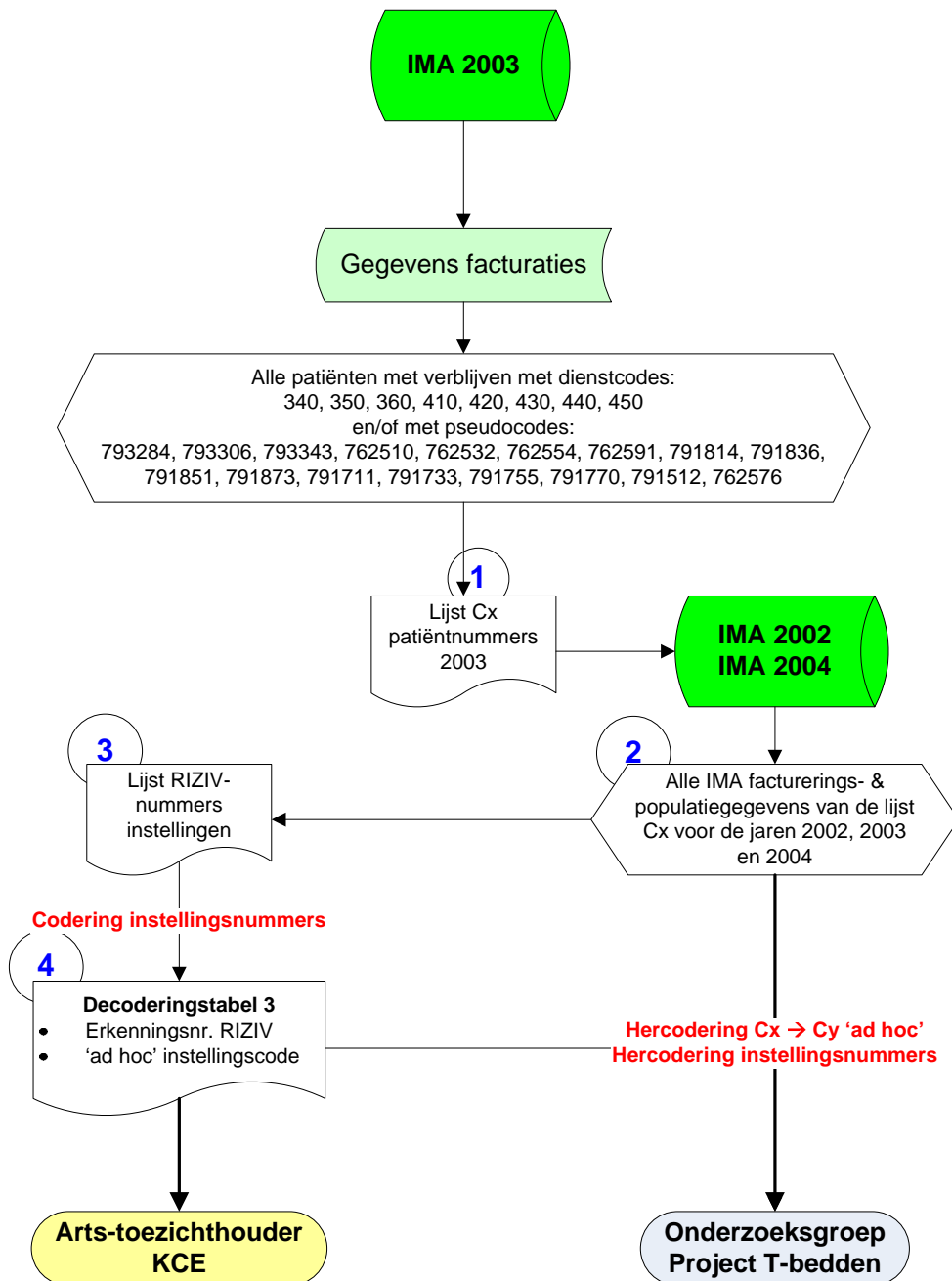


Figuur 3: Gegevensextracties uit MPG-registratie (FOD Volksgezondheid)

b) Voor de facturerings- en populatiegegevens van het IMA (figuur 4).

- Alle factureringsgegevens van de jaren 2002, 2003 en 2004 voor de patiënten die in 2003 een verblijf gehad hebben in een dienst met een van de volgende kenletters: T, T1, T2, TFB, TFP, K, K1, K2⁶ of in een PVT (psychiatrische verzorgingstehuis) of IBW (initiatief beschermd wonen - zie bijlage 5) en dit voor de ZIV-terugbetalingen, de remgelden en de supplementen.
- Voor de aldus geselecteerde patiënten worden alle populatiegegevens van het jaar 2003 (zie onder punt 1.2.1. d hierboven) opgevraagd.
- Deze gegevens worden door het IMA, zoals steeds, ingezameld bij de VI, met tussenschakeling van IBM als ‘trusted third party’.

⁶ Voor de betekenis van de afkortingen zie voetnoot 3.



Figuur 4: Gegevensextracties uit IMA-bestanden

1.2.3. Verantwoording

- Door het opvragen van de MPG verblijven uit 2003, bekomen we volledige verblijfsgegevens voor alle aanwezigen in dit jaar. Tevens worden voor de langliggers alle gegevens teruggaand in de tijd opgevraagd (vorige MPG registratiejaren). Aangezien in de MPG op regelmatige tijdstippen tijdens een patiëntenverblijf wordt geregistreerd, betekent dit dus dat we voor de langliggers over longitudinale gegevens beschikken, vanaf het moment van opname (of ten vroegste vanaf 2002 hoewel in juni 1996 met de MPG-registratie werd gestart), althans voor zover het gaat om verblijven in eenzelfde instelling. Rekening

houdend met deze beperking, verwachten we toch met deze informatie we eventuele behandelingsevoluties te kunnen nagaan.

- Verblijven in een psychiatrische setting worden soms kort onderbroken omwille van uiteenlopende redenen. Wanneer zo een onderbreking langer dan 30 dagen duurt, wordt de terugkomst van de patiënt als een nieuwe opname beschouwd. Om de populatie van langliggers zo goed mogelijk te reconstrueren, vragen we ook informatie op van vroegere verblijven van patiënten die in 2003 waren opgenomen. Hieraan zijn een aantal beperkingen verbonden (zie bijlage 1).
- Aangezien de studie ook een vergelijking tussen de kenmerken van de doelpopulatie (langliggers in een T-bed in een verzorgingsinstelling voor acute psychiatrie) en referentiepopulaties (personen in een T-bed in een initiatief beschut wonen of een psychiatrisch verzorgingstehuis⁷) omvat, zijn de verblijven in diverse administratieve diensten nodig: kenletter R (Beschut Wonen), kenletter Q (Psychiatrisch verzorgingstehuis).
- De doelpopulatie betreft volwassenen (+18 jaar) langliggers. Gezien patiënten tot maximaal 25 jaar in een K-bed kunnen verblijven, kan ook een deel van de doelpopulatie hier voorkomen. Daarom vragen we ook de patiëntverblijven in K, K1 en K2.
- Een profielschets van de doelpopulatie dient een gedetailleerd socio-economisch profiel van de patiënt te omvatten.
- Gezien het onderzoek zal ingaan op het kostprijzaspect, dienen de facturatiegegevens verzameld te worden.
- In alle datasets wordt het ziekenhuisnummer reversibel gecodeerd opgevraagd; maar met de mogelijkheid ze te decoderen in een latere fase van de studie. Hiervoor wordt een bijkomend correspondentiebestand (van gecodeerd ziekenhuis naar erkenningsnummer bij het RIZIV en naar CIV-nummer⁸ bij FOD Volksgezondheid – decoderingstabel 1) opgevraagd. Dit bestand zal exclusief beheerd worden door de arts-toezichthouder van het Kenniscentrum. De reden voor het opvragen van dit correspondentiebestand is om een goede selectie van de instellingen van het veldonderzoek te garanderen. De instellingen zullen worden geselecteerd op basis van een profilering gemaakt op basis van de de MPG gegevens (bijv. instellingen met een bepaald percentage langliggers, instellingen met een bepaald type van langliggers,...).
- De selectie van de instellingen kan gebeuren op basis van de databank met gecodeerde instellingsnummers. De arts-toezichthouder van het Kenniscentrum dient dan enkel de identiteit van deze selectie aan de onderzoekers mee te delen.

1.2.4. Veldonderzoek

Een derde fase van het onderzoeksproject betreft een veldonderzoek. De bedoeling van dit veldonderzoek is enerzijds de bevindingen uit de analyse van beschikbare databanken te valideren en anderzijds om complementaire informatie in te winnen.

Bijgevolg zal voor een steekproef van personen die langdurig in een T-bed verblijven volgende informatie worden opgevraagd bij de bij de behandeling betrokken

⁷ De psychiatrische verzorgingstehuizen zijn instellingen waar patiënten met een stabiele gezondheidstoestand verblijven en verzorging krijgen terwijl de psychiatrische verzorgingsinstellingen instellingen zijn waar de patiënten acute verzorging krijgen. Er wordt opgemerkt dat de drie categorieën op een lijst zullen worden gezet (psychiatrische verzorgingsinstellingen, psychiatrische verzorgingstehuizen en initiatieven van beschut wonen).

⁸ Het CIV-nummer is het identificatienummer bij de FOD Volksgezondheid.

zorgverleners: diagnose, niveau van functioneren en verleende zorg; de ingeschatte mogelijkheid tot reïntegratie; de idealiter meest geschikte bestemming; de eventuele en/of ondervonden hinderpalen voor een reïntegratie. Deze informatie zal vervolgens vergeleken worden met de bevindingen van de data-analyse. Tevens zullen de resultaten van de bevraging voorgelegd worden aan een aantal focusgroepen samengesteld uit welgekozen relevante betrokkenengroepen zoals: familieleden, hulpverleners in zorg voor langverblijvers (medisch en niet medisch), managers. Er zal gewerkt worden volgens de methodologie van focusgroepen, dit wil o.a. zeggen met een thema- of topiclijst die op een gestandaardiseerde wijze overlopen wordt.

Voor het uitvoeren van dit veldonderzoek worden eerst een aantal psychiatrische instellingen geselecteerd. De criteria van selectie zullen vastgelegd worden in functie van de resultaten van de MPG-analyse (zie hierboven).

Vervolgens wordt binnen elke voorziening voor een steekproef van patiënten de bijkomende informatie opgevraagd. Voor de samenstelling van deze steekproef van patiënten worden twee scenario's voorzien.

▪ Scenario 1

In principe wordt een steekproef van concrete patiënten samengesteld op basis van gegevens uit de MPG-registratie. Dit betekent dat elke geselecteerde instelling een overzicht ontvangt van de patiënten voor wie de informatie wordt opgevraagd. Aangezien de MPG-databank geanonimiseerde gegevens bevat, is het niet mogelijk de patiënten nominatief te identificeren. Hiervoor is decoderingstabel 2 nodig, waarbij de gehercodeerde ziekenhuisverblijfsnummers door de arts-toezichthouder van het KCE terug omgezet worden in de oorspronkelijke verblijfsnummers van de ziekenhuizen, die op basis hiervan dan de betrokken patiënten kunnen terugvinden.

▪ Scenario 2

Het is evenwel nog niet zeker dat de beschikbare MPG-registraties een dergelijke selectie zouden toelaten. Indien blijkt dat dit niet het geval is, wordt een andere methode toegepast waarbij een theoretische sample zal worden samengesteld aan de hand van een aantal patiëntkenmerken en contextuele variabelen verkregen uit de analyse van de IMA-factureringsgegevens. Deze selectiecriteria zullen, samen met een lijst van bijkomende vragen, overgemaakt worden aan een selectie van ziekenhuizen door het LUCAS onderzoeksteam in samenwerking met het IMA. Het is dan aan deze instellingen om binnen hun patiëntenbestand het gevraagde aantal verblijven te selecteren en voor die patiënten de bijkomende informatie te bezorgen aan de arts-toezichthouder van het KCE, opdat deze laatste voorafgaandelijk de pseudonimisatie⁹ van patiënten en zorgverstrekkers evenals de hercodering van zorginstellingen zou kunnen verifiëren, vooraleer de getransformeerde gegevens over te maken aan de onderzoeksploeg.

De logistieke taken verbonden aan verzending van vragenlijsten en controles van ontvangst van de antwoorden zullen verzekerd worden door het LUCAS-onderzoeksteam (onderzoeksteam van de KULeuven) in samenwerking met het IMA. Het onderzoeksteam zal instaan voor de contacten met de ziekenhuizen en het

⁹ Onomkeerbare codering aan de hand van een onbeduidend nummer, met bewaring van de correspondentietabel.

in ontvangst nemen van de antwoordenveloppen, maar zal deze niet mogen openen. De niet-gecodeerde persoonsgegevens zijn dus ontoegankelijk voor dit team.

Voor beide scenario's wordt de opgevraagde aanvullende patiënteninformatie geëncrypteerd en paswoord beschermd toegestuurd aan de arts-toezichthouder van het KCE die ze vervolgens met gehercodeerde ziekenhuisnummers aan het onderzoeksteam bezorgd. De patiënt- en verblijfsnummers worden eveneens gecodeerd (pseudonimisatie) alvorens ze aan het onderzoeksteam worden overgemaakt.

1.3. Dataleveringen en onderscheiden onderzoeksgroepen

Onderhavig project wordt uitgevoerd door een consortium van 3 onderzoeksgroepen, die elk een apart onderdeel van het onderzoek toegewezen krijgen:

- Het Centrum voor Statistiek van de Universiteit Hasselt, dat instaat voor de verwerking van de MPG-gegevens;
- Een 'ad hoc' projectgroep van het IMA die instaat voor de verwerking van de eigen IMA-gegevens;
- Het Centrum Lucas van de KU Leuven, dat instaat voor de verwerking van de gegevens van het veldonderzoek.

Elk van deze onderzoeksgroepen slechts zal werken met door de arts-toezichthouder van het KCE gehercodeerde verblijfs- en/of patiëntnummers.

Het Centrum voor Statistiek van de Universiteit Hasselt (voor wat betreft de MPG-gegevens) en het Centrum Lucas van de KU Leuven (voor wat betreft de gegevens van het veldonderzoek) zullen hun respectievelijke gehercodeerde gegevens aangereikt krijgen onder de vorm van op een (of desgevallend meerdere) cd-roms gezippte en paswoord beschermde elektronische bestanden. In dat kader zullen twee universiteiten als onderaannemer optreden voor het KCE.

Een lijst van de categorieën van personen die de betreffende persoonsgegevens kunnen raadplegen waarbij hun hoedanigheid ten opzichte van de verwerking van de betrokken gegevens is omschreven, zal ter beschikking worden gehouden van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het Sectoraal comité.

1.4. Beschrijving van de aard van de gevraagde gegevens

Betreffende de 'patiënt'

In de gevraagde gegevens zit een aantal indicatoren dat de patiënt betreft. Het gaat om:

- Algemene patiëntindicatoren zoals:
 - o geboortejaar
 - o geslacht
 - o postcode domicilie
 - o NIS-verblijfscode
 - o nationaliteit
 - o code van het land van herkomst
 - o jaar en maand van overlijden.

- Indicatoren omtrent sociale zekerheid van de patiënt (IMA populatiebestand):
 - gecodeerde identificatienummers van gerechtigde en titularis bij de VI (C3)
 - Code gerechtigde of persoon ten laste
 - Sociale toestand op de datum van de mod. E
 - Code werkloosheid
 - Ingangsdatum reële rechten verzekeraarbaarheid
 - Einddatum reële rechten verzekeraarbaarheid
 - Bijdragebetalend/kosteloos
 - Aard/bedrag inkomen
 - Oorsprong erkenning als mindervalide
 - Forfait B verpleegkundige verzorging¹⁰
 - Forfait C verpleegkundige verzorging¹¹
 - Kinesitherapie E of fysiotherapie¹²
 - Verhoogde kinderbijslagen
 - Toelage voor de integratie van gehandicapten (cat III of IV)
 - Toelage voor hulp aan ouderen (cat III IV of V)
 - Uitkering hulp aan derden
 - Uitkering voor primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeitsuitkering
 - Forfaitaire uitkering hulp aan derden
 - Criterium hospitalisatie (120 dagen)
 - Criterium hospitalisatie (6 hospitalisaties)
 - Recht MAF Gezin
 - Categorie MAF Gezin
 - Recht Maf Individu
 - Terugbetaling en plafond – gezin
 - Terugbetaling en plafond – individu
 - Datum recht MAF
 - Mono-mutualistisch of mixed gezin
 - Type gezin
 - Gecodeerd NISS-nummer gezinshoofd MAF
 - Recht op gewaarborgd inkomen, inkomensgarantie voor oudere of op het leefloon
 - Recht op toelage van gehandicapten
 - Meer dan 6 maanden werkloosheidsuitkering
 - Recht op hulp van OCMW
 - Aantal dagen werkloosheid
 - Aantal dagen arbeidsongeschiktheid
 - Aantal dagen invaliditeit
- In de MPG:
 - Maand, jaar van medische opname
 - Dag van de week van medische opname
 - Kenletter van de behandeldienst bij medische opname, en bij wijziging hiervan
 - ID-nummer van de leefeenheid¹³ bij medische opname, en bij wijziging hiervan

¹⁰ Het forfait B verpleegkundige verzorging wordt toegekend aan personen die afhankelijk zijn om zich te wassen en te kleden, en om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan, die incontinent zijn en/of afhankelijk zijn bij het eten.

¹¹ Het forfait C verpleegkundige verzorging wordt toegekend aan personen die afhankelijk zijn om zich te wassen, te kleden, om zich te verplaatsen, die incontinent zijn en die afhankelijk zijn bij het eten.

¹² Kinesitherapie voor patiënten die lijden aan ernstige ziekten.

- Arrondissement/ Agglomeratie (waarin de patiënt gedomicilieerd is)
- Type opname (al dan niet gepland langer dan 24 uur)
- Wijze van opname (vrijwillig dan wel onder wettelijke voorwaarden)
- Drie laatst tussenkomende personen¹⁴ (verwijzers), in algemene categorieën
- Leefmilieu voor opname
- Type laatst beëindigd onderwijs
- Niveau laatst beëindigd onderwijs
- Beroepsstatus bij opname
- Huidig of laatste hoofdberoep
- Diagnose volgens de 5 assen van de DSM IV
- Aanwezigheid van 53 probleem-items, onderverdeeld in
 - psychische tekens en symptomen (vb. zelfmoordgedachten, depressieve stemming,...)
 - relatieproblemen (vb. met de kinderen, met de partner)
 - problemen i.v.m. sociaal functioneren (vb. studies, werk,...)
 - ontwikkelingsproblemen (vb. intellectueel, motorisch,...)
 - problemen i.v.m. lichamelijk functioneren (vb. slaapproblemen, eetproblemen)
- Therapeutische doelstellingen voor het verblijf van de patiënt
- Basiszorgen verstrekt aan de patiënt (vb. op vlak van hygiëne, mobiliteit,...)
- Behandelingen verstrekt aan de patiënt (voornamelijk medicamenteus, in algemene categorieën)
- Verstrekte toezicht op de patiënt (vb. op levens- of zelfmoordgevaar, op het onder invloed zijn,...)
- Evaluaties/onderzoeken uitgevoerd bij de patiënt (vb. lichamelijk onderzoek, psychologisch testonderzoek, ...)
- Relationele behandelingen aangeboden aan de patiënt (vb. gespreksbegeleiding, psychotherapie,...)
- Intermediair ontslag (tijdelijke onderbreking van de opname, met reden en bestemming)
- Wijze van ontslag (in overleg, zonder overleg, met wettelijke maatregel, overleden)
- Aanwezigheid van overblijvende problemen bij ontslag (dezelfde lijst van 53 probleem-items als bij opname)
- Therapeutische doelstellingen voor de voorgestelde nazorg aan de patiënt
- Voor de patiënt voorgestelde nazorg en nabehandeling
- Bestemming van de patiënt na ontslag (in algemene categorieën: gaat naar huis, wordt in een initiatief voor beschut wonen opgenomen, wordt in een ander ziekenhuis opgenomen)

Deze gegevens zijn nodig om de volgende redenen:

- de algemene en sociale zekerheidsindicatoren zijn nodig voor epidemiologische & socio-economische analyses van de studiegegevens en -resultaten.
- de sociale gegevens en diagnosegegevens zijn nodig om een goede profilering te kunnen maken van de doelgroep van patiënten in een T-bed en meer in het bijzonder de langblijvers.

¹³ De leefeenheid is de structuur die patiënten opneemt opdat ze er zouden kunnen wonen, hier in het kader van de initiatieven voor beschut wonen.

¹⁴ Dat wil zeggen de zorgverleners die de betrokken persoon hebben behandeld.

- de behandelingsgegevens zijn nodig om een vergelijking tussen de doelgroep en referentiegroepen mogelijk te maken wat betreft de ontvangen behandeling, en om een indicatie te kunnen vinden betreffende de eventuele reïntegreerbaarheid van de patiënt
- de gegevens betreffende korte afwezigheden (intermediaire ontslagen) van de patiënt zijn nodig bij de inschatting van de reïntegreerbaarheid van de patiënt (vb. gaat de patiënt voor opname naar een algemeen ziekenhuis dan wel voor het weekend naar huis?)
- m.b.t. de MPG: de gehercodeerde ziekenhuisverbijs- en patiëntnummers (patiëntpseudoniem) zijn onmisbaar om de patiënt te volgen doorheen zijn verschillende verblijven in hetzelfde ziekenhuis. In de MPG is er een door het ziekenhuis toe te kennen patiëntspecifiek nummer, dat als enige door de overheid opgelegde verplichting heeft dat het moet constant blijven voor eenzelfde verblijf en eenzelfde registratie-entiteit (in geval van meerjaarsverblijven). Er is geen interziekenhuis-longitudinaliteit en - in geval van meerdere verblijven van eenzelfde patiënt in eenzelfde ziekenhuis maar in verschillende registratieperiodes - ook geen verplichting om ieder keer hetzelfde patiëntnummer te gebruiken. Rekening houdend met deze belangrijke beperking, kunnen de gegevens eventueel toch toelaten trajecten en zorgprogramma's te bestuderen, alsook het fenomeen van 'shoppen' (binnen eenzelfde instelling).
- m.b.t. de IMA-gegevens: door de aanwezigheid van een unieke gepseudonimiseerde patiëntidentificator (de C2) zijn longitudinale studies van verblijfsfacturaties kunnen over de jaren en instellingen heen hier wel mogelijk. Er zijn echter in de IMA-gegevens geen directe diagnosegegevens voorhanden en een directe koppeling tussen MPG- en IMA-gegevens is vooralsnog niet mogelijk.

Betreffende het 'ziekenhuis'

De instellingsgegevens betreffende het aantal bedden\plaatsen in de diversie diensten is nodig als een indicatie van de grootte van het ziekenhuis.

Betreffende de decoderingstabellen

De instellingsnummers, worden gehercodeerd in de MPG (evenals de MPG-verblijfs- en patiëntnummers) en in de IMA-datasets. Hierbij dient benadrukt te worden dat de studie zelf integraal op gecodeerde ziekenhuisnummers zal gebeuren en dit als garantie voor de objectiviteit van het onderzoek.

Op het eind van de studie zal een aantal van deze nummers opnieuw gedecodeerd worden zodat de mogelijkheid open gehouden wordt dat de selectie van de ziekenhuizen en patiënten voor de veldstudie gebeurt op basis van een profilering van ziekenhuizen op basis van de MPG (scenario 1 - zie hoger) of op basis van de IMA gegevens (scenario 2).

Omwille van bovenstaande reden is het verkrijgen van de 3 beschreven decoderingstabellen nodig. Deze correspondentietabellen zullen ter bewaring overgemaakt worden aan de Geneesheer Toezichtshouder van het KCE, die er een exclusieve en beveiligde toegang zal toe hebben.

1.5. Gebruik van de gegevens na de studie

1.5.1. Bewaring

- a) De totaliteit van de analyseverrichtingen, met inbegrip van het opstellen van tussen- en eindresultaten en de eventuele feedback aan ziekenhuizen, moet gebeuren binnen een termijn van maximaal 24 maanden, die aanvangt bij volledige ontvangst, per onderzoeksgroep, van de in 1.2.1 tot 1.2.4 bedoelde gegevens. Deze termijn van 24 maanden laat de onderzoekers toe om bijkomende analyses uit voeren op de gegevens in functie van het schrijven van een of meerdere wetenschappelijke artikels.
- b) Behoudens een nieuwe, gemotiveerde machtiging aangevraagd bij het Sectoraal Comité en verleend door dat Comité, zullen ten laatste bij het verstrijken van deze termijn alle onder a) bedoelde gegevens vernietigd worden, met uitzondering van die afgeleide tussen- en eindresultaten en / of aggregaten die geen enkele verwijzing naar patiëntnummers meer bevatten, m.a.w. die volledig anoniem geworden zijn.
- c) De onder b) bedoelde eindresultaten en/of aggregaten zullen 30 jaar lang gearchi-veerd worden gezien zij een integraal onderdeel uitmaken van het wetenschappelijk luik van het onderzoek en het wenselijk is dat zij, o.m. in verband met longitudinale studies over meerdere jaren, zouden beschikbaar blijven.
- d) Archivering zal geschieden op vaste drager (te bespreken met de veiligheids-consultent: bijv. magneetband,...) en gedeponeerd worden in een 'secure depot' bijv. deze van de Kruispuntbank Sociale Zekerheid.

1.5.2. Mededeling

De resultaten van de studie zullen:

- voorwerp uitmaken van een rapportering aan de Raad van Bestuur van het KCE;
- in geval van goedkeuring van het rapport door de Raad van Bestuur, worden gepubliceerd, in overeenstemming met het KB van 15 juli 2004 betreffende de modaliteiten van de openbaarmaking van de studies, rapporten en analyses van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, B.S. 3 augustus 2004;
- verwerkt worden in een of meerdere medisch-wetenschappelijke publicaties.

B. BEHANDELING VAN DE AANVRAAG

2.1. Wettelijke basis

Zowel de mededeling van de gevraagde gegevens, de studie en analyse van die gegevens als de publicatie van de studieresultaten kadert in de uitdrukkelijke wettelijke opdracht van het Kenniscentrum (art. 262 tot en met 267 van de Programmawet van 24 december 2002, B.S. 31 december 2002 verder KCE-Wet), evenals artikels 285 en 296 van deze KCE-Wet en het KB van 2 februari 2004 houdende de inwerkingtreding van artikel 292 van de programmawet (I) van 24 december 2002, B.S. 11 februari 2004) met inwerkingtreding op 1 februari 2004.

De studie die het voorwerp uitmaakt van deze aanvraag werd ingeschreven in het werkprogramma van het KCE voor 2006.

2.2. Wat het luik “veldonderzoek” betreft (punt 1.2.4)

Het Comité stelt vast dat het onderzoeksprotocol met betrekking tot dat luik van de studie onnauwkeurig blijft.

Onder meer de “betrokken partners” (familieleden, behandelende arts, enz.) die ondervraagd zullen moeten worden, worden niet exhaustief opgesomd. Er zijn ook geen modaliteiten voorzien voor de bescherming van het privé-leven van deze partners en in voorkomend geval van het beroepsgeheim waartoe zij gehouden zijn. De lijst van de vragen (“topics”) die aan de te ondervragen personen zullen worden voorgelegd, werd niet bij de aanvraag gevoegd. Volgens de informatie meegedeeld door de verantwoordelijke arts van het KCE, dr. Van De Sande, is deze lijst nog niet opgesteld.

De vorm waarin de vragenlijsten zullen worden voorgelegd, ofwel in de vorm van anonieme vragenlijsten in hoofde van de antwoorder / patiënt, ofwel op naam van de antwoorder / patiënt die vervolgens gecodeerd wordt, werd niet uitdrukkelijk toegelicht. Volgens de informatie meegedeeld door Dr Van De Sande aan het Secretariaat van het Comité werd over deze doorslaggevende modaliteit op het vlak van de bescherming van het privé-leven nog geen beslissing genomen.

Het Comité stelt dus vast dat het onmogelijk kan oordelen over de conformiteit van het luik “veldonderzoek” van het hem voorgelegde project op basis van de gegevens die hem door het KCE werden meegedeeld.

Het Comité spreekt zich aldus niet uit over dat luik “veldonderzoek” zolang het geen preciezere informatie heeft gekregen en beperkt de draagwijdte van deze machtiging tot de statistische verwerking van gegevens afkomstig van de FOD Volksgezondheid en het Intermutualistisch Agentschap (IMA).

2.3. Wat het luik van de studie betreft die op de gegevens afkomstig van de FOD Volksgezondheid en het Intermutualistisch Agentschap (IMA) is gebaseerd

2.3.1. *Analyse van de gevraagde gegevens*

Het betreft hier individuele patiëntgebonden gegevens, enerzijds factureringsdata van het IMA en anderzijds een aantal specifieke gecodeerde diagnostisch-therapeutische data van de verblijven van die patiënten (MPG-gegevens van de FOD Volksgezondheid). Zowel de gevraagde MPG-data als de gevraagde IMA-data lijken dienend voor de geplande studie en proportioneel voor het doel ervan.

Zowel het ziekenhuisnummer als de patiënt- en verblijfsindicatoren zullen voorafgaandelijk projectspecifiek gehercodeerd worden door de arts-toezichthouder van het KCE.

De codering van de gegevens geschiedt via pseudonimisatie van de gegevens, dat wil zeggen dat de identificatiegegevens door een onbeduidend nummer worden vervangen. Het betreft dus een onomkeerbare codering. De reidentificatie kan enkel via de raadpleging van de decoderingstabel (of correspondentietabel) geschieden.

Onder deze voorwaarde kunnen alle hogervermelde gegevens aanvaard worden als zijnde dienend voor de geplande studie en proportioneel voor het doel ervan.

2.3.2. *Onderaanneming*

Het KCE verplicht zich in haar betrekkingen met de onderaannemers (Universiteit van Hasselt en Lucas-centrum van de KULeuven) de bepalingen na te leven van artikel 16 van de privacywet met betrekking tot de onderaanneming, en onder meer een overeenkomst met die onderaannemers af te sluiten waarin de nodige technische en organisatorische maatregelen die door de onderaannemers moeten worden genomen voor een beveiliging van de gegevens worden vastgelegd en waarin de verantwoordelijkheid van de onderaannemers ten opzichte van het KCE wordt geregeld.

2.3.3. *Identificatierisico*

Het is niet 100 % uit te sluiten dat bepaalde personen omwille van de persoonlijke kennis die ze hebben, op basis van de anonieme of gecodeerde gegevens toch tot vaststellingen kunnen komen aangaande natuurlijke personen. Dit kan op verschillende wijzen gebeuren. Stel bijvoorbeeld dat een gecodeerd en als dusdanig niet identificeerbaar ziekenhuis bepaalde kwantitatieve kenmerken heeft (vb. zeer groot of zeer klein aantal bedden) terwijl slechts een handvol ziekenhuizen aan die kwantitatieve beschrijving voldoen, dan zal het voor mensen die de sector goed kennen niet zo moeilijk zijn te achterhalen welk concreet ziekenhuis in de statistieken omschreven wordt. Dit is een klassiek probleem bij statistisch en ander onderzoek: outliers, doordat ze marginale gevallen zijn, verdwijnen niet in de anonimiteit van de massa. In de mate dat het om de identificatie gaat van een rechtspersoon, is dit echter geen probleem.

Voor de outliers naar onder toe (zeer kleine instellingen), zou er wel een probleem kunnen ontstaan indien over een op die of op een andere manier geïdentificeerd ziekenhuis uitspraken worden gedaan met betrekking tot bepaalde kenmerken (bijvoorbeeld en met name aangaande de onderzochte klinische praktijk), terwijl slechts een zeer beperkt aantal zorgverstrekkers in dat ziekenhuis dergelijke praktijken uitvoeren. In dat geval zal iemand die over voldoende kennis beschikt over dat ziekenhuis in de studieresultaten gegevens kunnen lezen aangaande deze zorgverstrekker. Indien, om volledig te zijn, die klinische praktijk in het geïdentificeerde ziekenhuis slechts een enkele keer zou zijn toegepast en indien iemand over voldoende kennis beschikt om te weten welke patiënt die specifieke klinische ingreep in dat ziekenhuis heeft ondergaan, dan is zelfs de identificatie van een patiënt niet uit te sluiten (in dit geval zou het zelfs kunnen gaan om een gezondheidsgegeven).

Nochtans lijkt de kans op deze laatste vorm van identificatie zo goed als onbestaande en is het risico op identificatie van een zorgverstrekker eerder gering. De bestudeerde klinische entiteiten zijn immers (zeer) frequent, zodat er zo goed als geen outliers aan de onderzijde zullen zijn: de kans dat de onderzochte ingreep in de onderzochte periode in een ziekenhuis slechts door één specialist op slechts één patiënt zou zijn uitgevoerd, is quasi onbestaande.

Bovendien moeten deze 'potentiële' risico's afgewogen worden tegenover het onmiskenbare belang van een dergelijke studie die moet toelaten de rechtvaardige en gerechtvaardigde aanwending van de sociale zekerheidsmiddelen in de ziekteverzekering wetenschappelijk te ondersteunen en/of bij te sturen..

In de mate dat moet aangenomen worden dat het indirecte identificatierisico reëel is, gaat het hier niet om de verwerking van anonieme gegevens, doch om de verwerking van gecodeerde gegevens die voor een beperkt deel bovendien de gezondheid van de betrokkenen kunnen betreffen.

Een dergelijke verwerking is enkel toegelaten in de in artikel 7, § 2, van de wet van 8 december 1992 *tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens*, zoals gewijzigd bij de wet van 11 december 1998 (hierna privacywet genaamd) limitatief opgesomde gevallen. In casu is daaraan voldaan: het gaat immers om een wetenschappelijk onderzoek (art. 7, § 2, k) privacywet). In de mate dat de correcte uitvoering van de opdrachten van het Kenniscentrum noodzakelijk is voor het voeren van een verantwoord beleid met betrekking tot de verstrekking van gezondheidszorgen in België in het algemeen, en dus in fine voor de gezondheid van elke inwoner in het bijzonder, is de gevraagde verwerking ook noodzakelijk om redenen van algemeen belang en kadert ze in de wettelijke verplichtingen van het Kenniscentrum (art. 7, § 2, e) privacywet).

Persoonsgegevens betreffende de gezondheid mogen enkel verwerkt worden onder toezicht van een beroepsbeoefenaar van de gezondheidszorg. In casu is daaraan voldaan, omdat de persoon die binnen het Kenniscentrum verantwoordelijk is voor de verwerking weldegelijk een arts is.

Het KCE verbindt er zich toe aangifte te doen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer zoals bepaald in art. 17 van de privacywet en volgens de voorwaarden bepaald in art. 16 van het koninklijk besluit van 13 maart 2001 ter uitvoering van de privacywet). Een kopie van het ontvangstbewijs van aangifte zal worden bezorgd aan de onderzoeksgroepen.

Tot slot vereist de privacywet dat de persoonsgegevens betreffende de gezondheid ingezameld zijn bij de betrokkene zelf (art. 7 § 5) tenzij voldaan is aan § 3 en 4 van art. 7 (art. 7 § 5 lid 2) en inzameling via andere bronnen noodzakelijk is voor de doeleinden van de verwerking of de betrokkene niet in staat is om de gegevens te bezorgen. De wijze van verzamelen van persoonsgegevens betreffende de gezondheid door het KCE is geregeld bij wet. De betrokkenen kunnen zich aldus redelijkerwijze verwachten aan de verwerking van hun persoonsgegevens door het KCE teneinde de haar door de wet toegekende taken te kunnen verwezenlijken (art. 263 programmawet van 24 december 2002). In casu is voldaan aan de bijzondere voorwaarden betreffende de betrokken gegevens gesteld in het koninklijk besluit van 13 februari 2001 en de verwerking gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de Geneesheer Toezichthouder van het KCE. Tevens is de inzameling van de betreffende persoonsgegevens via hogervermelde bronnen noodzakelijk voor de doeleinden van de verwerking, zoals hoger uiteengezet, zodat is voldaan aan de voorwaarden gesteld in art. 7, § 5, 2^{de} lid van de privacywet.

2.3.4 *Later gebruik*

De voorgestelde bewaring en het voorgestelde verder gebruik, telkens onder de voorgestelde beperkingen inzake bewaarduur, bewaarwijze en publicatiewijze, lijkt voldoen gemotiveerd qua finaliteit. De voorstellen lijkt bovendien niet disproportioneel in het licht van deze doelstellingen.

Er moet worden opgemerkt dat het Kenniscentrum uitdrukkelijk voorziet dat voor de mededeling van de studieresultaten overgegaan zal worden tot een decoding van de ziekenhuiscode. Deze specifieke decoding lijkt evenwel niet in strijd met artikel 12 van het koninklijk besluit van 13 februari 2001 dat de decoding verbiedt. Het gedecodeerde gegeven betreft immers de identificatie van een rechtspersoon (nl. het ziekenhuis). Evenwel dient opgemerkt te worden dat het juist deze decoding is die de indirecte identificatie op basis van bijkomende externe gegevens theoretisch mogelijk maakt. Ook hier moet echter gesteld worden dat dit risico op indirecte identificatie na decoding van de rechtspersoon, proportioneel is ten aanzien van de rechtmatige voordelen die daardoor kunnen behaald worden.

Om deze redenen, verleent

het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid

de machtiging, onder voormelde voorwaarden, voor de mededeling aan het Kenniscentrum van de Gezondheidszorg van de gegevens bedoeld in punt 1.2. met het oog op de realisatie van de studie bedoeld in punt 1.1.

Deze gegevens mogen worden bewaard voor de onder 1.5. bedoelde doeleinden en voor de in datzelfde punt vermelde termijnen. Daarna dienen zij te worden vernietigd.

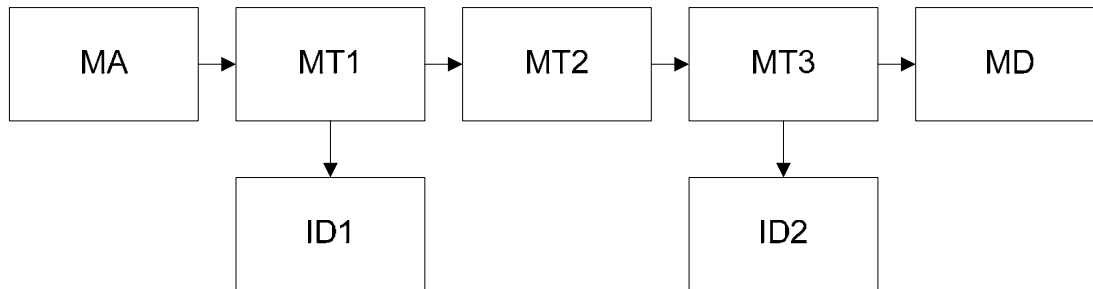
Willem DEBEUCKELAERE
Voorzitter

BIJLAGE 1: Beschrijving van de opgevraagde MPG betreffende patiëntgegevens

De MPG betreffende de (continue) patiëntgegevens worden in volgende databanken opgesplitst:

- MA: Opnamegegevens
- MT: Behandelingsgegevens
- ID: Gegevens betreffende intermediaire ontslagen
- MD: Ontslaggegevens

Een verblijf van een patiënt in een instelling kan bijvoorbeeld als volgt voorgesteld worden:



Elk verblijf kent slechts één opname, en slechts één ontslag, maar kan meer dan één behandelingsperiode hebben alsook meer dan één intermediair ontslag. Een behandelingsperiode heeft een maximale duur van 183 dagen. Dit betekent dat voor langliggers minstens elke 183 dagen (of 6 maanden) gegevens worden geregistreerd. De langlijgger wordt dus eigenlijk longitudinaal gevolgd doorheen het verblijf in de instelling.

Een intermediair ontslag heeft een maximale duur van 30 dagen. Dit betekent dat wanneer een patiënt voor een periode van meer dan 30 dagen de instelling verlaat, bij terugkomst automatisch een nieuw verblijf wordt gecreëerd. Er komt dus een nieuwe opname.

Voor de aanvraag van de MPG voor de huidige studie nemen we als uitgangspunt alle behandelingsperiodes (MT's) uit de databanken van 2003 (met verblijf in een van de kenletters T, T1, T2, K, K1, K2, TFB, TFP, Q, R). Concreet betekent dit dat alle patiëntenverblijven geselecteerd worden die minstens 1 dag in 2003 vallen. Van deze patiëntenverblijven willen de volgende informatie:

- Alle gegevens vanaf de opname: dit zijn alle gegevens van vroegere behandelingsperiodes (MT's) binnen hetzelfde patiëntenverblijf, gegevens van alle intermediaire ontslagen (ID) die binnen dit patiëntenverblijf zijn voorgevallen en de opnamegegevens (MA).
- Alle gegevens van eerdere verblijven van dezelfde patiënt in dezelfde instelling. Hieraan zijn wel enkele beperkingen: wanneer een patiënt voor een periode langer dan een jaar uit de instelling is weggeweest (tussen ontslag en nieuwe opname), kan de link niet meer gemaakt worden tussen het huidige en het vorige verblijf. Ook in het geval van een fusie van twee instellingen, kan de link verloren gegaan zijn.
- Ontslaginformatie: deze informatie is enkel beschikbaar voor verblijven die in het jaar 2003 in een ontslag eindigen.

Met deze werkwijze garanderen we dat we voor langblijvers binnen een instelling over alle informatie beschikken, vanaf opname (of aanvang MPG registratie in juli 1996), tot 2003.

Bovendien garanderen we dat, wanneer een verblijf van een patiënt voor een relatief korte tijd onderbroken wordt, de link niet verloren gaat, met enkele bovenvermelde uitzonderingen.

BIJLAGE 2: Beschrijving van de opgevraagde MPG betreffende instellingsgegevens

Van de instellingsgegevens uit de MPG databanken van 2003, vragen we een selectie van de items H01 (type instelling), H02 (CIV-nummer), H07 (patiëntnummer in de instelling), H08 (verblijfsnummer in de instelling) en SI10 t.e.m. SI21.

SI10 t.e.m. SI21 geeft het aantal erkende bedden/plaatsen weer onder de kenletters, respectievelijk: A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2, TFB, TFP, VP (psychogeriatric).

BIJLAGE 5: criteria voor selectie populatie in IMA-data

Pseudocode vepleegforfaits RIZIV	Code dienst RIZIV	Bedindex VGZ	Type instelling	Type code	Omschrijving
	340	K	AZ/PZ	720	Dienst voor neuropsychiatrie voor kinderen (dag en nacht)
	350	K1	AZ/PZ	720	Dagverpleging in een K-dienst
	360	K2	PZ	720	Nachtverpleging in een K-dienst
	410	T	AZ/PZ	720	Psychiatrische dienst (dag en nacht)
	420	T1	AZ/PZ	720	Dagverpleging in een T-dienst
	430	T2	AZ/PZ	720	Nachtverpleging in een T-dienst
793284	440	Tf	PZ	720	Gezinsverpleging Tf in ziekenhuis (vanaf 01/04/2000)
793306	450	Tp	PZ	720	Gezinsverpleging Tp in een gezin (vanaf 01/04/2000)
793343				720	Verblijf Tp in een collectief vakantiecamp
762510	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
762532	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
762554	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
762591	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791814	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791836	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791851	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791873	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791711	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791733	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791755	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791770	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
791512	990	Q	PVT	725	Psychiatrisch verzorgingstehuis
762576	990	R	IBW	726	Initiatief beschut wonen