

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 16 JANVIER 2007

DINSDAG 16 JANUARI 2007

Matin

Voormiddag

La discussion des questions est ouverte à 11 h 30 par M. Yvan Mayeur, président.

Le **président** : La question n° 13.656 de M. Miguel Chevalier est reportée.

01 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les éventuels effets nocifs des gsm et des antennes gsm" (n° 13658)

01.01 Mark Verhaegen (CD&V) : Le débat sur les effets des GSM et des pylônes GSM sur la santé publique bat son plein. Le monde scientifique est partagé. Il y a quelques mois, le ministre a indiqué que les normes actuelles ne seraient pas revues avant que les résultats d'une étude menée par l'Organisation mondiale de la Santé ne soient connus. Il est, par contre, prévu de distribuer une brochure, par l'entremise des communes, pour pallier l'incertitude et l'inquiétude au sein de la population.

Quand ces brochures seront-elles distribuées ? Comporteront-elles des informations concrètes sur l'utilisation sûre des GSM et sur la sécurité de l'habitat à proximité des pylônes GSM ? Est-il prévu à terme d'adapter les normes ?

01.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La brochure s'intitule *Belgopocket 2007*. Il s'agit d'un livret en format de poche où tout un chacun trouvera des réponses aux questions concernant cette matière, du moins pour autant qu'il s'agisse d'une compétence fédérale. En revanche, le problème ne se limite pas à la seule utilisation du GSM. Le texte relatif à l'utilisation du GSM est entre-temps déjà disponible sur l'internet. La version papier est encore en préparation.

Les recommandations concernant l'utilisation du GSM sont plutôt fondées sur le principe de précaution que sur des constatations scientifiques avérées. Des informations plus détaillées sont disponibles sur le site internet du SPF Santé publique. Les recommandations concernant le fait d'habiter à proximité des antennes GSM correspondent aux conclusions en la matière de l'Organisation mondiale de la santé et de la Commission européenne.

L'avis du Conseil supérieur de la santé concernant les champs électromagnétiques à basse fréquence et l'hypersensibilité électrique n'a pas encore été publié. Le projet relatif à la technologie de la communication n'est pas encore terminé. J'attends les conclusions du Conseil.

L'Organisation mondiale de la santé prépare à son tour un nouveau rapport qui est attendu dans le courant de cette année ou pour l'année prochaine. Le gouvernement pourra alors décider d'adapter ou non les

normes existantes.

01.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Cette brochure doit être publiée dans les meilleurs délais. Les communes doivent pouvoir délivrer les agréments relatifs à l'érection de pylônes GSM sur leur territoire en parfaite connaissance des dangers potentiels.

J'espère que tant le rapport du Conseil supérieur de l'Hygiène que celui de l'Organisation Mondiale de la Santé seront disponibles rapidement. La politique mise en œuvre doit pouvoir s'adapter aux constats les plus récents en matière de sécurité et de santé publique.

L'incident est clos.

02 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête de Test-Achats sur les soins palliatifs" (n° 13659)

02.01 Mark Verhaegen (CD&V) : Les proches sont très satisfaits du travail des médecins et des infirmiers en matière de soins palliatifs. Le cadre de remboursement légal des soins palliatifs s'avère toutefois trop étroit, comme l'indique clairement une enquête de *Test-Achats*. Les soins palliatifs ne sont remboursés que si l'espérance de vie est de trois mois maximum et de 24 heures minimum. Les soins palliatifs devraient en réalité être accessibles à toute personne atteinte d'une maladie qui constitue une menace pour sa vie. Par ailleurs, l'enquête a également montré que les besoins sont importants en matière de soins palliatifs à domicile et de centres de soins palliatifs de jour. Il faut par ailleurs souligner que la Belgique enregistre de très mauvais résultats en ce qui concerne la présence de proches au moment du décès.

Le ministre est-il prêt à lancer une campagne destinée à mieux faire connaître les soins palliatifs ambulatoires ? Comment veillera-t-il à ce que des interventions prolongeant ou abrégeant inutilement la vie soient réalisées ? Le cadre légal de remboursement des soins palliatifs sera-t-il élargi de sorte que les personnes atteintes d'une maladie susceptible d'entraîner la mort puissent également recourir aux soins palliatifs, même si ceux-ci doivent à nouveau être prodigués après une rémission temporaire ?

02.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je ne puis marquer mon accord sur l'ensemble des conclusions de *Test-Achats*. La situation en matière de soins palliatifs à domicile constitue à cet égard mon meilleur argument : le ticket modérateur pour les visites d'infirmières, de kinésithérapeutes et de médecins généralistes a été supprimé et un montant forfaitaire a été fixé afin de couvrir les dépenses qui ne sont pas remboursées directement.

La période pendant laquelle un patient entre en ligne de compte pour bénéficier de soins palliatifs peut effectivement soulever des questions. La détermination de la durée de fin de vie fait toutefois l'objet d'un certain consensus parmi les différents acteurs concernés.

Les demandes relatives aux soins administrés à domicile et en centres de jour à des patients qui souffrent de pathologies graves, chroniques et dégénératives ne sont absolument pas demeurées sans réponse. La question des soins continus mérite une attention particulière et ne peut interférer avec le débat sur les soins palliatifs.

Je ne vois aucune objection à une campagne d'information, même si je pense que les professionnels de la santé et les associations en contact avec les patients sont en mesure de fournir de meilleures informations qu'une campagne publicitaire.

02.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Des mesures valables ont été prises en matière de soins palliatifs mais elles sont insuffisantes et tardives.

Les soins palliatifs constituent une option économique par rapport à l'acharnement thérapeutique. Les coûts ne doivent dès lors pas s'entendre en termes de perte. L'aspect humain est toutefois nettement plus important.

Il est regrettable que le ministre n'ait pas répondu à la question relative à l'extension des règles de

remboursement des soins palliatifs aux patients souffrant d'une pathologie mortelle.

L'incident est clos.

03 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers des acides gras trans dans notre nourriture" (n° 13661)

03.01 Mark Verhaegen (CD&V) : Les acides gras trans sont produits par l'hydrogénation d'huiles végétales liquides en graisses solides. Ils sont utilisés dans l'industrie alimentaire, notamment pour la cuisson de chips, d'aliments *fast-food* et de produits de boulangerie. Toutes sortes d'études ont montré que les acides gras trans comportaient un danger plus important pour la santé publique que les acides gras saturés, pourtant déjà incriminés. Dans des pays tels que le Canada, les USA et le Danemark, l'État régule cette matière de sorte que l'industrie alimentaire est tenue de modifier le mode de production.

Le ministre a-t-il connaissance des dangers des acides gras trans dans l'alimentation ? Va-t-il suivre l'exemple de plusieurs de ses collègues étrangers et limiter sévèrement l'utilisation de ce type d'acides gras ?

03.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je partage l'inquiétude de M. Verhaegen concernant la présence d'acides gras trans dans l'alimentation. Mes services suivent avec beaucoup d'attention les débats menés en la matière tant en Belgique qu'à l'étranger. Le Conseil supérieur de la Santé a formulé des recommandations visant à limiter la consommation d'acides gras trans à un maximum de 1 % de l'apport journalier d'énergie. Depuis le 1^e janvier 2003, l'industrie alimentaire européenne connaît, par ailleurs, un code d'autorégulation pour les huiles et graisses, le code IMACE.

Il est envisageable de modifier la réglementation relative aux acides gras trans dans le cadre des discussions en cours concernant l'adaptation de la réglementation européenne en matière d'étiquetage nutritionnel.

Il s'agit cependant d'une matière complexe : les caractéristiques nocives ou non des acides gras trans dépendraient de leur origine. Selon certaines études scientifiques, les acides gras trans d'origine animale seraient moins nocifs que les acides gras d'origine industrielle.

Les inquiétudes qu'inspirent les acides gras trans ont été traduites dans le Plan national Nutrition et Santé. Il est important d'utiliser un langage compréhensible car le consommateur ne fait pas toujours clairement la différence entre les acides gras trans, saturés et insaturés. Il n'est pas exclu qu'en fonction des résultats de la campagne, des informations complémentaires soient fournies concernant les diverses graisses et les risques qu'elles comportent.

Le secteur du *fast food* a entre-temps déjà pris des mesures pour réduire la quantité d'acides gras trans qui entrent dans la composition de ses produits.

Enfin, l'ASBL Nubel publie sur son site internet la liste complète de tous les produits alimentaires disponibles dans notre pays, avec leur composition nutritionnelle, y compris donc la quantité d'acides gras trans qu'ils contiennent.

03.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Je constate que les autorités publiques ne sont pas insensibles au problème des acides gras trans et au danger qu'ils représentent.

L'incident est clos.

04 Questions jointes de

- **M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation excessive de tranquillisants par les pensionnaires de maisons de repos" (n° 13662)**

- **Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation de médicaments dans les maisons de repos" (n° 13726)**

04.01 Luc Goutry (CD&V) : Les personnes âgées consomment beaucoup trop de médicaments dans nos maisons de repos. Il s'agit de calmants, de somnifères et d'autres médicaments. Mme De Meyer a déjà posé

une question à ce sujet à la suite d'une enquête réalisée par les mutualités et la presse s'intéresse à présent également au problème. Je pense que le problème est lié au manque de personnel dans les maisons de repos. Lorsqu'il n'y a que deux infirmiers de nuit pour quatre-vingts pensionnaires, il faut que ceux-ci soient calmes la nuit. Le docteur Baeyens, gériatre de renom, se rallie à cet avis et a, par ailleurs, déclaré que le rôle du médecin conseil coordinateur devrait être plus important au sein des MRS afin de garantir une politique de santé de qualité au sein de ces établissements.

Le ministre est-il informé de ce problème ? Quelles sont les informations dont il dispose ? Reconnaît-il la pénurie de personnel ? Quelles mesures prendra-t-il pour que la fonction de médecin conseil coordinateur soit exercée de manière plus efficace ?

04.02 Magda De Meyer (sp.a-spirit) : Récemment, le Centre fédéral d'expertise pour les soins de santé a publié une nouvelle étude sur la consommation de médicaments dans les maisons de repos belges. Il en ressort que cette consommation est importante et que des différences significatives apparaissent entre les maisons de repos au niveau de l'offre de médicaments. Précédemment, les mutualités avaient déjà constaté d'importants écarts entre les maisons de repos et pas seulement entre les régions. Les prescriptions sont trop nombreuses et inefficaces.

Voici un an exactement, ma collègue Mme Detiège et moi-même avons déposé une proposition de résolution concernant la consommation de médicaments dans les maisons de repos et les maisons de soins, dans laquelle nous préconisons d'instaurer un formulaire pour l'accompagnement des médecins généralistes dans les maisons de repos, un dossier électronique de médication et une procédure d'adjudication générale pour l'achat de médicaments par les maisons de repos. Il convient de noter avec précision l'administration erronée de médicaments dans les maisons de repos et de définir clairement les missions du médecin coordinateur, qui doit disposer d'une plus grande marge de manœuvre. L'étude du Centre d'expertise énumère toutes les recommandations de la résolution.

Quelles suites le ministre réservera-t-il aux recommandations politiques du Centre d'expertise ?

04.03 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : En effet, l'étude du centre de connaissance des soins médicaux réalisée en collaboration avec l'INAMI et une étude de terrain menée par les universités de Gand, d'Anvers et de Louvain-la-Neuve révèlent que, dans les maisons de repos, les médicaments ne sont pas toujours prescrits - et consommés - d'une manière rationnelle. Cette étude est disponible sur notre site web.

Une bonne coordination entre les infirmiers, le pharmacien et le prescripteur permettra de favoriser une prescription correcte et une consommation responsable des médicaments.

Il est en effet indiqué de renforcer le rôle du médecin coordinateur : l'étude fait apparaître qu'il a une influence sur la prescription de médicaments. Sur la base d'une dizaine d'auditions, l'INAMI a rédigé un document relatif aux tâches possibles du médecin coordinateur. Il en ressort que cette coordination de la politique des soins de santé est une mission impossible car elle porte atteinte à la liberté thérapeutique des collègues. Il est proposé de la remplacer par une concertation avec les médecins traitants et l'utilisation d'un ordonnancier commun. Nous souhaitons également la présence d'un médecin coordinateur dans les institutions seulement reconnues comme des maisons de repos. Ce document sera présenté dans les semaines à venir aux organes stratégiques de l'INAMI.

04.04 Luc Goutry (CD&V) : De sérieux efforts doivent être consentis d'urgence pour élargir le rôle du médecin coordinateur. Actuellement, le système ne marche pas ; ce n'est qu'une façade. Soit on prend des mesures pour faire en sorte que les médecins qui rendent visite à leurs patients soient obligés de se concerter, soit on opte pour un modèle dans le cadre duquel le médecin coordinateur se voit confier un rôle plus important. Pour l'instant, il n'y a pas d'unité de politique en cette matière, et ni le personnel, ni la direction des maisons de repos n'y peuvent rien changer.

04.05 Magda De Meyer (sp.a-spirit) : Je m'inquiète de la proposition qui va être faite à l'INAMI. On agite le principe de la liberté thérapeutique. Avoir son mot à dire sur ce qui se passe dans une maison de repos, c'est précisément le problème crucial du médecin coordinateur. J'ai l'impression que l'on fait marche arrière en mettant l'accent sur la concertation alors que, selon moi, le législateur devrait intervenir de façon beaucoup plus contraignante et veiller à ce que le médecin coordinateur puisse véritablement jouer son rôle.

Il convient effectivement de considérer le problème à un niveau plus élevé que celui des maisons de repos. Il pourrait s'agir du niveau régional. Le médecin coordinateur doit disposer de moyens accrus et de plus, le formulaire doit constituer un instrument effectif.

04.06 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Dans les débats, le rôle de coordination est toujours opposé à la liberté thérapeutique. Il faut cependant constater que des problèmes existent dans les maisons de repos et que leurs moyens sont inadaptés par rapport à ceux que les hôpitaux ont à leur disposition. Il conviendrait de pouvoir disposer d'instruments plus adéquats. J'attends des propositions concrètes et efficaces en la matière.

L'incident est clos.

Le **président** : L'ordre du jour appelle la question – à portée éthique – n° 13.673 de M. Jacques Germeaux sur l'administration de thérapies de blocage de la croissance à des enfants handicapés.

04.07 Jacques Germeaux (VLD) : Aux États-Unis, il existe une technique de blocage de la croissance des enfants handicapés, qui est manifestement aussi appliquée dans notre pays. La presse remet cette problématique en lumière.

04.08 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : J'ignorais que cette question figurait à l'ordre du jour. Je n'ai pas préparé de réponse et plutôt que d'improviser, je répondrai à la question la prochaine fois. (*Acquiescement*)

05 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consultation du dossier médical par les parents proches" (n° 13675)

05.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD) : La loi sur les droits du patient autorise sous certaines conditions les proches à consulter le dossier médical d'un membre de la famille décédé. Cette procédure ne peut être appliquée que si le patient ne s'y est pas opposé.

Or, il apparaît dans la pratique que ce droit est souvent mis à mal par l'interprétation que donnent les praticiens à la notion d'opposition expresse.

Je voudrais ainsi citer l'exemple d'une dame à qui l'on refuse le droit de consulter le dossier de son père décédé parce qu'elle n'était pas présente à ses côtés lors du décès et qu'elle n'a appris le décès qu'ultérieurement. Ceci est interprété comme une opposition de la part du père.

Le ministre estime-t-il comme moi que la loi exige une opposition expresse, cette notion ne pouvant pas faire l'objet d'une interprétation large et transformée en opposition implicite de facto ?

Par ailleurs, le ministre n'estime-t-il pas que les praticiens ne peuvent pas systématiquement se dégager de toute responsabilité en s'en référant aux tribunaux ? N'estimez-vous pas aussi que l'ordre national et les ordres provinciaux devraient collaborer activement à l'exercice du droit de consultation et qu'il serait préférable qu'ils ne suggèrent pas dans leurs avis que la disposition relative à l'opposition peut être interprétée en ce sens qu'une opposition implicite suffit ?

05.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La loi relative aux droits du patient prévoit en effet un droit de consultation pour l'époux, le partenaire ou les ascendants jusqu'au deuxième degré inclus, à moins que le patient ne s'y soit expressément opposé. Toute disposition dérogatoire inscrite dans la loi doit être interprétée restrictivement. Le texte légal est non équivoque. Les interprétations larges évoquées sont déplacées et contraires à la *ratio legis*.

Je suis d'accord pour dire que le renvoi systématique devant le tribunal constitue un problème et qu'il serait souhaitable que les organes de recours ne rendent pas d'avis contraires à la loi relative aux droits du patient.

L'incident est clos.

Le **président** : Il y avait deux questions jointes concernant la bactérie nosocomiale MRSA chez le porc. M. Verhaegen n'étant plus présent pour poser sa question n° 13660, je propose de reporter également la question n° 13669 de Mme Sabien Lahaye-Battheu. (*Assentiment*)

06 Question de M. David Geerts au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du défibrillateur semi-automatique externe" (n° 13715)

06.01 **David Geerts** (sp.a-spirit) : Le service d'incendie d'Heist-op-den-Berg et quelques autres corps ont obtenu des défibrillateurs semi-automatiques externes par l'intermédiaire d'un inspecteur de la santé publique. Le service 100 de ce service d'incendie disposait déjà de ce type d'appareils.

Est-il exact que les défibrillateurs semi-automatiques externes ne peuvent être utilisés que par le central 100 du service d'incendie ou les appareils peuvent-ils également être prêtés à d'autres services ? Pourraient-ils également être prêtés à la police locale, qui est souvent la première sur place ?

06.02 **Rudy Demotte**, ministre (*en néerlandais*) : L'utilisation de défibrillateurs externes semi-automatiques n'est pas réservée aux services 100. Ces derniers ne sont par ailleurs pas uniquement constitués de pompiers. La loi du 12 juin 2006 ouvre à tout un chacun le recours à ces défibrillateurs pour autant que les conditions soient remplies.

Le SPF Santé publique subventionne des cours de défibrillation pour les secouristes et ambulanciers. En principe, des agents de police et d'autres corps pourraient également suivre ce cours, mais je ne suis pas compétent en la matière.

06.03 **David Geerts** (sp.a-spirit) : Les appareils du service fédéral de la santé peuvent-ils être utilisés par d'autres services ou d'autres personnes si elles ont suivi la formation ?

06.04 **Rudy Demotte**, ministre (*en néerlandais*) : Oui, mais il me paraît indispensable de suivre la formation. Plusieurs défibrillateurs externes semi-automatiques sont mis à la disposition de ces services, mais d'autres peuvent être achetés.

06.05 **David Geerts** (sp.a-spirit) : J'avais d'abord eu l'impression que nous ne pouvions pas utiliser les appareils du SPF Santé publique dans notre région parce que le service 100 disposait déjà de défibrillateurs externes semi-automatiques. Je vais voir à présent si les appareils peuvent être employés par un autre service de notre région.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 22.

De behandeling van de vragen vangt aan om 11.30 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Yvan Mayeur.

De **voorzitter**: Vraag nr. 13.656 van de heer Miguel Chevalier wordt uitgesteld.

01 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mogelijke schadelijke effecten van gsm's en gsm-masten" (nr. 13658)

01.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Het debat over de invloed van gsm's en gsm-masten op de volksgezondheid woedt in volle hevigheid. De wetenschappelijke wereld reageert verdeelt. Een paar maanden geleden verklaarde de minister dat er geen herziening van de vigerende normen zou komen voor de resultaten bekend zijn van een studie die de Wereldgezondheidsorganisatie aan dit thema wijdt. Er zijn wel plannen om een brochure te laten verspreiden via de gemeenten, met de bedoeling de onzekerheid en ongerustheid bij de mensen op te vangen.

Wanneer zal deze brochure verspreid worden? Zal ze concrete gegevens bevatten inzake het veilig gebruik van gsm's en het veilig wonen in de buurt van gsm-masten? Zijn er plannen om de normen op termijn aan te

passen?

01.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): De brochure heet *Belgopocket 2007*. Het is een boekje in zakformaat waarin iedereen antwoorden vindt op vragen over deze aangelegenheid, tenminste voor zover de federale overheid bevoegd is. De behandelde problematiek is wel ruimer dan louter het gsm-gebruik. De tekst over het gsm-gebruik is ondertussen al op internet beschikbaar, de papieren versie is nog in voorbereiding.

De aanbevelingen op het vlak van gsm-gebruik zijn vooral op voorzorg gebaseerd en minder op harde wetenschappelijke vaststellingen. Meer gedetailleerde informatie kan men aantreffen op de website van de FOD Volksgezondheid. De aanbevelingen in verband met wonen in de buurt van gsm-masten stemmen overeen met de conclusies ter zake van de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Commissie.

Het advies van de Hoge Raad voor de Gezondheid met betrekking tot laagfrequente elektromagnetische velden en hyperelektrogevoeligheid is nog niet gepubliceerd. Het project inzake communicatietechnologie is nog niet afgerond. Ik wacht op de conclusies van de Raad.

De Wereldgezondheidsorganisatie bereidt op haar beurt een nieuw verslag voor, dat in de loop van dit of volgend jaar verwacht wordt. Op dat moment kan de regering beslissen de bestaande normen al dan niet aan te passen.

01.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Die brochure moet er zo snel mogelijk komen. De gemeenten moeten de vergunningen voor het oprichten van een gsm-mast op hun grondgebied kunnen geven met volle kennis van de potentiële gevaren.

Ik hoop dat zowel het rapport van de Hoge Raad voor de Gezondheid als dat van de Wereldgezondheidsorganisatie er spoedig komt. Het beleid moet zich kunnen aanpassen aan de meest recente bevindingen op het vlak van de veiligheid en de volksgezondheid.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de enquête van Test-Aankoop over palliatieve zorg" (nr. 13659)

02.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Nabestaanden zijn erg tevreden over het werk van artsen en verpleegkundigen in de palliatieve zorg. Het wettelijke terugbetalingskader voor palliatieve zorgen blijkt echter te strikt. Dat wordt duidelijk uit een enquête van Test-Aankoop. Palliatieve zorg wordt enkel terugbetaald als de levensverwachting hoogstens drie maanden en minstens 24 uur bedraagt. Eigenlijk moet palliatieve zorg financieel toegankelijk moeten zijn voor iedereen die levensbedreigend ziek is. Daarnaast blijkt uit de enquête ook, dat er een grote behoefte aan palliatieve thuiszorg en palliatieve dagcentra is. Opmerkelijk is ook dat België heel slecht scoort wat de aanwezigheid van naasten bij het overlijden betreft.

Is de minister bereid om de ambulante palliatieve zorg meer bekendheid te geven met een campagne? Hoe zal hij ervoor zorgen dat er geen onnodige levensverlengende of levensverkortende ingrepen worden uitgevoerd? Zal het wettelijk kader voor terugbetaalde palliatieve zorg worden verruimd zodat ook wie levensbedreigend ziek is er gebruik van kan maken, zelfs als de palliatieve zorg na een tijdelijke heropleving moet worden hernomen?

02.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Ik kan onmogelijk akkoord gaan met al de conclusies van Test-Aankoop. De situatie van de palliatieve thuiszorg is mijn beste bewijs: het remgeld voor de bezoeken van verpleegsters, kinesisten en huisartsen is afgeschaft en er is een forfaitair bedrag bepaald om de kosten van uitgaven die niet rechtstreeks worden terugbetaald, te dekken.

De periode gedurende dewelke een patiënt in aanmerking komt voor palliatieve zorgen, kan inderdaad

vragen oproepen. Er bestaat bij de verschillende actoren evenwel een zekere consensus over de bepaling van de duur van het levenseinde.

De vragen van de thuiszorg en van de dagcentraal voor patiënten die lijden aan ernstige, chronische en verwoestende pathologieën, bleven helemaal niet onbeantwoord. De kwestie van de continue zorg verdient bijzonder aandacht en mag niet interfereren met het debat over de palliatieve zorg.

Ik heb geen bezwaar tegen een informatiecampagne, al denk ik dat beroepsmensen uit de gezondheidszorg en verenigingen die met patiënten in contact staan, betere informatie kunnen verstrekken dan een reclamecampagne.

02.03 Mark Verhaegen (CD&V): Er zijn goede maatregelen genomen voor de palliatieve zorg, maar te weinig en te laat.

Palliatieve zorg is kostenbesparend ten opzichte van therapeutische hardnekkigheid. Daarom zijn de kosten geen verlies. Het menselijke aspect is echter veel belangrijker.

Het is jammer dat de minister niet heeft geantwoord op de vraag om de terugbetalingsregels voor de palliatieve zorg uit te breiden tot wie levensbedreigend ziek is.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van transvetzuren in onze voeding" (nr. 13661)

03.01 Mark Verhaegen (CD&V): Transvetzuren ontstaan bij de hydrogenatie van plantaardige vloeibare oliën tot vaste vetten. Ze worden in de voedingsnijverheid gebruikt voor het bakken van onder meer chips, fastfoodproducten en bakkerijproducten. Allerlei studies hebben uitgewezen dat transvetzuren een groter gevaar voor de volksgezondheid inhouden dan de – beruchte – verzadigde vetzuren. In landen als Canada, de VS en Denemarken treedt de overheid regulerend op, zodat de voedingsnijverheid gedwongen is de productiewijze bij te sturen.

Is de minister op de hoogte van de gevaren van transvetzuren in de voeding? Zal hij het voorbeeld van een aantal van zijn collega's in het buitenland volgen en het gebruik van dergelijke vetzuren in de voedingsnijverheid streng aan banden leggen?

03.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Ik deel de bezorgdheid van de heer Verhaegen in verband met de aanwezigheid van transvetzuren in de voeding. Mijn diensten volgen de debatten in binnen- en buitenland op de voet. De Hoge Raad voor de Gezondheid heeft aanbevelingen geformuleerd om de inname van transvetzuren te beperken tot maximum 1 procent van de dagelijkse energie-inname. De Europese voedingsindustrie kent bovendien al sinds 1 januari 2003 een zelfregulerende code voor oliën en vetten, de zogenaamde IMACE-code.

In het kader van de nu aan de gang zijnde discussie over de aanpassing van de Europese regelgeving met betrekking tot nutritionele etikettering kan worden overwogen ook de regelgeving inzake transvetzuren bij te sturen.

Het gaat alleszins om een complexe materie: de al dan niet schadelijke eigenschappen van transvetzuren zouden afhangen van de oorsprong ervan. Transvetzuren van dierlijke oorsprong zouden volgens een aantal wetenschappelijke studies minder schadelijk zijn dan transvetzuren van industriële oorsprong.

De bezorgdheid inzake transvetzuren werd opgenomen in het nationaal voedings- en gezondheidsplan. Het is belangrijk een begrijpelijke taal te hanteren, omdat het voor de consument niet altijd duidelijk is wat het verschil is tussen respectievelijk transvetzuren, verzadigde en onverzadigde vetzuren. Het is niet uitgesloten dat er, op basis van de bevindingen van de campagne, bijkomende informatie wordt verspreid met betrekking

tot de diverse vetten en hun gevaren.

De fastfoodsector heeft ondertussen al maatregelen genomen om de hoeveelheid transvetzuren in zijn producten te verminderen.

De vzw Nubel publiceert tot slot op haar website de volledige lijst van alle in ons land beschikbare voedingsproducten met hun voedingssamenstelling, inclusief dus de hoeveelheid aanwezige transvetzuren.

03.03 Mark Verhaegen (CD&V): Ik stel vast dat de overheid niet ongevoelig is voor de problematiek van de transvetzuren en de gevaren ervan.

Het incident is gesloten.

04 Samengevoegde vragen van

- de heer **Luc Goutry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overmatig gebruik van kalmeringsmiddelen door rusthuisbewoners" (nr. 13662)
- mevrouw **Magda De Meyer** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddelengebruik in rusthuizen" (nr. 13726)

04.01 Luc Goutry (CD&V): In onze rusthuizen slikken bejaarden veel te veel medicijnen. Het gaat zowel om kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen als andere geneesmiddelen. Mevrouw De Meyer stelde daarover al een vraag naar aanleiding van een onderzoek door de ziekenfondsen, nu schrijft zelfs de pers erover. Het probleem heeft mijns inziens te maken met het personeelstekort in de rusthuizen. Als er maar twee nachtverpleegkundigen zijn voor tachtig bewoners, dan is het belangrijk dat zij 's nachts rustig zijn. Een befaamde geriater, dokter Baeyens, treedt dat standpunt bij en verklaarde bovendien dat de zogenaamde coördinerende raadgevende arts een uitdrukkelijker rol zou moeten spelen in de RVT's ten voordele van een goed gezondheidsbeleid in die instellingen.

Is de minister op de hoogte van dit probleem? Over welke aanwijzingen beschikt hij? Erkent hij het personeelstekort? Wat zal hij doen opdat de functie van coördinerend raadgevend arts beter wordt uitgeoefend?

04.02 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Onlangs publiceerde het federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg een nieuwe studie over het geneesmiddelenverbruik in de Belgische rusthuizen waaruit blijkt dat er veel medicatie wordt gebruikt en dat er tussen de rusthuizen grote verschillen bestaan in het aanbod aan geneesmiddelen. Eerder kwamen de ziekenfondsen ook al tot de vaststelling dat er grote verschillen bestaan tussen de rusthuizen en niet alleen tussen de regio's. Er wordt te veel en ondoeltreffend voorgeschreven.

Precies een jaar geleden dienden collega Detiège en ikzelf een resolutie in over het geneesmiddelenverbruik in de rusthuizen en RVT's, waarin wij pleitten voor het verplichten van een formularium, voor begeleiding van de huisartsen in de rusthuizen, voor een elektronisch medicatiedossier en een veralgemeende aanbestedingsprocedure voor de aankoop van geneesmiddelen in rusthuizen. Er moet een duidelijke registratie komen van de toediening van foute medicatie in rusthuizen en een duidelijke taakomschrijving en meer mogelijkheden voor de coördinerende arts. Alle aanbevelingen van de resolutie vinden wij terug in de studie van het kenniscentrum.

Wat zal de minister aanvangen met de beleidsaanbevelingen van het kenniscentrum?

04.03 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Uit de studie van het kenniscentrum in samenwerking met het RIZIV en uit een veldstudie uitgevoerd door de universiteiten van Gent, Antwerpen en Louvain-la-Neuve blijkt inderdaad dat in rusthuizen de geneesmiddelen niet altijd even rationeel voorgeschreven en gebruikt worden. De studie kan worden geraadpleegd op onze webstek.

Een goede coördinatie tussen de verpleegkundigen, de apotheker en de voorschrijver zal het correct voorschrijven en het verantwoord gebruik van geneesmiddelen bevorderen.

Het is inderdaad aangewezen de rol van de coördinerende arts te versterken. Uit de studie blijkt, dat dit het voorschrijven van geneesmiddelen beïnvloedt. Het RIZIV stelde een document op naar aanleiding van een tiental hoorzittingen rond de mogelijke opdracht van de coördinerende arts. Hieruit blijkt dat die coördinatie van het zorgbeleid een onmogelijke opdracht is, die de therapeutische vrijheid van zijn collega's in het gedrang brengt. Er wordt voorgesteld ze te vervangen door overleg met de behandelende geneesheren en het gebruik van een gemeenschappelijk geneesmiddelenformularium. Men wil ook in een coördinerende arts voorzien in instellingen die enkel een erkenning hebben als rustoord. Dat document wordt de komende weken voorgelegd aan de beleidsorganen van het RIZIV.

04.04 Luc Goutry (CD&V): Er moeten dringend ernstige inspanningen worden gedaan om de rol van de coördinerende arts uit te breiden. Het systeem werkt nu niet, het is louter schijn. Ofwel neemt men maatregelen waardoor huisartsen die naar hun patiënten komen, worden verplicht om te overleggen, ofwel kiest men voor het model waarin de coördinerende arts een grotere rol krijgt. Er is nu geen eenheid van beleid en het personeel of de directie van de rusthuizen kan hieraan niets doen.

04.05 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Ik ben bezorgd over het voorstel aan het RIZIV. Men schermt met het principe van de therapeutische vrijheid. Zeggenschap hebben over wat in een rusthuis gebeurt, is precies het cruciale probleem van de coördinerende arts. Ik heb de indruk dat men terug naar af gaat door het accent te leggen op overleg en meen dat de wetgever veel dwingender moet optreden opdat de coördinerende arts echt zou kunnen optreden.

Het voorstel om dit op een hoger echelon te tillen dan het rusthuis is goed. Dit kan misschien het regionale niveau zijn. De coördinerende arts moet meer middelen krijgen en het formularium moet een echt gebruiksinstrument zijn.

04.06 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het debat gaat altijd over de coördinerende rol versus de therapeutische vrijheid. Men moet echter vaststellen dat er in de rusthuizen problemen bestaan en dat de middelen van de rusthuizen geenszins in evenwicht zijn, in vergelijking met die van de ziekenhuizen. Men moet er over meer geschikte instrumenten kunnen beschikken. Ik wacht op concrete, efficiënte voorstellen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Normaal is het nu aan de heer Jacques Germeaux voor zijn ethisch geladen vraag nr. 13.673 over het 'bevrozen' van gehandicapte kinderen.

04.07 Jacques Germeaux (VLD): In de Verenigde Staten bestaat een techniek van het bevrozen van gehandicapte kinderen, een techniek die blijkbaar ook in ons land wordt toegepast. De pers brengt deze problematiek weer in de belangstelling.

04.08 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Ik wist niet dat deze vraag geagendeerd stond. Ik heb geen antwoord klaar en liever dan te improviseren zal ik de vraag volgende keer beantwoorden. *(Instemming)*

05 Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de inzage van het medisch dossier door nabestaanden" (nr. 13675)

05.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): De wet op de patiëntenrechten geeft nabestaanden onder bepaalde voorwaarden het recht om het medisch dossier van hun overleden familielid in te kijken. Dit kan echter alleen als de patiënt zich hier niet tegen heeft verzet.

In de praktijk blijkt dat dit recht vaak wordt tenietgedaan door de interpretatie die de beroepsbeoefenaars geven aan de zinsnede in verband met het uitdrukkelijk verzet.

Een voorbeeld. Een vrouw die inzage vraagt in het dossier van haar overleden vader wordt dat geweigerd, omdat zij niet bij haar vader was op het ogenblik van zijn overlijden en dat overlijden pas nadien heeft

vernomen. Dit wordt geïnterpreteerd als een verzet vanwege de vader.

Is de minister het ermee eens dat de wet een *uitdrukkelijk* verzet vereist en dit niet, door een ruime interpretatie, mag worden omgezet in een *de facto* impliciet verzet?

Vindt de minister ook niet dat de beroepsbeoefenaars niet systematisch de verantwoordelijkheid van zich mogen afschuiven door te verwijzen naar de rechtbank? Vindt hij ook niet dat de Nationale Orde en de provinciale ordes actief moeten meewerken aan het inzagerecht, en zij dus in hun adviezen beter niet kunnen suggereren dat de bepaling in verband met het verzet zo mag worden uitgelegd dat een impliciet verzet al volstaat?

05.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): De wet op de patiëntenrechten voorziet inderdaad in een inzagerecht voor de echtgenoot, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad, tenzij de patiënt zich daar uitdrukkelijk tegen heeft verzet. Elke uitzonderingsbepaling in de wet moet beperkend geïnterpreteerd worden. De wettekst is ondubbelzinnig. De aangehaalde ruime interpretaties zijn misplaatst en strijdig met de *ratio legis*.

Ik ben het ermee eens dat het systematisch doorverwijzen naar de rechtbank een probleem is en dat de beroepsorganen beter geen adviezen kunnen geven die ingaan tegen de wet op de patiëntenrechten.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Er waren twee samengevoegde vragen over de ziekenhuisbacterie bij varkens. Aangezien de heer Mark Verhaegen er niet meer is om zijn vraag nr. 13660 te stellen, stel ik voor ook de vraag nr. 13669 van mevrouw Sabine Lahaye-Battheu uit te stellen. (*Instemming*)

06 **Vraag van de heer David Geerts aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van een semiautomatische externe defibrillator" (nr. 13715)**

06.01 **David Geerts** (sp.a-spirit): De brandweer van Heist-op-den-Berg en een aantal andere korpsen hebben via een rijksgezondheidsinspecteur semiautomatische externe defibrillatoren (SAED) gekregen. De dienst-100 van die brandweer beschikte reeds over dergelijke toestellen.

Klopt het dat de SAED enkel gebruikt mogen worden door de dienst-100 van de brandweer of kunnen de toestellen ook aan andere diensten worden uitgeleend? Zouden ze ook aan de lokale politie kunnen worden uitgeleend, die vaak als eerste ter plaatse is?

06.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Het gebruik van SAED's is niet beperkt tot de dienst-100, die trouwens niet alleen bemand wordt door brandweerman. De wet van 12 juni 2006 stelt het gebruik van SAED's open voor iedereen, voor zover de voorwaarden vervuld zijn.

De FOD Volksgezondheid subsidieert een cursus defibrillatie voor hulpverleners en ambulanciers. In principe zouden ook politieagenten en andere korpsen de cursus kunnen volgen, maar daarvoor ben ik niet bevoegd.

06.03 **David Geerts** (sp.a-spirit): Kunnen de toestellen van de rijksgezondheidsdienst door anderen diensten of personen worden gebruikt, als zij de opleiding gevolgd hebben?

06.04 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Ja, maar het volgen van de opleiding lijkt mij wel een must. Een aantal SAED's wordt ter beschikking gesteld en andere kunnen worden aangekocht.

06.05 **David Geerts** (sp.a-spirit): Ik had eerst de indruk dat wij de toestellen van de FOD Volksgezondheid niet konden gebruiken in onze regio, omdat de dienst-100 al over SAED's beschikte. Ik zal nu verder uitzoeken of de toestellen gebruikt kunnen worden door een andere dienst in onze regio.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.22 uur.

