

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 12 JANUARI 2016

Namiddag

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

du

MARDI 12 JANVIER 2016

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 15.01 heures et présidée par Mme Muriel Gerken.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.01 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerken.

La **présidente**: Les questions n° 7115 de Mme Fonck et n° 7204 de M. Seneseal sont reportées. Nous en arrivons aux questions jointes.

01 Questions jointes de

- M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hygiène dans les hôpitaux belges" (n° 7386)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bactéries hospitalières" (n° 7474)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude de l'ISP sur les infections nosocomiales" (n° 7539)

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hygiëne in de Belgische ziekenhuizen" (nr. 7386)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "ziekenhuisbacteriën" (nr. 7474)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de studie van het WIV betreffende de ziekenhuisinfecties" (nr. 7539)

01.01 Gautier Calomne (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le mardi 10 novembre 2015, l'Institut scientifique de santé publique (ISP) publiait, pour la première fois, une évaluation de l'hygiène au sein de 105 établissements de soins de notre pays.

Ces hôpitaux ont fourni des données concernant l'hygiène dans leurs services. Datées de 2013, ces informations ont ensuite été classées par l'ISP sur la base de trois indicateurs: l'organisation, les moyens investis ainsi que l'indicateur action. Ce dernier évalue la surveillance des infections et les audits réalisés dans les hôpitaux. Les résultats sont généralement positifs. Il ressort notamment de cette étude que le staphylocoque doré résistant à l'antibiotique méticilline (MRSA) est en forte diminution. Il a, en effet, été divisé par trois en 10 ans, ce qui est une excellente nouvelle. Un autre point positif du rapport concerne le respect de plus en plus grand dans les hôpitaux, des recommandations en matière d'hygiène des mains. Nous ne pouvons donc que nous réjouir de ces résultats.

Néanmoins, d'autres aspects du rapport posent question. Des disparités importantes apparaissent entre les différentes Régions, comme par exemple des problèmes d'organisation davantage marqués à Bruxelles. Le nombre d'heures de formation varie également fortement entre les hôpitaux, ainsi que le nombre de participants. Dans la catégorie "action", la faiblesse se situe davantage en Wallonie. Enfin des manquements en termes de surveillance épidémiologique, plus particulièrement des infections contractées dans les unités de soins intensifs, existent aussi. L'ISP émet aussi quelques recommandations. Par exemple, pour renforcer la lutte contre les infections nosocomiales, les hôpitaux devraient intégrer le plan stratégique d'hygiène hospitalière au plan stratégique global de leur établissement. Les audits de processus devraient aussi être

encouragés.

Madame la ministre, avez-vous eu l'occasion de parcourir cette évaluation générale et, le cas échéant, quel regard portez-vous sur les conclusions émises? Quelles initiatives spécifiques et quelles actions concrètes avez-vous déjà retenues afin de solutionner les problèmes d'hygiène dans les centres hospitaliers? Quelles recommandations de l'ISP recueillent votre préférence et quelles sont celles pour lesquelles vous auriez éventuellement des réserves? Enfin, avez-vous entamé une large concertation avec les acteurs de la santé?

01.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, als u het makkelijker vindt kan ik daar direct punt 7 aan koppelen, over de kwaliteitszorg. Dat gaat eigenlijk in grote lijnen over hetzelfde.

01.03 Minister Maggie De Block: Ik zou het liever apart behandelen.

01.04 Karin Jiroflée (sp.a): Goed. Eigenlijk is de vraag dan heel simpel. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid heeft vastgesteld dat jaarlijks 2 500 à 3 000 mensen sterven doordat ze besmet raken met de ziekenhuisbacterie. Men zegt dat dit twee oorzaken heeft, onvoldoende handhygiëne bij het personeel en een teveel aan antibiotica. Het allerbelangrijkste is dat het WIV van oordeel is dat een externe organisatie moet waken over de controle van de ziekenhuisbacterie en de aanpassing van het gebruik van antibiotica. Nu doen de ziekenhuizen dat zelf..

Mevrouw de minister, wat vindt u van die aanbevelingen? Bent u van plan om maatregelen in te voeren teneinde het aantal sterfgevallen ten gevolge van de ziekenhuisbacterie te beperken? Zo ja, wat is de timing voor een en ander?

01.05 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, depuis plusieurs années, les actions concrètes retenues pour résoudre les problèmes d'hygiène dans les centres hospitaliers sont le financement de ressources humaines, c'est-à-dire médecins, infirmières au prorata du nombre et de l'index des lits spécialement consacrés à l'hygiène hospitalière, notamment le financement de campagnes de promotion de l'hygiène des mains. Le projet indicateur de qualité en hygiène hospitalière est un premier pas vers la transparence en la matière au niveau fédéral.

En ce qui concerne la concertation avec les acteurs de la santé, il est important de signaler que le projet a été réalisé en étroite collaboration avec les représentants des hôpitaux au travers de la plate-forme fédérale en hygiène hospitalière. Toutes les décisions importantes, le choix des indicateurs ou le calcul des scores par exemple, ont été validées par cette plate-forme.

En Flandre, le projet *Vlaamse Indicatorenproject 2* a été lancé avec plusieurs indicateurs, dont deux indicateurs spécifiques en lien avec l'hygiène hospitalière, c'est-à-dire les critères de base et septicémie MRSA.

Afin de réduire la charge administrative et de favoriser la participation à cette initiative, la collecte de ces indicateurs se fait via les modules de l'Institut de santé publique. De plus, depuis juillet 2014, il y a le support officiel et actif du terrain en collaboration avec le service d'inspection des Communautés et Régions.

Ces activités font partie du protocole *Multidrug-resistant organisms*, dont la finalité est de promouvoir et de stimuler une politique pour l'hygiène hospitalière par les autorités concernées et toutes les autres instances comme l'Institut scientifique de Santé publique, le KCE, le Conseil supérieur de la Santé, la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC).

Een ontoereikende handhygiëne is inderdaad een belangrijke onderliggende oorzaak van nosocomiale infecties. Een belangrijk aantal nosocomiale infecties is te wijten aan andere factoren of vragen andere preventieve maatregelen, zoals onder meer het optreden van postoperatieve wondinfecties, infecties te wijten aan invasieve medische hulpmiddelen, bijvoorbeeld katheters, griepvaccinatie van de zorgverleners.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid pleit voor een extern kwaliteitscontrolesysteem voor de gegevens verzameld in het kader van de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuishygiëne. Het is de bedoeling om duidelijk gedefinieerde en meetbare indicatoren te evalueren en te bewaren. De bewijsstukken die eveneens dienen te worden bepaald, moeten worden nagekeken in de ziekenhuizen en natuurlijk moet ook de betrouwbaarheid ervan worden nagegaan. De vraag naar externe controle, zoals geformuleerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, dient dan ook doelgericht te zijn.

Wij nemen dat mee en zullen binnen de FOD Volksgezondheid onderzoeken welke aanpassingen nog moeten gebeuren om de belangrijke preventieve maatregelen verder uit te rollen.

01.06 Gautier Calomne (MR): Je voulais vous remercier, madame la ministre, pour ces quelques éléments d'information et vous dire que nous resterons attentifs à l'évolution et aux mesures que vous prendrez en la matière.

01.07 Karin Jiroflée (sp.a): Het verheugt mij bijzonder, mevrouw de minister, dat u de ernst van de situatie begrijpt. Wij moeten de vooruitgang van eventuele maatregelen in het oog houden. Die maatregelen zouden eventueel een externe controle kunnen omvatten. Ik kijk uit naar het vervolg.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van ziekenhuizen" (nr. 7473)

02 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement des hôpitaux" (n° 7473)

02.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, deze vraag hangt samen met de vorige vraag.

Het gaat over een lopend onderzoek van de Vlaamse Zorginspectie dat nog niet helemaal is afgerond maar waarvan de tot nog toe behaalde resultaten op hun website terug te vinden zijn. Dat onderzoek bracht aan het licht dat 25 % van de Vlaamse ziekenhuizen niet in orde is met het naleven van de kwaliteitsnormen.

Bij 75 campussen, anderen volgen nog, werd gelet op de dagelijkse zorg zoals polsbandjes voor de patiënten, dossiers van de patiënten, onderhoud van de toestellen, permanentie van het personeel, medicatieveiligheid enzovoort. Twintig van deze campussen scoorden een onvoldoende op een of meerdere aandachtspunten.

Volgens de vzw Medisch Falen beginnen medische blunders met dit soort van slordigheden. De vzw pleit dan ook voor een overkoepelend orgaan met experts en patiëntenverenigingen en voor een aantal aanbevelingen ter zake.

Mevrouw de minister, volgt u dit rapport van de Vlaamse Zorginspectie op? Plant u maatregelen om de slordigheden van bepaalde ziekenhuizen in te dijken?

02.02 Minister Maggie De Block: Ik wou deze vraag apart behandelen van de vraag over het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid omdat dit veel breder gaat dan de handhygiëne.

Binnen de context van het nieuw toezichtsmodel van de Vlaamse Zorginspectie werden tot op heden zowel het chirurgisch als het internistisch zorgtraject in alle ziekenhuizen geëvalueerd.

De federale overheid is niet bevoegd om verplichtingen op te leggen over de elementen die door de Vlaamse Zorginspectie als knelpunten werden benoemd, met name de identificatiebandjes, het onderhoud van de toestellen en de medicatieveiligheid.

Wij kunnen alleen via het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen eventueel specifieke criteria voor individuele beroepsbeoefenaars inbouwen. Wettelijk is dat de enige mogelijkheid die wij hebben.

Sinds 2007 is de FOD Volksgezondheid bezig met een meer gestructureerde en systematische aanpak van kwaliteit en patiëntveiligheid in alle Belgische ziekenhuizen.

In het kader van de meerjarenprogramma's inzake kwaliteit en patiëntveiligheid worden actuele thema's zoals identitovigilantie, veilige chirurgie, medicatieveiligheid en hoogrisicomedicatie meegenomen en expliciet naar voren geschoven.

Daarover worden de ziekenhuizen jaarlijks bevraagd. De FOD Volksgezondheid biedt de ziekenhuizen

uitgebreide ondersteuning aan en werkt daarvoor samen met de zes universiteiten en drie *Ecoles de la Santé publiques*. Die expertisecentra ontwikkelen jaarlijks activiteiten, onder meer over veilige chirurgie, identitovigilantie en medicatieveiligheid.

Steeds meer ziekenhuizen kiezen voor de weg van de accreditering. Om een certificaat te verkopen, bijvoorbeeld van *Joint Commission International* of het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg, worden die ziekenhuizen grondig doorgelicht. De aandachtspunten die in de evaluatie van de Vlaamse Zorginspectie werden opgelijst, zijn ook specifieke aandachtspunten in een accrediteringsproces.

De initiatieven die de federale overheid en de regionale overheden nemen, dragen dus allemaal bij tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

In het algemeen kan worden gesteld dat het om een echte cultuurverandering gaat. Het veranderen van een cultuur of van een gebruik is echter een traag proces.

Het integreren van multidisciplinaire communicatie in de opleiding van zorgverleners zou ook een belangrijke stap kunnen zijn en bijdragen, om die verandering in gebruik of cultuur sneller door te voeren.

We komen van ver, maar er is nog altijd werk op de plank. Alles is belangrijk, zowel de veiligheid van de chirurgie als de medicatieveiligheid. Ook heel belangrijk is echter de identitovigilantie. Niemand wil immers wakker worden na een ingreep die voor een ander was bedoeld. Ook op dat punt is de vigilantie echter nog altijd belangrijk.

02.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik was ervan overtuigd dat ook u bezorgd over de kwestie zou zijn.

Het klopt dat wij van ver komen en dat een en ander nog niet helemaal op wieltjes loopt. Ik stel dus voor dat wij de zaak van nabij blijven opvolgen. Het onderzoek van de Vlaamse Zorginspectie zal waarschijnlijk nog nieuwe gegevens opleveren. Ik ga ervan uit dat u het dossier opvolgt. Wij zullen dat uiteraard ook doen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

Le **président**: La question n° 7484 de Mme Fonck est reportée.

03 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "alcohol, tabak, drugs en psychoactieve medicatie" (nr. 7503)

03 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'alcool, le tabac, les drogues et les médicaments psychoactifs" (n° 7503)

03.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb nog niet de kans gehad om u een gelukkig nieuwjaar te wensen. Ik wens u een goede gezondheid.

Een studie van de UGent en de VUB berekende dat drugs, tabak en pillen onze samenleving zo'n 4,5 miljard euro kosten, of 1,19% van het bbp. Dat zijn hallucinante cijfers.

Binnen die groep zou alcohol de grootste sociale kost zijn, met name 2 miljard euro. De kleine accijnsverhoging die deze regering onlangs heeft doorgevoerd, is dus zeker niet voldoende.

Er zijn meer drastische maatregelen nodig, zoals een strakkere reglementering van reclame voor alcoholhoudende producten en een betere controle van reclame voor alcoholhoudende en tabaksproducten.

Mevrouw de minister, ik heb u in juni reeds een vraag gesteld over de controles op alcoholgebruik bij jongeren. U antwoordde toen plastisch dat het beleid niet werkte omdat de controleurs zichtbaar waren als zebra's in een kudde paarden. Wij hebben toen nog een grapje gemaakt over de restyling van de controleurs.

Uit recent onderzoek komt nu echter ook het probleem bij de oudere generatie naar voren.

Mevrouw de minister, ik heb een aantal vragen. Ten eerste, hoe staat het ondertussen met de controles bij jongeren? Hebt u extra controleurs aangeworven of hebt u een andere oplossing gevonden?

Ten tweede, zult u ook een beleid voeren ten gunste van de oudere generaties in verband met risicovol gebruik, bijvoorbeeld via de huisarts?

Ten derde, zou u niet beter de producenten van alcohol aanpakken om een groter gezondheidseffect te bereiken via de verstrenging van reclame en de controle hierop?

Kortom, welk concreet beleid zult u voeren inzake het gebruik van genotsmiddelen, zoals alcohol, tabak, drugs en psychoactieve medicatie?

03.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ik herinner mij dat enkele van mijn zebra's toen zijn geïnterviewd. Ik vond ze zeer merkwaardig. Ik was al op de hoogte van een deel van de problemen die zij bij de controles hadden, maar kon zo ook wat lezen over de praktijk.

Alle gekheid op een stokje, de controle en de bescherming van jongeren wat betreft alcoholgebruik is en blijft inderdaad een prioriteit, omdat het belangrijk is voor de volksgezondheid. Zoals ik recent nog heb gemeld, zal de Controledienst Tabak en Alcohol ook dit jaar 5 000 controles uitvoeren. In de eerste drie trimesters van het afgelopen jaar 2015 werden al meer dan 3 500 controles uitgevoerd. De dienst zat dus goed op schema.

In de laatste weken van 2015 heeft de Controledienst extra aandacht besteed aan de eindtrimestervieringen en de vele kerstmarkten. Ik had aangekondigd dat wij gerichte controles zouden doen, bij het einde van de examens, in de fuivenperiode, op de kerstmarkten, bij Saint-V, dat om andere redenen echter gedeeltelijk in het water is gevallen. Wij gaan dus echt gerichte controles doen, ook nabij scholen en andere plaatsen waar jongeren verzamelen, in jeugdclubs enzovoort.

Tevens zal de Controledienst een nieuwe brochure maken, waarbij via de gemeenten wordt gewerkt om jongerenorganisaties te sensibiliseren over de toepassing van de wetgeving op jongerenfuiven en -evenementen. Het is zeer belangrijk dat de organisatoren, meestal jongerengroepen, zelf hun verantwoordelijkheid nemen en sensibiliseren, zodat jongeren er niet stomdronken toekomen of weggaan. Er wordt mij immers gesignaleerd dat jongeren soms ook dronken toekomen, nadat zij zich eerst thuis hebben opgeladen met alcohol en daarna pas naar de fuif gaan waar zij cola drinken. Dat is ook een probleem.

Jongeren worden vaak naar voren geschoven als de prioritaire groep waarvoor wij moeten werken wat betreft alcoholverbruik, maar wij mogen niet blind zijn voor andere leeftijdsgroepen waar er soms ook problemen zijn.

De mogelijke actievorm zal worden besproken in het kader van een alcoholstrategie die momenteel wordt voorbereid in onderling overleg tussen, zoals u weet, de verschillende federale, gemeenschaps- en gewestelijke overheden die ter zake bevoegd zijn. Wij proberen daaromtrent met een globaal compromis te landen in september of oktober 2016.

Door zijn multidimensionaal karakter vraagt een beleid met betrekking tot verslavende middelen de medewerking en een engagement van vele partners, zoals gezegd ook van de federale ministers en die van de deelstaten. Het is dan ook aan de thematische vergadering Drugs van het interministeriële comité Volksgezondheid om de werkzaamheden verder te coördineren en de prioriteiten te bepalen.

In de vergadering van 19 oktober 2015 zijn tien prioriteiten bepaald waaraan ik eveneens zal meewerken binnen de algemene cel Drugsbeleid. De prioriteiten zijn het actualiseren van de gemeenschappelijke verklaring van de IMC uit 2010 met betrekking tot het globaal en geïntegreerd drugsbeleid in België, het formuleren van beleidsacties zowel met betrekking tot tabak als gokken en het ontwikkelen van een alcoholstrategie en de nieuwe wetgeving inzake nieuwe psychoactieve stoffen. Zij maken nu dus ook deel uit van de prioriteiten van de algemene cel Drugsbeleid.

Ik heb intussen ook een reactie gelezen van een van de leden van deze algemene cel. Men zegt dat het wel veel is. Het gaat om een aantal andere gebruiken, ook in de privésfeer, die zich voordoen. We moeten zo actueel mogelijk zijn.

Anderzijds is er ook een draagvlak aan het ontstaan voor een andere manier van omgaan met alcohol en tabak. Misschien geldt dat minder voor de nieuwe psychoactieve stoffen want dat is het moeilijkste. Er wordt dus vooruitgang geboekt. Alleen zijn die vergaderingen er zoals u weet niet alle dagen. Men moet steeds veel mensen rond de tafel krijgen. Er wordt ook altijd teruggekoppeld naar de beleidscel. Die mensen werken daaraan en zij zouden op het schema van de vooropgestelde timing zitten.

03.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitgebreid en haast volledig antwoord. Ik heb u alleen niets horen zeggen over reclame en de zaken die daarmee te maken hebben. Zit dat ook in de prioriteiten of niet?

03.04 Minister Maggie De Block: De reclame voor tabak zit voor een stuk in de omzetting van de Europese richtlijn. Het gaat daarin ook over de verpakking van tabak en van sigaretten in het bijzonder. Wij zullen de omzetting daarvan in Belgisch recht in mei in het Parlement indienen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. Benoît Hellings à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang par les homosexuels" (n° 7504)

04 Vraag van de heer Benoît Hellings aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geven van bloed door homoseksuelen" (nr. 7504)

04.01 Benoît Hellings (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, je vous souhaite une bonne année.

Le 4 novembre 2015, la ministre française des Affaires sociales et de la Santé a annoncé l'ouverture du don de sang aux hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Il est évident que cette annonce marque un changement d'attitude remarquable dans ce dossier que nous suivons depuis de nombreuses années au parlement.

Néanmoins, dans le cas français, la levée de l'interdiction pour les homosexuels masculins de donner leur sang en France est assortie de la condition, absurde, que le donneur homosexuel n'ait pas eu de relations sexuelles avec un partenaire – de manière protégée ou non - durant une période de douze mois. Cette réforme ne marque donc pas l'arrêt de la discrimination en fonction de l'orientation sexuelle en France concernant le don du sang. Rappelons que ce ne sont ni les orientations ni les identités sexuelles qui présentent un risque, mais bien les comportements sexuels.

Notre ancienne collègue, Zoé Genot, a eu l'occasion de questionner à maintes reprises vos prédécesseurs M. Demotte et Mme Onkelinx à ce sujet au sein de cette commission. Une politique non discriminatoire à l'égard des homosexuels est possible, tout en rendant le don de sang totalement sûr pour les receveurs, ce qui est évidemment essentiel. De plus, l'accord de votre gouvernement précise: "l'égalité des chances sera promue activement et toutes les formes de discrimination seront combattues".

De là, madame la ministre, découlent mes questions. Les conditions discriminatoires du don du sang à l'égard des hommes ayant des relations avec des hommes seront-elles rapidement révisées en Belgique? Prévoyez-vous une concertation avec votre homologue française, Marisol Touraine, afin d'avancer dans le même sens en Belgique? Pour quand pouvons-nous espérer une véritable évolution des critères de sélection, vers plus de pertinence et de non-stigmatisation, tout en étant sûrs que la sécurité maximale est garantie pour les receveurs de sang?

04.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Hellings, je vous présente également mes meilleurs vœux.

Je vous informe que le Conseil supérieur de la Santé examine actuellement, à ma demande, la question du don de sang par les personnes présentant un risque. J'attends les conclusions de cette étude pour le début de cette année. Je déterminerai ensuite s'il s'avère nécessaire de modifier les critères d'exclusion du don de sang.

J'ai également demandé à mon administration d'organiser, début 2016, une table ronde où les propositions du Conseil supérieur de la Santé seront discutées en présence des différentes parties prenantes. Cela signifie qu'un débat plus sociologique aura lieu, réunissant tous les groupes concernés. Partant des

conclusions du Conseil supérieur de la Santé pour l'aspect scientifique, nous mènerons alors des débats sur ces questions qui se posent dans notre société.

Au sujet de l'éventuelle concertation avec Mme Touraine, mon homologue française, je pense que c'est un peu prématuré. En France, il s'agit de projets pilotes et la ministre décidera après l'évaluation de ces projets. Nous suivons cela avec attention. La première étape est donc d'attendre ces résultats.

En aucune manière, il ne s'agit de stigmatiser une partie de la population en l'excluant du don de sang sur base de son orientation sexuelle. Comme vous le savez, la loi belge exclut définitivement du don de sang les personnes présentant un risque élevé de contracter des maladies infectieuses graves transmissibles par le sang en raison de leur comportement sexuel. Cela n'a rien à voir avec leur orientation sexuelle, c'est leur comportement qui est important! Cette disposition constitue d'ailleurs la transposition littérale d'une directive européenne.

En ce qui concerne le questionnaire que le donneur doit remplir, il n'y est fait mention que des pratiques sexuelles et en aucun cas des personnes. De plus, le dépliant mis à disposition des candidats donneurs ne comporte aucun élément visant les homosexuels. Dans ce groupe pour lequel nous aurons une discussion, on peut se demander si toutes les questions reprises dans le questionnaire sont bien nécessaires. Ces questions contribuent-elles à la prise de décision pour accepter le sang ou pas? On peut mener cette discussion et la Croix-Rouge n'est pas contre une modification des questions.

J'ai moi-même déjà donné du sang.

Enfin, je vous renvoie aussi au rapport de la discussion relative à ma note de politique générale. En commission, de nombreuses questions m'ont été posées par vos collègues autour de ce thème très actuel. Je leur ai répondu de façon très détaillée. Sur le plan scientifique, il faut en effet veiller à la sécurité. Cependant, on ne peut pas exclure des gens du don de sang lorsque leur comportement présente un risque peu élevé. À mes yeux, il n'y a pas de différence entre les homosexuels et les hétérosexuels. Si, par exemple, je fréquente beaucoup de partenaires alors que je suis mariée depuis 34 ans, j'ai un comportement à risque. C'est pourquoi les déclarations me semblent vaines. Je suis absolument ouverte à cette discussion lors de la table ronde – qui sera très large, puisque beaucoup d'acteurs sont concernés. Nous pouvons donc aboutir à une solution en ce domaine.

Je ne souhaite pas critiquer le projet pilote. Cependant, déclarer que l'on n'a pas eu de rapports sexuels pendant douze mois me semble constituer un critère étrange. Il est difficilement concevable que deux partenaires se comportent comme frère et sœur durant cette période en vue d'obtenir l'autorisation de donner du sang. C'est exagéré. En effet, combien de personnes vont-elles se retrouver dans un tel comportement asexuel? J'exprime cette réflexion à titre personnel.

04.03 Benoit Hellings (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse particulièrement complète et l'évolution claire qui a été annoncée aujourd'hui.

Je posais la question parce que l'enjeu est le suivant. Aujourd'hui, le questionnaire de la Croix-Rouge indique: "Si vous êtes un homme et que vous avez eu des rapports sexuels avec un autre homme, ne donnez pas votre sang!" Cela peut avoir des effets psychologiques extrêmement puissants chez un jeune homosexuel qui en prend connaissance.

Ensuite, vous avez raison, ce sont les comportements qui doivent guider le choix du médecin. C'est évidemment le nombre de partenaires différents, le degré de protection, le type de pratiques qui doivent lui permettre de statuer si la personne peut ou non donner son sang et non l'appartenance à une communauté. Je vous suis entièrement.

En ce qui concerne votre table ronde, c'est une excellente initiative. Je suppose que toutes les parties prenantes pourront y participer. Je me souviens d'avoir participé à une table ronde en 2003 ou 2004 déjà, sous le "règne" de Mme Onkelinx. J'espère que vous pourrez parvenir à une décision finale beaucoup plus effective qu'à l'époque. En tout cas, je vous le souhaite et vous soutiendrai à cet égard.

La question qui portait sur la France visait évidemment l'uniformisation des critères. En effet, aujourd'hui, le don de sang existe en Belgique, mais on pourrait imaginer que les banques de données de sang ou de tout autre matériel puissent être partagées au niveau européen pour acheminer vers ceux qui en ont le plus

besoin. Par conséquent, des critères européens communs de bon sens s'indiquent dans ce cas présent.

En tout cas, bon courage pour parvenir à une solution!

Le **président**: Je pense qu'il y a un consensus au sein de cette commission pour évoluer dans ce sens-là.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het meten van glycemie door zorgkundigen in woonzorgcentra" (nr. 7532)**

05 **Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mesure du taux de glycémie par les aides-soignants dans les centres d'hébergement et de soins" (n° 7532)**

05.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, het meten van de glycemie en het toedienen van insuline zijn op basis van de regelgeving toevertrouwd aan verpleegkundigen en kunnen dus niet door zorgkundigen uitgevoerd worden. Het KB van januari 2006 is duidelijk daarover: het betreft verpleegkundige taken die niet uitgevoerd mogen worden door zorgkundigen. Vanop de werkvloer komen er al een tijd signalen dat die situatie voor problemen zorgt.

Het is ons niet onbekend dat de aanwezigheid van verpleegkundigen in de woonzorgcentra beperkt is. De woonzorgcentra zijn vandaag vooral bestaaf met zorgkundigen. 's Avonds en 's nachts zijn er vaak maar één à twee verpleegkundigen aanwezig in een volledig woonzorgcentrum, wat voor problemen zorgt, zeker als men weet dat men tijdens een ronde vaak niet op tijd de glycemie kan meten en, als het nodig is, insuline kan toedienen. De meting moet vaak voor de maaltijd gebeuren. Men haalt de ronde vaak niet, waardoor men pas na de maaltijd bepaalde taken kan uitvoeren. Soms meet men wel, maar kan men geen insuline toedienen, waardoor men de maaltijd te laat gebruikt en er ook problemen ontstaan. In de praktijk zijn er dus heel wat problemen, die vooral te maken hebben met het heel lage aantal aanwezige verpleegkundigen in woonzorgcentra, wat ook aangeklaagd wordt door directies en personeel.

Uit een enquête van de Belgische Federatie voor Zorgkundigen bleek trouwens dat op het terrein in totaal 56 % van de zorgkundigen de glycemie wel meet. Sommigen doen dat dagelijks, anderen wekelijks en nog anderen soms. Het gaat om een zeer hoog percentage. Voor het toedienen van insuline ligt het percentage lager, namelijk op 25 %.

Mevrouw Onkelinx heeft het goede initiatief genomen om bepaalde handelingen te laten verrichten door mantelzorgers. Mits een goede opleiding door verpleegkundigen en artsen en een verpleegkundig attest van de mantelzorger mogen ook mantelzorgers vandaag de glycemie meten en insuline toedienen. Zorgkundige is een erkend beroep in het KB 78. U vraagt terecht dat die erkenning in het KB gehandhaafd wordt. Dat neemt niet weg dat het feit dat zorgkundigen de aangehaalde taken niet mogen uitvoeren, bij mij vragen oproept.

Ik voel dat er op het terrein een onderscheid wordt gemaakt tussen het meten van de glycemie en het toedienen van insuline. Men vindt dat het meten van de glycemie zeker tot de taken van zorgkundigen zou mogen behoren. Hoe staat u daartegenover? Bent u bereid om die bedenkingen mee te nemen in de herziening van het KB 78? Ik heb ook begrepen dat de Belgische Federatie u een brief geschreven heeft over de toegelaten handelingen die zij gewijzigd wenst te zien. Wat is de stand van zaken?

05.02 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw Muylle, de aangehaalde problematiek is bekend. De regels voor delegatie tussen verpleegkundigen en zorgkundigen werden voor het eerst bij koninklijk besluit van 12 januari 2006 vastgelegd. Dat is dus tien jaar geleden. In de tussentijd hebben verschillende professionelen, in het bijzonder de zorgkundigen alsook hun werkgevers, bepleit dat de zorgkundigen meer handelingen zouden mogen verrichten, die momenteel aan verpleegkundigen zijn toevertrouwd.

In 2014 heeft mijn voorgangster, mevrouw Onkelinx, een vraag over een uitbreiding van de lijst van handelingen die een verpleegkundige aan een zorgkundige kan delegeren, aan de Technische Commissie voor de Verpleegkunde voorgelegd. Het antwoord van de Technische Commissie voor de Verpleegkunde was negatief. Indien men immers de lijst van handelingen voor een zorgkundige wil aanvullen, zou een verbetering van de opleiding van zorgkundigen moeten kunnen worden bewerkstelligd, wat de Technische

Commissie voor de Verpleegkunde niet heeft kunnen doen.

Ik heb vervolgens beslist het geweer van schouder te veranderen en, enerzijds, de Nationale Raad voor Verpleegkunde en, anderzijds, de Technische Commissie voor de Verpleegkunde te vragen of zij mij samen zouden kunnen adviseren over de wijzigingen in de opleiding die nodig zouden zijn om de lijst van handelingen die aan de zorgkundigen kunnen worden toevertrouwd, aan te vullen. Ik heb een antwoord tegen februari 2016 gevraagd.

Het is uiteraard noodzakelijk dat de handelingen worden uitgevoerd door een bevoegde gezondheidszorgbeoefenaar en niet door iemand die daarvoor vanuit technisch oogpunt geschikt is.

Wanneer bijvoorbeeld bij het meten van de glycemie de persoon die de meting uitvoert en het resultaat leest, niet geschikt is om te beseffen dat het resultaat gevaarlijk is – te lage of te hoge glycemiewaarde –, gaat kostbare tijd verloren om een arts op te roepen. Er gaat ook tijd verloren om te handelen, indien men zelf niet weet wat te doen of, nog erger, het resultaat verkeerdelijk als veilig interpreteert, terwijl het niet veilig is.

Enkel op basis van het advies van de raad en de commissie zal ik de nodige maatregelen kunnen nemen om de wetgeving te wijzigen. Dat zal dan ook gebeuren in het kader van de maatregelen ter herziening van het bekende koninklijk besluit 78, dat nu door de commissie *overruled* is, daar het niet efficiënt is om maatregelen te nemen voor één beroepsgroep zonder de impact ervan op een andere beroepsgroep te bekijken.

De informatie die u geeft over het onderzoek dat in de woon- en zorgcentra werd uitgevoerd door de Belgische Federatie van Zorgkundigen, doet wenkbrouwen fronsen. Ik moet vaststellen dat sommige verpleegkundigen en zorgkundigen de wetgeving inzake hun beroep niet altijd kennen en dat zij zich niet bewust zijn van de mogelijke impact op de veiligheid en de kwaliteit van de zorg. Ik hoop dan ook dat de Belgische Federatie van Zorgkundigen van de resultaten van het onderzoek gebruikgemaakt heeft om haar leden die meegewerkt hebben aan het onderzoek, de regels, die tot nu toe van toepassing zijn, in herinnering te brengen.

Ik hoef u niet te zeggen dat de correctionele rechtbank van Luik nog in mei 2013 een verpleegkundige uit een woon- en zorgcentrum veroordeeld heeft tot 8 maanden gevangenisstraf met uitstel, omdat die een zorgkundige had toegelaten insuline te injecteren in haar plaats. Dat is gevaarlijk, omdat zo'n injectie goed moet gebeuren en de insulinedosis nauwkeurig bepaald moet zijn.

Ik meen dat het in afwachting van de wetswijziging veilig is de wetgeving zoals zij nu is toe te passen. Wij trachten in het raam van de afbakening van de zorgberoepen een meer werkbare taakverdeling uit te werken, waarbij wij rekening zullen houden met de personeelsbezetting in de woon- en zorgcentra, wetend dat daar vooral 's nachts slechts enkele mensen per afdeling aanwezig zijn.

In afwachting wil ik ook aandringen op voorzichtigheid op het terrein. Men mag er niet van uitgaan dat het allemaal gemakkelijk en evident is. Ook patiënten die een insulinepen gebruiken, weten dat zij daar eerst mee moeten leren omgaan en dat de ene pen niet de andere is. Zij weten ook dat de plaats van de injectie belangrijk is en dat er rare dingen kunnen gebeuren als zij te dicht bij een bloedvat injecteren, waardoor de insuline in één keer wordt opgenomen en er zo een massieve hypoglycemie kan optreden. Dat is al vele mensen overkomen.

Better safe than sorry. Wij werken hieraan voort in het raam van de herziening van koninklijk besluit 78. Ik heb dan ook de adviezen van zowel de raad als de commissie gevraagd.

05.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, dank u voor uw uitvoerige antwoord.

Ik kan uw conclusies alleen maar volgen. Het is heel belangrijk dat dergelijke taken op een veilige en kwaliteitsvolle manier worden uitgevoerd. We kijken dan ook uit naar het antwoord van de raad in februari op de vraag wat er moet gebeuren in het kader van de herziening van het KB 78.

Ik ben vandaag alleen een beetje verwonderd. Ik heb in het verleden al een gelijkaardige vraag gesteld over andere handelingen. In 2014 hebben we in het Parlement de uitbreiding van heel wat handelingen naar mantelzorgers goedgekeurd. Vandaag ziet de federale raad onvoldoende garanties in de opleiding van de

zorgkundigen en onderstreept hij dat de opleiding van zorgkundigen beter moet om de veiligheid te kunnen garanderen wanneer zij bepaalde handelingen zouden stellen. Nochtans kunnen dergelijke taken op een vrij eenvoudige manier aan mantelzorgers aangeleerd worden, hetzij door verpleegkundigen, hetzij in een ziekenhuis of door een arts in een bepaalde dienst. Mantelzorgers mogen vervolgens dergelijke taken uitvoeren, ook al zijn er risico's aan verbonden op het vlak van de interpretatie van de metingen en de plaatsing van de pennen, wat niet evident is.

In die zin dring ik erop aan dat u bij het maken van de oefening over de definitie van de toegelaten handelingen voor zorgkundigen, ook het verhaal van de mantelzorgers meeneemt. Mijn prioriteit is net als de uwe de veiligheid van de patiënt en de juridische bescherming van de zorgverstrekker.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Frédéric a demandé le report de sa question n° 7542.

Nous arrivons au point 13 de notre ordre du jour. Il s'agit des questions jointes de Mme Muylle (n° 7564) et de MM. Mathot (n° 7731) et Blanchart (n° 7851). Mme Muylle transforme sa question en question écrite. M. Mathot n'est pas présent. Je donne la parole à M. Blanchart qui souhaite des éléments complémentaires pour info.

06 Question de M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accès des sans-papiers aux soins de santé" (n° 8354)

06 Vraag van de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toegang tot gezondheidszorg voor sans-papiers" (nr. 8354)

06.01 **Philippe Blanchart** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, en Belgique, les personnes en séjour irrégulier ne peuvent s'affilier à une mutuelle mais ont le droit, comme tout être humain, d'accéder aux soins de santé. Ainsi, elles peuvent s'adresser au CPAS de leur commune pour demander une Aide Médicale Urgente (AMU).

À l'issue d'une réflexion menée par l'INAMI en 2014, le KCE a été chargé d'analyser en profondeur les procédures d'accès à l'AMU. Il en ressort que ces procédures s'avèrent complexes et appliquées de façon très variable d'un CPAS à l'autre. Le taux de refus varie de 2 % à 26 % et les soins pratiqués dans ce cadre varient également, ce qui signifie un accès inégal aux soins.

Suite à cette étude, le KCE propose un plan de réforme afin de simplifier et d'harmoniser les procédures administratives et de rationaliser l'organisation et le suivi des pratiques des soins tout en monitorant les coûts. De cette manière, les demandeurs verraient leurs démarches facilitées, les CPAS pourraient se recentrer sur leur rôle d'aide sociale et la couverture de soins accordés serait harmonisée, calquée sur celle déjà accordée aux demandeurs d'asile. Cette réforme nécessiterait une concertation entre l'ensemble des institutions impliquées: les services de l'Intégration sociale, la Santé publique, l'INAMI, la CAAMI et l'Union des Villes et Communes.

Madame la ministre, quel regard portez-vous sur le rapport présenté par le KCE et sur les solutions qu'il propose? Quelles sont les initiatives mises en place pour assurer un suivi des réformes proposées par le KCE? Un plan de cohésion entre les différentes institutions impliquées est-il mis en place? La concertation nécessaire, comme mentionné dans le rapport du KCE, est-elle prévue?

La **présidente**: Il ne s'agit pas de la question inscrite au point 13 de l'ordre du jour.

06.02 **Philippe Blanchart** (PS): Je suis désolé. Il s'agit en fait de la question inscrite au point 58 de l'ordre du jour.

La **présidente**: Il me semblait bien qu'il ne s'agissait pas de la bonne question. Monsieur Blanchart, maintenez-vous néanmoins votre question sur la prise en charge des troubles psychiques en cas de crise de grande ampleur?

06.03 **Philippe Blanchart** (PS): Oui, je vais la poser.

La **présidente**: Faites-le alors de manière succincte car nous avons abordé ce sujet dans la note de politique générale.

06.04 Philippe Blanchart (PS): Quand nous arriverons au point 58 de l'ordre du jour, je ne lirai plus la question que j'ai déjà posée. Cela vous fera gagner du temps.

La **présidente**: Nous en sommes au point 13 de l'ordre du jour. Posez cette question. C'est l'une ou l'autre mais pas les deux.

06.05 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, suite aux attentats perpétrés le 13 novembre dernier à Paris, des milliers de personnes se sont retrouvées endeuillées ou blessées psychiquement et/ou physiquement. La France avait ainsi mis en place un dispositif visant à prendre en charge les troubles psychiques de ces nombreuses personnes.

Des entreprises et mutuelles ont également apporté leur aide dans ce cadre. Ces prises en charge précoces par les cellules d'urgence médico-psychologiques visaient évidemment à désamorcer les angoisses des personnes traumatisées et si possible à éviter d'éventuelles séquelles psychologiques dont l'état de stress post-traumatique est le plus emblématique.

Madame la ministre, quel est le pourcentage de personnes touchées par un événement traumatisant au cours de leur vie en Belgique? Des études ont-elles déjà été réalisées sur le sujet? Quel regard portez-vous sur les dispositifs mis en place en France? La Belgique est-elle préparée à pouvoir développer ce genre d'initiative dans l'éventualité d'une crise importante à gérer sur notre territoire? Existe-t-il un plan de cohésion entre associations, centres de crise, centres de soin et services de santé mentale pour pouvoir assurer un soutien psychologique en urgence à un nombre important de personnes?

(Mme la ministre répond à la question n° 8354 de M. Blanchart)

06.06 Maggie De Block, ministre: Monsieur Blanchart, le rapport du KCE comporte un nombre important d'éléments à étudier.

Deux personnes de ma cellule sont en train de prendre connaissance de ce rapport et d'étudier les mesures à prendre dans le cadre de la problématique que vous avez évoquée.

Quelles sont les mesures qui doivent être prises?

L'analyse n'est pas encore terminée car outre le fait que ces deux personnes ont pris quelques jours entre Noël et le nouvel an, celles-ci doivent aussi s'occuper d'autres tâches.

Dès que je dispose d'une réponse, je vous l'enverrai. Je pense qu'il ne faudra pas attendre très longtemps.

J'ai demandé une analyse de tous les faits constatés par le KCE pour qu'il nous informe sur ce qu'il faut mesurer et comment il faut mesurer. Cela n'est pas évident. Comme vous savez, actuellement, il y a de plus en plus de places demandées. Il y a des demandeurs d'asile mais il y a aussi des gens en prédemande d'asile. Comment allons-nous organiser cela avec les services compétents? C'est encore et toujours en faveur de ceux qui sont demandeurs d'asile. J'en ai l'expérience: ce sont les soins dans le cadre de Fedasil et de la Croix-Rouge qui sont réalisés. Ce sont des questions pertinentes vu qu'il y a quand même une masse de gens qui se trouvent sur notre territoire, et parmi lesquels il y a des gens très précarisés, très faibles et sensibles.

Les CPAS sont compétents pour les soins urgents: cela n'a pas changé. Cependant, il faut regarder quels sont les autres soins nécessaires, les soins psychologiques notamment. Il faut vraiment analyser le rapport du KCE pour observer quelles sont les compétences de Fedasil, de la Croix-Rouge, des centres et déterminer comment nous pouvons travailler ensemble afin de bien s'occuper de ces gens qui se trouvent dans les centres et d'éviter une rupture dans les soins qui sont nécessaires.

La **présidente**: Vous avez donc répondu à la question...

06.07 Maggie De Block, ministre: Celle qui est inscrite au point 58 de l'ordre du jour.

La **présidente**: Voilà. M. Blanchart s'était interrompu dans sa question et avait repris en posant sa question inscrite au point 13 de l'ordre du jour.

06.08 Philippe Blanchart (PS): Non, j'avais été jusqu'au bout. Je remercie madame la ministre pour sa réponse. Effectivement, nous serons attentifs aux éléments d'analyse qui viendront bientôt. Le problème est d'une grande ampleur, c'est donc important. Il risque d'augmenter avec l'évolution de la situation. Il y a autant de situations sur le terrain que de communes et de CPAS existants. Ces écarts donnent des traitements des faits tellement différents que nous ne pouvons pas laisser les choses aller sans essayer de développer une méthode de travail et une analyse fine de la situation, bien qu'il faille respecter l'autonomie communale.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Nous revenons sur la question n° 7851.

07 Questions jointes de

- **Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation des antibiotiques dans les hôpitaux" (n° 7576)**

- **Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation d'antibiotiques dans les hôpitaux" (n° 7621)**

07 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het antibioticaverbruik in de ziekenhuizen" (nr. 7576)**

- **mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antibiotica in ziekenhuizen" (nr. 7621)**

De **voorzitter**: Mevrouw Jadin is niet aanwezig, dus geef ik het woord aan mevrouw Somers.

07.01 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, het is hier reeds vermeld in een andere vraag, België behoort traditioneel tot de grootverbruikers van antibiotica met als triest gevolg dat er steeds meer resistente bacteriën optreden waarvoor niet langer een antibioticabehandeling mogelijk is.

In 2013 consumeerden we in ons land tweemaal zoveel antibiotica dan in Nederland. In de afgelopen jaren zijn er systematisch acties geweest om het voorschrijven van antibiotica in te dijken. We hebben ontegensprekelijk vooruitgang geboekt.

Uit een onderzoek van de Universiteit Antwerpen waaraan 68 ziekenhuisentiteiten deelnamen, blijkt echter dat de resultaten die we in ziekenhuizen boeken sterk variëren. Er zijn ziekenhuis waar slechts 3 procent van de patiënten antibiotica voorgeschreven krijgt, maar er is ook een ziekenhuis waar 52 procent van de patiënten antibiotica toegediend krijgt.

Een correct gebruik van antibiotica kan niet alleen de resistentie ten goede komen; het zou ook tot 70 miljoen euro aan besparingen kunnen opleveren. In tijden van budgettaire krapte is dat toch geen gering bedrag.

De Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid heeft een beleidsplan opgesteld dat concrete targets oplijst die ten laatste in 2019 door elk ziekenhuis moeten worden behaald. Ze schrijven per therapie of ingreep de duur en het soort antibiotica voor.

Graag vernam ik van u als minister het volgende.

Zullen ziekenhuizen met heel hoge voorschrijfpercentages op het vlak van antibiotica specifieke begeleiding opgelegd krijgen om tegen 2019 de targets te halen?

Zijn de targets zoals ze zijn geformuleerd door de Belgische commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid afdwingbaar? Zo ja, wat is de sanctie indien ze niet worden gehaald? Zo nee, moeten we gelet op de enorme variatie deze targets niet afdwingbaar maken?

07.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Somers, inderdaad, in een persbericht van TestAankoop wordt

gevraagd om de indicatoren te publiceren in verband met het gebruik van antibiotica in de hospitalen. Dat komt uit het project 'Kwaliteitsindicatoren voor de hospitaalhygiëne'.

Ik denk dat we geen appels met peren mogen vergelijken. Er is het gebruik van antibiotica dat wordt geteld maar dat moet vergeleken worden. Er moet een noemer zijn, met name over welke aandoeningen gaat het. U begrijpt dat het antibioticagebruik hoger is in zwaar intensieve diensten of op afdelingen waar alleen patiënten met longontstekingen liggen. Het gebruik moet dus vergeleken worden met de ziekten die zich op een afdeling voordoen en de nomenclatuur.

Daarom laat ik de volgende initiatieven bestuderen, die in de toekomst zouden moeten bijdragen tot minder ziekenhuisinfecties.

Ik denk ten eerste aan automatisatie onder de vorm van handscanners en dispensersurveillances. Dat kan nuttig zijn omdat het zorgpersoneel dan ontlast kan worden van blijvende vorming: die kan dan worden vermeden en de middelen ervoor kunnen worden geheroriënteerd. Ik bedoel daarmee echt automatische, eventueel epidemiologische bewakingen van microbiologische testresultaten en gegevensuitwisseling tussen instellingen. Dan denken we bijvoorbeeld ook aan de uitwisseling van gegevens wat dat betreft tussen ziekenhuizen, woonzorgcentra en revalidatiecentra. U weet namelijk dat daar nogal een '*va et vient*' van patiënten is, en als een patiënt besmet geraakt, zal dikwijls de populatie waarnaar hij verhuist, ook besmet worden. De gegevensuitwisseling tussen al die instellingen moet dus aangemoedigd worden om sneller te kunnen reageren op lokaal en regionaal vlak.

Een ander initiatief is een snelle identificatie en gevoeligheidstesten teneinde sneller een adequate therapie op te starten. Ook hierbij dient voldoende aandacht te gaan naar niet-bacteriële ziekten, zodat louter de aanwezigheid van multiresistente bacteriën niet langer een reden voor langdurige antibioticatherapie is.

Verder denk ik ook aan gerichte campagnes en opleidingen die het preventief en simultaan voorschrijven van meerdere antibiotica voor langere periodes ontraden.

Ik wijs erop dat deze initiatieven niet budgetneutraal kunnen worden gerealiseerd: daarvoor moeten eigenlijk bijkomende inspanningen gebeuren. Dat is dus nog een andere kwestie: dit kan men niet doen op een budgetneutrale wijze.

07.03 Ine Somers (Open Vld): Dank u wel, mevrouw de minister, voor uw antwoord.

U heeft gelijk: als we vergelijkingen maken, moeten we effectief kijken naar de nomenclatuur, de aandoeningen en het antibioticavoorschrijfgedrag en –gebruik dat eraan gekoppeld is. Uiteraard zijn er al veel initiatieven genomen. Ik heb dat ook in mijn vraagstelling aangetoond. We hebben al vooruitgang geboekt.

Het is natuurlijk wel belangrijk dat we dat blijven opvolgen, gelet op de gevolgen van het grote antibioticagebruik in België. We mogen niet uit het oog verliezen dat we in vergelijking met andere landen toch wel grootgebruikers zijn en blijven. Ik ben echter blij dat er nog verdere initiatieven en opvolging blijven bestaan.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 7643 van mevrouw Muylle wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Dat geldt eveneens voor de vragen nrs. 7743 van mevrouw Jadin en 7818 van mevrouw Muylle.

08 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de permanente aanwezigheid van artsen in ziekenhuizen" (nr. 7827)

08 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence en permanence de médecins dans les hôpitaux" (n° 7827)

08.01 Jan Vercammen (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het ziekenhuislandschap is in beweging, wij kijken er allemaal naar en doen allemaal mee. De stijgende graad van efficiëntie en kostenreductie zorgt voor meer ademruimte in de sector. Het is een positieve evolutie, die wij toejuichen.

Optimalisatieprocessen gebeuren echter op verschillende wijzen en er kunnen ook wel eens problemen ontstaan. Wij merken dat de fusiegolf bij de ziekenhuizen in België enkele potentiële gevaren met zich kan meebrengen. Zo kunnen er nu nieuwe hoofdcampussen en bijcampussen ontstaan, waarbij die bijcampussen fysiek losstaan van de hoofdcampus, maar wel nog C- en D-bedden hebben.

Die campussen hebben blijkbaar geen permanent vereiste aanwezigheid nodig van een arts. Dit is althans wat de ziekenhuizen zelf beweren, en de Zorginspectie lijkt daarmee akkoord te gaan. Toegegeven, permanentie is niet altijd en overal noodzakelijk, het type van patiënten en een redelijke termijn voor de arts om er te geraken, spelen zeker mee, maar het lijkt dat de aanwezigheid van C- en D-bedden toch wel van die aard is dat permanente aanwezigheid wel aangewezen is.

Mevrouw de minister, wat is uw standpunt? Kunnen bijcampussen met C- en D-bedden volgens u die permanentie vrijblijvend invullen? Is een strengere regeling ter zake niet aangewezen?

08.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, collega Vercammen, u haalt een terechte bezorgdheid aan. Sinds het aanvullend normenbesluit van 30 januari 1989 is voor de algemene inrichting van de ziekenhuizen gepland dat elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een permanente aanwezigheid van een arts. Het betreft een verplichting op het niveau van het ziekenhuis waarbij geen onderscheid wordt gemaakt tussen de eventuele verschillende vestigingsplaatsen van een ziekenhuis. Dus de informatie waarover u beschikt, is correct.

Ik meen evenwel om redenen van kwaliteitsvolle en veilige zorgverstrekking dat het is aangewezen, en toch ook wel past binnen de verantwoordelijkheid van de beheerder van het ziekenhuis, om op elke vestigingsplaats van elk ziekenhuis in een permanentie te voorzien. Dit lijkt mij ook van belang in het kader van de beoordeling van de zorgvuldigheidsplicht bij eventuele aansprakelijkheidsprocedures, als er iets gebeurt.

Het is wenselijk om de kwaliteit van de praktijkvoering, ongeacht in welke setting dit gebeurt, verder te verbeteren. In het kader daarvan zal ik bij het voorstellen van komende beleidsmaatregelen ook de nodige aandacht besteden aan continuïteit en permanentie bij de verstrekking van gezondheidszorgen

Het gaat dus om iets nieuws dat op het terrein ontstaat, waarbij er hoofd- en bijcampussen zijn. Dat is goed en dat past helemaal in onze strategie maar wij mogen de veiligheid van de patiënten en de verantwoordelijkheid die door een arts moet kunnen worden opgenomen nooit uit het oog verliezen.

08.03 **Jan Vercammen** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord. Ik volg u over de hele lijn en ben het volkomen met u eens.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

09 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toedienen van ADHD-medicatie" (nr. 7830)**

09 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription des médicaments traitant le TDAH" (n° 7830)**

09.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, hoewel het onderwerp verschilt van de vraag van mevrouw Muylle, gaat het wel over hetzelfde probleem, met name het toedienen van medicatie. Ik vermoed dan ook dat het antwoord dezelfde richting zal uitgaan als uw antwoord van daarnet.

Ik wil echter, ten eerste, onze appreciatie uitdrukken voor het feit dat u ADHD-experts hebt aangesteld. Dat is een heel goed initiatief, waarmee wij heel blij zijn.

Wij weten allen dat bij ADHD-patiënten te veel medicatie wordt toegediend. Wij komen op dat vlak terug bij hetzelfde probleem, met name dat zowel opvoeders, kinderbegeleiders als ouders ervan uitgaan of verwachten dat deze kinderen hun medicatie op school of in de kinderopvang krijgen.

Door het koninklijk besluit nr. 78 kan het klaarzetten en toedienen van medicatie op dit moment niet. Zult u in het kader van de hervorming van het koninklijk besluit nr. 78 het debat helemaal opentrekken? Het probleem van het klaarzetten en toedienen van medicatie is een heikel punt, niet alleen in de thuiszorg maar

ook, zoals ik al aangaf, op scholen.

U hebt over de problematiek gesteld dat u voorstander van subsidiariteit bent, wat heel goed is. Immers, wanneer korter geschoold personeel iets correct kan uitvoeren, kan dat best op dat niveau gebeuren. Wij hebben in de zorg immers handen te kort.

Daarom heb ik de hiernavolgende vraag. Zult u bij de hervorming van koninklijk besluit nr. 78 ook aandacht voor dat heikele punt hebben? Zal dat punt ook mee worden bekeken bij zorgkundigen, verzorgende opvoeders en dies meer? Zo ja, onder welke voorwaarden zal dat gebeuren? Indien niet, hoe moeten wij het probleem oplossen?

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ik dank u voor het aankaarten van een speciale problematiek.

Er is inderdaad een budget vrijgemaakt voor het aanstellen van experts inzake de ADHD-problematiek. Zij zullen worden ingeschakeld in de vorig jaar opgerichte provinciale netwerken, die precies bedoeld zijn om de verschillende bevoegdheden van de verschillende niveaus beter op elkaar af te stemmen.

Deze experts zullen onder andere een beleid uitstippelen dat ook het voorschrijfgedrag van Rilatine en aanverwante producten zou kunnen stroomlijnen. Wij weten immers dat er grote verschillen bestaan tussen de verschillende delen van het land – dan heb ik het niet alleen over het noorden en het zuiden, maar ook over het westen en het oosten – in de medische indicatiestelling, die mogelijks kan worden beïnvloed door de wijze waarop de leerkrachten of de Centra voor Leerlingenbegeleiding kinderen toeleiden naar de eerstelijnsartsen en de kinderpsychiaters.

Verder heb ik bij de hervorming van de wetgeving inzake uitvoering van de gezondheidsberoepen ook aandacht voor de door u geschetste problematiek. Er wordt nagegaan hoe bepaalde zorghandelingen, die met een laag en beheersbaar risico voor de gezondheid, kunnen worden toevertrouwd of gedelegeerd aan niet-beoefenaars of aan gezondheidsbeoefenaars voor wie het momenteel nog onwettig zou zijn om dat te doen.

Het is een beetje dezelfde problematiek als deze die door mevrouw Muylle werd aangekaart. Een leek, een moeder zou het mogen geven, maar een gezondheidsbeoefenaar niet.

Er moet natuurlijk een koppeling van deze personen zijn aan een passende opleiding door artsen of verpleegkundigen. Ook moet er in elk geval een eindverantwoordelijke bij de beroepsbeoefenaar blijven. Ik denk dat dit ook in de hervorming van het koninklijk besluit nr. 78 wordt meegenomen.

U haalt ook aan dat deze materie de federale bevoegdheid overschrijdt. Dat is een institutioneel probleem en daarom verwijs ik ook naar de Protocolakkoorden Zorg & Welzijn die in 2014 werden gesloten.

Deze akkoorden waren reeds een belangrijke engagementsverklaring om de relatie te verduidelijken tussen beoefenaars van gezondheidsberoepen en werknemers in de thuiszorg, in de sector van hulp aan personen met een handicap en in de erkende kinderopvang.

In een van de protocollen wordt een universitaire studie besteld, die dieper zal ingaan op de noodzaak en mogelijkheden van een flexibele taakdelegatie in de sector van personen met een handicap. De studie wordt op dit moment uitgeschreven en zal nog in de eerste helft van 2016 van start gaan. De resultaten ervan zijn belangrijk voor de verdere uitwerking van de protocolakkoorden, die bij uitbreiding ook een antwoord op de behoeften in het onderwijs moeten kunnen bieden. Er zijn immers kinderen die zich in een verzorgingsinstelling bevinden, maar er zijn er ook die gewoon naar school gaan. Aangezien de medicatie meermaals per dag moet worden gegeven, moeten de scholen, crèches enzovoort daar ook mee kunnen omgaan.

De bedoeling is de studie te laten starten en als de resultaten ervan bekend zijn, verder te gaan met de uitwerking van de protocolakkoorden. De rest nemen wij mee in de uitwerking van het koninklijk besluit nr. 78.

09.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik dank u voor uw volledige antwoord, mevrouw de minister.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

10 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de illegale handel in tabaksproducten" (nr. 7931)

10 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le commerce illégal des produits du tabac" (n° 7931)

10.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, vorig jaar was het thema van de Werelddag zonder Tabak van de Wereldgezondheidsorganisatie de stop van de illegale handel in tabaksproducten. In dat verband heeft België het protocol ter eliminatie van de illegale handel in tabaksproducten al in mei 2013 ondertekend. Tenzij ik niet goed ben ingelicht, is dat nog niet geratificeerd. Een aantal andere Europese landen waaronder Oostenrijk, Spanje, Portugal en Frankrijk, heeft dat wel al gedaan. Mijn vraag is eigenlijk heel simpel. Kunt u ons zeggen of België dat zal ratificeren? Zo ja, wanneer zal dat gebeuren?

10.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, België heeft het internationaal verdrag ter eliminatie van de illegale tabakshandel inderdaad mee ondertekend maar moet het nog ratificeren. De diensten werken momenteel aan dat dossier, teneinde de ratificatie te verkrijgen. Er zijn momenteel 13 landen die het protocol wel hebben geratificeerd. U noemde er enkele van. Het protocol zal pas in werking treden, zodra het minimumaantal van 40 is bereikt. Wij hopen daarmee dus zo snel mogelijk voort te kunnen gaan.

Bovendien moet worden opgemerkt dat de artikelen 15 en 16 van de Europese richtlijn 2014/40 inzake tabaksproducten ook betrekking hebben op de problematiek van de illegale handel in tabaksproducten. De artikelen voeren een systeem in voor de traceerbaarheid van tabaksproducten en veiligheidselementen om illegale handel te voorkomen. Ze zullen in 2019 in werking treden voor sigaretten en roltabak en in 2024 voor andere tabaksproducten.

10.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik ben al blij te horen dat de diensten eraan werken. Ik mis echter een timing. Hebt u er als minister echt geen idee van of dat nog dit jaar zal gebeuren? Het verdrag dateert immers al van 2013. Zo niet wil ik u toch aansporen om daar achteraan te gaan.

10.04 Minister Maggie De Block: Ik heb niet de gewoonte om bij mijn diensten met een kalasnikov in de gang te vragen of zij willen voortwerken. Ik vertrouw hen daarin. Zij werken daaraan voort. Het werk is ook niet zo simpel en het is ook niet het enige werk wat zij verrichten. Elke keer als de administratie aan iets werkt, krijg ik vragen over wanneer en hoe en of ik dat niet kan bespoedigen. Welnu, in de bestuursovereenkomsten staat dat het zal gebeuren. Ik werk met veertien administraties. Ik weet niet of u zich dat kunt voorstellen. Ik moet erop vertrouwen dat de ambtenaren voortdoen met hun werk. Ze zijn gemotiveerd. Ik kan echter niet overal gaan vragen tegen wanneer zij klaar zullen zijn en ik wil dat ook niet vragen, want ik wil op een beleefde manier met de administratie omgaan. De administratie is ermee bezig.

Ik herhaal dat dertien landen het protocol hebben geratificeerd. Wij zullen dat ook zo snel mogelijk doen. De administratie is ermee bezig. Het protocol zal pas in werking treden als het door veertig landen is geratificeerd.

Ik zou willen dat het allemaal wat rapper kon, maar in de praktijk gaat dat niet.

10.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, u zult mij vergeven dat ik even moet lachen met die kalasnikov, want ik zie u daar echt niet zo staan in de gang.

Wij zullen het dossier in ieder geval verder opvolgen. Volgens mij is het belangrijk genoeg om er achteraan te zitten.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het risico op burn-out bij hulpverleners" (nr. 7952)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de burn-out bij

artsen" (nr. 7956)

11 Questions jointes de

- **Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le risque de 'burn-out' chez les secouristes" (n° 7952)**

- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le 'burn-out' chez les médecins" (n° 7956)**

11.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik had deze vraag ruim voor kerst al in een schriftelijke vraag laten omzetten en ik heb daarop al een antwoord gekregen. Dank u daarvoor, mevrouw de minister.

11.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, er is een hoog cijfer van burn outs bij artsen en nog hoger bij jonge assistenten.

In 2010, vijf jaar geleden, had het KCE hiervoor al gewaarschuwd en een aantal aanbevelingen en actiepunten voorgesteld. Ze staan in mijn schriftelijke vraag. Ik zal ze hier niet herhalen.

Ik zou nu, vijf jaar later, graag willen weten, daar deze cijfers van burn-out nog steeds te pas en te onpas de kop opsteken in de media, of er evolutie is. Welke aanbevelingen en actiepunten van het KCE-rapport hebt u aangehouden en uitgevoerd? Is er een verbetering van de resultaten bij de artsen op vijf jaar tijd? Welke initiatieven wilt u nog nemen, ook kijkend naar de goede praktijken in onder andere Noorwegen?

11.03 Minister Maggie De Block: Er werd in 2012 op vraag van de FOD Volksgezondheid en de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg een studie uitgevoerd, maar dan specifiek voor de ziekenhuissector. Er werkten 4 511 medewerkers aan deze studie mee, waarvan 21 % artsen en 79 % verpleegkundigen.

Er werden concrete maatregelen geformuleerd zoals het belang van alertheid, de aanpak van rolconflicten en emotionele belasting. Ook in deze studie bleek het belang van een sociale ondersteuning door collega's belangrijk.

De studie pleit ook voor initiatieven en risicobeheersing op ziekenhuisniveau. Dat wil zeggen feedback en analyse van de registraties, een passend personeelsbeleid per risicocategorie en het comfort van de werkplaats.

Een en ander komt ook overeen met de bepalingen zoals vervat in de wet inzake welzijn.

Het risico op burn-out bestaat uiteraard ook bij artsen die dikwijls een zelfstandig statuut hebben en naargelang verschillend bronnen wordt ongeveer 10 procent van de getroffen doelgroep ermee geconfronteerd.

De bewustwording en bespreekbaarheid van burn-out is al een eerste stap. Een studie van het KCE 2011 gaf reeds enkele actiepunten mee.

Het feit dat elke arts zich op tijd zou moeten laten coachen, ook medisch. Groepspraktijken, dat is geweten, bieden een lager risico dan geïsoleerd werkende verstrekkers die wegens de continuïteitsverplichtingen moeilijk neen kunnen zeggen en moeilijker een evenwicht kunnen bewaren tussen werk, gezin en de eigen persoonlijke bescherming, onder andere door voldoende rust te nemen.

Naast deze interpersoonlijke context kan het beleid dus ook bijdragen aan preventie.

De huisartsgeneeskundige werd de laatste jaren in alle opzichten sterk geherwaardeerd. Dat leidt tot een grotere tevredenheid van de huisarts en tot juistere verwachtingen van de patiënt. De beleidsondersteunende maatregelen en het beperken van de administratieve lasten hebben effect. De nieuwe generatie studenten geneeskunde kiezen opnieuw meer voor de huisartsenopleiding.

U verwijst ook naar de artsen in opleiding. Deze jonge mensen moeten op een intense manier klinisch werk, verdere studie en een wetenschappelijke activiteit combineren met een persoonlijk leven en startend gezinsleven. We herschrijven momenteel heel wat erkenningscriteria waarbij het vormingstraject en de begeleiding speciale aandacht krijgen. Hoewel de stagemeester uiteraard een belangrijke rol blijft hebben,

zullen we onder meer de nadruk leggen op een stageteam voor de opleiding waarbij elke arts in opleiding een coach, een soort mentor, zal toegewezen krijgen voor de begeleiding.

De artsen-specialisten werken zowel in ziekenhuizen als in aparte klinische praktijken. In beide situaties is het nodig de ondersteunings- en detectiemechanismen te voorzien.

Het interprofessioneel contact, de planning en follow-up van de werkbelasting, de ruimte voor continue vorming tijdens de carrière en de meer flexibele carrièreplanning moeten de nodige aandacht krijgen. Ook daarvoor kan vanuit het beleid een context geboden worden, waarbij concreet de preventie en de ondersteuning op de werkvloer individueel zullen gebeuren.

Wat specifiek de verpleegkundigen betreft, heb ik aan het Fonds voor de beroepsziekten gevraagd om te onderzoeken of een burn-out en andere aandoeningen die te maken hebben met psychosociale risico's op het werk zouden kunnen worden erkend als een arbeidsgerelateerde ziekte. Een arbeidsgerelateerde ziekte is natuurlijk geen beroepsziekte.

Ten eerste, een beroepsziekte is een ziekte die op een determinerende en rechtstreekse wijze een gevolg is van de beroepsuitoefening, wat mij niet van toepassing lijkt te zijn in het geval van een burn-out, want zoals wij weten is de oorzaak daarvan multipel. Een burn-out lijkt mij wel te beantwoorden aan de definitie van een arbeidsgerelateerde ziekte. Er is altijd een zekere link met de beroepsuitoefening, waardoor bij een bepaalde beroepsgroep de blootstelling aan de aandoening groter is dan bij de bevolking in het algemeen. Daar is wel sprake van, zowel bij de artsen als bij de verpleegkundigen.

Ten tweede, een erkenning tot arbeidsgerelateerde ziekte leidt niet tot een schadeloosstelling, maar maakt het wel mogelijk om op kosten van het Fonds voor de beroepsziekten maatregelen te treffen die het risico op de arbeidsgerelateerde ziekte moeten verminderen. Het gaat, met andere woorden, om preventiemaatregelen.

Wat de zelfstandigen betreft, bestaat het voornemen om voor hen, naar het voorbeeld van arbeidsongeschikte werknemers, een systeem van socioprofessionele re-integratie op poten te zetten. Daarvoor is er overleg met de minister van Middenstand, de heer Borsus, noodzakelijk.

11.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik vind het positief dat u het ruimer opentrekt, dat u zich niet beperkt tot artsen maar het opentrekt naar verpleegkundigen. U bent er dus mee bezig, u kijkt naar dit Fonds voor de beroepsziekten. Kunt u zeggen wanneer u een advies zult hebben of een beslissing hieromtrent zult nemen?

11.05 Minister Maggie De Block: Dat zal in de loop van dit jaar gebeuren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Captagon" (n° 7966)

12 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Captagon" (nr. 7966)

12.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la présidente, madame la ministre, en ce début d'année, je vous présente mes meilleurs vœux de santé et vous souhaite de rester la femme la plus populaire de Belgique.

Le Captagon est une drogue à base d'amphétamine utilisée comme stimulant par certains combattants, dont des djihadistes, en Syrie et en Irak. Cette drogue entraîne une résistance à la fatigue, une vigilance accrue et une perte de jugement. Elle donne l'impression à celui qui la consomme d'être tout-puissant.

Récemment, une très grande quantité de comprimés a été saisie en Turquie. Jusqu'en 2011, le centre névralgique de sa fabrication se situait au Liban. Depuis, la production se serait largement délocalisée vers la Syrie, selon un responsable de l'Unité de contrôle des drogues libanais. Le Captagon serait en fait assez simple à fabriquer et représente un business assez juteux. Les pilules sont transportées par bateau ou voiture de la Syrie vers le Liban et la Jordanie et sont vendues entre 5 et 20 dollars l'unité ou encore

échangées contre des armes.

D'après les chiffres de l'Organisation mondiale des douanes, la quantité de pilules saisies dans les pays de la péninsule arabique a fortement augmenté ces dernières années: plus de 11 tonnes en 2013 contre 4 seulement en 2012. On se souvient qu'encore récemment, un prince saoudien s'est fait coffrer avec toute une série de valises remplies de Captagon.

Madame la ministre, pouvez-vous nous faire l'état des lieux de cette drogue et de ses dérivés en Belgique? Quelle est l'évolution de la situation? A-t-on des chiffres concrets? Quels sont les risques sur la santé? Quels sont les effets exacts du Captagon et en quoi est-il dangereux pour l'utilisateur et la société tout entière? Quels sont les autres stupéfiants qui s'en rapprochent et produisent le même type d'effets? Y a-t-il un risque de voir apparaître un phénomène de mode et donc une augmentation de la consommation dans notre pays? Si oui, comment contrer cela? Ces comprimés de Captagon semblant assez faciles à fabriquer, est-il possible qu'ils soient produits sur notre territoire?

12.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, le Captagon est plus vieux que moi! Ce produit était présent sur le marché belge à partir de 1960, sous la forme de tablettes de 50 mg. Il était disponible sur prescription. Depuis 2001, la seule indication restante autorisée était la narcolepsie chez les patients adultes.

Le risque d'effets secondaires neurologiques et cardio-vasculaires sérieux était bien souligné dans la notice, ainsi que le potentiel d'abus de la molécule fénétylline. Le produit n'est plus disponible sur le marché belge depuis 2009. L'autorisation de mise sur le marché a été retirée en 2011. La substance fénétylline n'est pas disponible comme matière première pharmaceutique.

Le Captagon maintient le patient éveillé et produit de l'euphorie, une sensation d'hyper-concentration, une diminution des sensations de faim et de fatigue ainsi qu'une perte de jugement critique. Les effets secondaires comprennent l'infarctus du myocarde, des hémorragies ou l'infarctus intracérébral, de la psychose, des convulsions, des comportements compulsifs et des tremblements. L'occurrence de ces effets secondaires augmente lorsque la substance est prise à doses élevées de façon chronique ou lorsqu'elle est injectée, ce qui entraîne aussi des risques d'infection. Des tablettes contrefaites existent. Elles créent un risque supplémentaire.

La fénétylline appartient à la classe des amphétamines. De tels produits, comme l'ecstasy, produisent des effets plus ou moins comparables. Certaines de ces autres substances sont sur le marché en tant que médicaments. Vu que le Captagon n'est plus disponible en Belgique, son usage se limite au circuit illégal.

Je peux ajouter que ce produit est rarement retrouvé en Belgique. Ce sont plutôt des produits comme l'ecstasy qui sont disponibles au marché noir.

Il est correct que la synthèse de cette substance ne pose pas de problème particulier. Par contre, sa production demande des produits chimiques spécifiques qui sont régulés en tant que précurseurs de drogues. En plus, lors de découvertes de laboratoires illégaux de production d'amphétamines, la fénétylline est une substance rarement retrouvée.

Ceci s'explique par le fait que la première étape de la production est la synthèse d'amphétamine et que pour le circuit illégal, la transformation d'amphétamine en fénétylline n'a pas de valeur ajoutée. Or, les producteurs illégaux visent un *quick win*. Au lieu de faire deux processus, ils ne font que celui vers l'amphétamine et pas le second vers la molécule de fénétylline. C'est pour cette raison que la majorité du Captagon du Moyen-Orient est contrefait et ne contient pas de fénétylline mais bien de l'amphétamine – qui n'est d'ailleurs pas sans danger.

Cette production pharmaceutique illégale est un vrai problème. On sait bien que dans certains pays, il y a un circuit pour les touristes et pour toute personne en demande. On peut y acheter n'importe quoi: des stéroïdes anabolisants, des amphétamines. Les dangers sont importants, mais ces médicaments issus du circuit illégal sont recherchés lors des contrôles dans les aéroports. Des mesures sont prises.

12.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, comme d'habitude, vous avez été assez disserte.

J'aurais dû préciser ma question en demandant si les autres pays membres de l'Union européenne

autoriseren nog steeds Captagon. Ik zal eventueel een andere vraag stellen op dit onderwerp.

Daarnaast, is het zeker dat men niet kan kopen op internet net als Kamagra? Wanneer men vermoedt dat de verantwoordelijke van sommige terroristische aanslagen is "gavés" met Captagon voor het lanceren van hun aanval, is dat behoorlijk zorgwekkend.

Net als voor elk fenomeen van mode, denk ik dat men moet proberen te informeren over de risico's en de gevaren van dit product.

12.04 Maggie De Block, minister: Mijnheer Flahaux, de douane is zeer alert op dit probleem. Sommige pakketten verdacht zijn worden opgespoord. De Administratie van de douane en de Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) werken samen om te kunnen ontdekken alle moleculen die deze pillen vormen. Het is dus zo dat men weet dat het product wordt verkocht als het van Captagon is, maar het niet is. Bovendien, deze producten zijn ook gevaarlijk.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antidepressiva door jongeren" (nr. 7972)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antidepressiva door jongeren" (nr. 7976)

13 Questions jointes de

- Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'antidépresseurs par les jeunes" (n° 7972)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'antidépresseurs par les jeunes" (n° 7976)

13.01 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, uit een onderzoek van de Christelijke Mutualiteiten blijkt dat 4 917 jongeren in ons land minstens één keer antidepressiva voorgeschreven kregen. Opvallend is het gegeven dat 130 onder hen kinderen van vijf jaar of jonger waren. Ook bleek dat 1 725 patiënten 17-jarig waren.

Het gaat om antidepressiva die eigenlijk bestemd zijn voor volwassenen. De geneesmiddelen zijn niet voor jongeren bestemd. Zij geven immers belangrijke nevenwerkingen, zoals opstandig gedrag, agressie en zelfmoordgedachten. Volgens de Christelijke Mutualiteiten is er zelfs niet eens evidentie dat elk antidepressivum ook effectief werkt. De literatuur meldt dat er alleen evidentie is voor Fluoxetine. De Christelijke Mutualiteiten geven ook aan dat artsen gemakzuchtig die antidepressiva voorschrijven. Zij willen de nadruk op psychotherapie leggen.

Over de effectiviteit van psychotherapie bij jongeren is evenmin eenduidigheid in de medische literatuur. Er zijn studies die oordelen dat psychotherapie wel degelijk werkt, terwijl andere onderzoeken dat ontkennen. Ten slotte is er een onderzoek dat stelt dat psychotherapie alleen maar gedurende de eerste maanden werkt en dat er na een jaar geen effect meer is.

Kinderpsychiaters stellen op hun beurt dat in bepaalde gevallen antidepressiva wel degelijk moeten worden ingezet, bijvoorbeeld om te vermijden dat de problemen erger worden. In essentie komt het er wellicht op neer dat antidepressiva allicht wel degelijk een rol te spelen hebben, zij het in welomschreven situaties van zware en chronische depressies.

In Nederland is de algemene richtlijn ontrading voor jongeren onder de 18 jaar oud. Wanneer antidepressiva toch moeten worden voorgeschreven, wordt aangeraden die jongeren op te volgen op het vlak van het optreden van suïcidale symptomen en andere bijwerkingen.

Daarom heb ik de hiernavolgende vragen.

Mevrouw de minister, wat is uw inschatting inzake het gebruik van antidepressiva bij nagenoeg 5 000 jongeren?

Is er sprake van overmatig voorschrijfgedrag? Moeten wij de richtlijnen voor het voorschrijven van antidepressiva verstrengen?

Worden jongeren die antidepressiva voorgeschreven krijgen voldoende opgevolgd op het vlak van de bijwerkingen?

13.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag is gebaseerd op dezelfde cijfers van de CM, maar om een beetje tijd te sparen zal ik ze niet herhalen.

Er zijn inderdaad verschillende meningen maar de meeste wetenschappers zijn het erover eens dat wij erg voorzichtig moeten omspringen met antidepressiva bij jongeren en dat wij in elk geval moeten evolueren naar een samenleving waarin wij iets doen om deze gezinnen te ondersteunen.

Mevrouw de minister, wat is er volgens u nodig om zowel depressies bij jongeren als overdreven medicatie te voorkomen?

U zat met een paar knopen in de wet rond de terugbetaling van psychotherapie. Hebt u die intussen al kunnen ontwarren? Hoeveel staat u daarmee?

Momenteel betaalt een aantal ziekenfondsen vanuit de aanvullende verzekering een deeltje van sommige kosten voor psychologische of psychotherapeutische hulp terug. Dit verschilt natuurlijk ontzettend van ziekenfonds tot ziekenfonds. Hebt u hieromtrent aanbevelingen voor de ziekenfondsen?

Tot slot, de antidepressiva waarvan sprake zijn vaak duur en werken niet altijd, maar veroorzaken wel neveneffecten, dat is bewezen. Zult u op basis van de thans gekende cijfers al dan niet nieuwe richtlijnen uitschrijven voor artsen, met betrekking tot het voorschrijven van antidepressiva en vooral het behandelen van kinderen en jongeren? Wat is uw mening ter zake?

13.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, ik heb de cijfers van de CM ook gezien en leg er de volgende cijfers naast, om toch een meer genuanceerd beeld te krijgen.

Afgaande op de gegevens van Farmanet voor de periode 2012-2014 bleek dat het aantal kinderen en jongeren aan wie antidepressiva werd voorgeschreven, constant bleef op ongeveer 0,5 % van alle jongeren tussen 6 en 17 jaar. Wij kunnen niet meer vergelijken met cijfers van de voorgaande jaren want de detailgegevens zijn niet meer beschikbaar op Farmanet.

Er bleek bijvoorbeeld uit de oriëntatienota psychomedicatie van minister Onkelinx, uit 2010, dat het aantal jongeren onder de 18 jaar aan wie antidepressiva werd voorgeschreven in 2004 nog merkkelijk hoger lag, namelijk 13 800 in 2004 tegenover 8 000 in 2014.

Daar de prevalentie van angst- en depressieve klachten duidelijk hoger is dan 0,5 % meen ik dat wij mogen concluderen dat antidepressiva gelukkig zeker niet zomaar en altijd worden voorgeschreven.

Uit de Farmanetgegevens van 2012 blijkt ook dat ongeveer de helft van de dagdosissen antidepressiva voor kinderen werd voorgeschreven door de huisarts, en dat ongeveer tweederde van de kinderen die antidepressiva namen, deze in 2012 voorgeschreven kregen door de huisarts.

Er is veel discussie over de meerwaarde van antidepressiva voor kinderen. Sommige studies tonen aan dat de voordelen van het gebruik van antidepressiva voor kinderen niet opwegen tegen de nadelen ervan, met andere woorden dat de nevenwerkingen te zwaar en te gevaarlijk zijn. In andere studies worden bepaalde antidepressiva wel doeltreffend geacht.

Bovendien blijkt de relatie tussen antidepressiva en suïcidaliteit bij jongeren onduidelijk. Er is geen significante toename aangetoond van het aantal zelfmoorden bij jongeren die antidepressiva nemen. Verder onderzoek moet aantonen of antidepressiva al dan niet een bepalende factor vormen.

Voor kinderen jonger dan 6 jaar vormen antidepressiva geen officiële indicatie. Hier moet het gaan over absolute uitzonderingen. Men kan geen uitspraak doen over de enkele gevallen omdat daarvoor de individuele medische dossiers bekend zouden moeten zijn, en u weet dat dit niet mogelijk is.

Het is belangrijk dat het voorschrijven van antidepressiva voor kinderen en adolescenten gebeurt in het raam van een multidisciplinaire benadering, waarbij eerst een goede diagnose wordt gesteld. Het advies van een kinderpsychiater is dus essentieel. Dit wordt bevestigd door advies nr. 81/55 van de Hoge Gezondheidsraad uit 2013. Er wordt tevens een intensieve opvolging, met regelmatige contacten met de ouders of andere naasten van het kind, aanbevolen.

Gezien deze bedenkingen dienen psycho-educatie en psychotherapie de voorkeur te krijgen op medicatie, want het betreft een zeer ernstig probleem. Het nieuw beleid inzake geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren is er precies op gericht om jongeren sneller de juiste zorg te bieden en zo het gebruik van medicatie te verminderen. Medicatie wordt immers vaak gegeven in afwachting van een therapie. U weet ook dat medicatie soms pas na zes weken begint te werken. Men schrijft dan medicatie voor zonder te weten of deze wel nodig of gunstig zal zijn.

Er werden al maatregelen genomen. In dat verband denk ik aan het programma intersectorale liaison en het consult, waarbij een totaalbudget van 2,3 miljoen euro per jaar dient om allerhande zorgverstrekkers en professionals die in contact komen met kinderen en jongeren, specifieke kennis te kunnen bijbrengen over een bepaald onderwerp dat kadert in de problematiek.

Ik sta huiverachtig tegenover het gebruik van medicatie die invloed heeft op de mentale status, zeker van kinderen en jongeren, mevrouw Dedry, en u ook, denk ik. Wij moeten hen daartegen beschermen. Ik ben er erg ongerust over dat zoveel jonge mensen niet meer helder kunnen denken door medicatie die op hun hersenen inwerkt om een evenwicht te bereiken. Ik sluit niet uit dat het soms nodig is, maar de cijfers maken mij toch zeer ongerust, vandaar ook dat er op het terrein al maatregelen werden genomen. Wij zullen nu zien of het gebruik van medicatie vermindert.

13.04 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, ik ben zeer tevreden dat u de bekommernis deelt en dat er al initiatieven genomen zijn. Dat is zeer goed. Wij zullen de komende jaren de evolutie hiervan moeten nagaan.

Zoals u in uw antwoord stelde, zijn er wel gegevens beschikbaar maar moeten wij in detail de gevolgen en de resultaten van de in dit kader gevoerde acties opvolgen.

13.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij aan bij de bemerkingen van collega Somers. U hebt echter niet geantwoord op de vraag hoever u staat met de terugbetaling van de psychotherapie.

13.06 Minister Maggie De Block: Ik heb dat uitgebreid besproken in de toelichting. Wij moeten nu eerst de aanpassingen doen voor de omzetting van de wet-Muylle. Dan moeten de raden en dergelijke aan het werk en moeten de erkenningen gebeuren. De volgende stap is dan de terugbetaling.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

14 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de consultaties bij een diëtist voor diabetici type 2" (nr. 7979)

14 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les consultations auprès de diététiciens dans le cadre d'un diabète de type 2" (n° 7979)

14.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mijn vraag hierover is heel kort. Op dit moment krijgen diabetespatiënten twee consulten bij een diëtist, twee consulten bij een podoloog en vier consulten bij een diabeteseducator terugbetaald. De Diabetes Liga werkt aan een nieuw soort diabetespas. De liga wil overschakelen naar vier consulten die de patiënt vrij kan kiezen.

Ik maak me hier een beetje zorgen over. Het zou namelijk kunnen dat op die manier een aantal patiënten de consultatie bij de diëtist zou schrappen, wat absoluut geen goed idee zou zijn. Nederlandse en Amerikaanse diabetesverenigingen bevelen minstens vier consulten per jaar aan, zeker bij een diëtist, in het geval van diabetes type 2.

Mevrouw de minister, wat raadt u diabetici aan? Welk standpunt neemt u hierin in?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, u heeft uw vraag gesteld op een moment waarop u misschien nog niet wist dat dit ook bij het Medicomut-overleg ter sprake kwam, waar we meer middelen hebben uitgetrokken voor patiënten met diabetes type 2. Ook voor patiënten met type 1, maar dan gaat het om meetapparatuur, modernere pompjes en allerlei nieuwe *devices*, die de nodige insulinedosis kunnen bepalen en ook de doses kunnen geven aan patiënten.

Voor patiënten met diabetes type 2 is geld uitgetrokken om een voortraject op te stellen. In dat voortraject wordt vanaf begin 2016 de diabetespas opgenomen. De toegang tot diëtetiek en podologie blijft ongewijzigd in de beginfase, dus zoals het vroeger was. Het voortraject is echt *patient-centered*: de huisarts bepaalt samen met de patiënt de doelstellingen waaraan moet worden voldaan. Als het dus gaat om een patiënt die blijvend moet worden bijgestuurd inzake zijn dieet, wat natuurlijk vaak voorkomt, dan zal hij meer moeten gaan. Is het iemand die heel veel voetproblemen heeft, dan zal hij meer naar de podoloog moeten gaan.

Over dit model en de flexibiliteit ervan – werkelijk *à la tête du client* – wordt nog overlegd binnen de organen van het RIZIV. Ik denk echter dat het belangrijk is dat we nu middelen vrijgemaakt hebben voor dat voortraject, om en bij de 10 miljoen euro als ik me niet vergis. Het gaat namelijk om een grote groep mensen: in ons land is van een half miljoen mensen geweten dat ze diabetes type 2 hebben.

De groep die zich in de voorafgaande fases bevindt, is natuurlijk ook groot. Gisteren pas werd dat op het verzekeringscomité goedgekeurd. Binnen de diensten kan dat nu verder uitgewerkt worden. Ik stel voor dat u over de uitwerking ervan eens een vervolgvraag stelt. Het is vers van de pers, want het verzekeringscomité is gisteren nog maar samengekomen. Daar werd beslist om het voortraject voor diabetes, dus de prediabetes, ook te financieren. Daarin is ook de diabetespas opgenomen. Alles wat daarin staat, wordt meegenomen, en de opvolging van de patiënten zal in een breed traject mogelijk zijn. Dat lijkt mij wel goed, want de mensen zullen sneller gedetecteerd en opgevolgd kunnen worden. Op termijn zal dat het aantal complicaties dat na jaren optreedt, naar beneden moeten kunnen halen of toch minstens een aantal jaren kunnen uitstellen.

14.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dat is zeker een grote stap voorwaarts. Dank u.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

15 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het advies van de Hoge Gezondheidsraad over dioxines" (nr. 7990)
- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het antwoord van de Hoge Gezondheidsraad en van het wetenschappelijk comité van het FAVV op de brief van de ministers betreffende 'de potentiële effecten van de dioxinecrisis'" (nr. 8065)

15 **Questions jointes de**

- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avis du Conseil Supérieur de la Santé au sujet des dioxines" (n° 7990)**
- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réponse du Conseil Supérieur de la Santé et du comité scientifique de l'AFSCA à la lettre des ministres concernant 'les effets potentiels de la crise de la dioxine'" (n° 8065)**

15.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, eind april vorig jaar stelde ik u een vraag over de giftige stoffen in de voedselketen naar aanleiding van een studie van professor Van Larebeke en de gevolgen van dioxines. Daar was toen wel wat rond te doen, want niet iedereen zat op dezelfde lijn.

Een nieuw element is het advies van de Hoge Gezondheidsraad die deze studie mee opneemt. In dat advies gaat het over mogelijke verbanden die nader moeten worden onderzocht. Het gaat over de relatie tussen dioxines en kankerverwekkende aspecten. Daarnaast gaat het ook over dioxines, en dat is nieuw, als hormoonverstorende stoffen met een verhoogd risico op kanker, diabetes, obesitas en onvruchtbaarheid.

Mijn fractie heeft zelf een wetsvoorstel en een resolutie ingediend over de impact van hormoonverstorende stoffen op onze gezondheid.

Mevrouw de minister, welke initiatieven kunt u op dit moment over hormoonverstoorders nemen? Zult u nog bijkomende initiatieven nemen zoals de Hoge Gezondheidsraad suggereert? Welke maatregelen neemt u

om extra kankergevallen ten gevolge van milieuverontreiniging te voorkomen? Zult u ingaan op de interessante aanbevelingen in het rapport van de Hoge Gezondheidsraad?

15.02 Minister **Maggie De Block**: De Hoge Gezondheidsraad heeft inderdaad samen met het Wetenschappelijk Comité van het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen geconcludeerd dat de alarmerende berichten die in april in de media verschenen over de gezondheidseffecten te wijten aan de dioxinecrisis van 1999 geen solide wetenschappelijke basis hebben.

Het was trouwens dezelfde auteur van de alarmerende berichten in 1999 die nu langs een ander kanaal iedereen de gordijnen injoeg.

Tegelijkertijd herinnert de Hoge Gezondheidsraad eraan dat de blootstelling aan hoge gehalten dioxines het risico van bepaalde kankers doet toenemen en dat bepaalde dioxines momenteel ook als hormoonverstorend worden beschouwd.

Er wordt heel wat ondernomen om de blootstelling aan dioxines en aan kankerverwekkende en hormoonverstorende stoffen in te perken, maar er zijn daarbij verschillende bevoegdheidsniveaus en ministers betrokken.

Zo is het voorkomen van milieuverontreiniging een van de opdrachten van de minister van Leefmilieu en haar collega's van de gewestregeringen. De verantwoordelijkheid voor kankerpreventie en het sensibiliseren van de bevolking berust dan weer bij de deelstaten.

Het beleid rond de hormoonverstoorders behoort op federaal niveau tot de bevoegdheid van de ministers van Leefmilieu en Volksgezondheid, maar ook tot die van de ministers van Landbouw waar het de voedselveiligheid betreft.

Het gaat hier om een complex dossier waarover ook op Europees niveau al langer discussie bestaat. Zo is er bijvoorbeeld voor het ogenblik geen overeenstemming over de definitie van wat een hormoonverstoorder is.

Ons land stelt zich ook hier actief op. Zo zijn we vertegenwoordigd in de Deskundigengroep Hormoonontregelende Stoffen van het Europees Agentschap voor chemische stoffen, die wetenschappelijk advies geeft over de aard van hormoonontregeling van chemische stoffen die in het kader van de Europese Verordening REACH Biocides worden geanalyseerd. Stoffen kunnen dus al geval per geval worden geïdentificeerd als hormoonontregelend.

Ook op het vlak van de voedselveiligheid zijn op Europees niveau maximumgehalten voor contaminanten in voeding en dierenvoeding vastgesteld voor stoffen die werden geïdentificeerd als kankerverwekkend en zorgwekkend voor de blootstelling via voeding.

Zo zijn er Europese maximumgehalten voor dioxines en pcb's, polycyclische aromatische koolwaterstoffen - PAK -, cadmium, enzovoort. Ook bestaan er voor dioxines en pcb's actielimieten die lager liggen dan de maximumgehalten en die bij overschrijding aanleiding geven tot onderzoeken naar mogelijke bronnen in het milieu.

De gehalten aan deze stoffen in de voeding worden dan ook gecontroleerd door het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen. U weet dat dit een van de zaken is die zijn voortgevloeid uit de Dioxinecommissie die in 1999 in deze Kamer werd gestart en waarin mevrouw Gerken ook zetelde. Het FAVV staat ook onder de voogdij van mijn collega bevoegd voor Landbouw.

De administraties trachten daarin een actieve rol te spelen. Ik denk dat wij na de dioxinecrisis een heel goed systeem hebben opgezet. Die hormoonverstoorders waren toen echter nog niet zo gekend en op dat vlak moet ook op Europees niveau nog een en ander uitgeklaard worden, namelijk wat de definitie is van een hormoonverstoorder en vanaf wanneer men kan zeggen dat het een hormoonverstorende stof is. Er wordt daaraan verder gewerkt.

Wij moeten vooral alert zijn en onze controles moeten blijven plaatsvinden. Als er iets vastgesteld wordt, wordt ook gezocht waar die stof zit en hoe die in de voedselketen terechtkomt, de retraceerbaarheid is dus ook geregeld. Het is echter nodig dat wij alert blijven, ook voor nieuwe stoffen, wij hebben het allemaal geleerd met de dioxine en de pcb's, maar er kunnen nu ook nieuwe stoffen zijn, waarvoor dezelfde

retraceerbaarheid moet worden opgesteld.

15.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik noteer alvast dat u het advies van de Hoge Gezondheidsraad bevestigt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "euthanasie bij psychisch lijden en de tekorten in onze geestelijke gezondheidszorg" (nr. 7994)

16 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'euthanasie dans le cadre d'une souffrance psychique et les lacunes de nos soins de santé mentale" (n° 7994)

16.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dit is een vraag over een heel ander onderwerp.

Naar mijn mening mogen wij als politici geen waardeoordeel vellen over de manier waarop mensen die in een uitzichtloze situatie verkeren, willen sterven, met of zonder inmenging van anderen en met of zonder levensverkortende ingrepen. Ik deel de mening dus niet van de 65 professoren die hebben opgeroepen om euthanasie wegens ondraaglijk psychisch lijden uit de wet te halen. Onze Belgische euthanasiewet wordt door onze buurlanden benijd. Voorlopig hoeven wij daaraan dus niets te veranderen. Wij hebben de opdracht om een duidelijk wetgevend kader te bieden aan zorgverstrekkers en aan burgers en patiënten.

Op dit moment faalt niet de euthanasiewet, maar wel het gebrek aan aanklappende, aangepaste langdurige zorg voor die mensen. Daar moeten wij op inzetten. Zowel u als ik kennen de zeer schrijnende verhalen vanuit de zorgpraktijk.

Mevrouw de minister, mijn vragen zijn de volgende.

Hoe komt het volgens u dat er voor sommige patiënten met een ongeneeslijke psychische aandoening, na jaren behandeld te zijn geweest, toch geen geschikte zorg meer voorhanden blijkt te zijn?

Op welke manier kunnen wij het ondraaglijk psychisch lijden eerder voorkomen, zodat de vraag naar euthanasie niet hoeft te worden gesteld?

Bent u het met mij eens dat een degelijke geestelijke gezondheidszorg met voldoende en specifiek opgeleide zorgverstrekkers en een correcte terugbetaling absoluut noodzakelijk en dringend is en dat wij dat ook in een nauwe multidisciplinaire samenwerking moeten doorvoeren?

16.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, ik denk dat het belangrijk is om ook de huisarts in de psychiatrische zorg te betrekken, voor zover de patiënten zich geregeld in de thuissituatie bevinden. Ook een lokaal netwerk met voldoende goedgeschoolde zorgverleners om die mensen te ondersteunen, kan daarbij van belang zijn.

Eveneens dient er aandacht te worden besteed aan de ontwikkeling van een intervisiecultuur en -structuur om de kwaliteit van de geleverde zorg te waarborgen.

Transmurale psychiatrische thuiszorg kan hiervoor een geschikt instrument zijn en via de artikel 107-netwerken en de Netwerken Kinderen en Jongeren zetten wij hierin belangrijke stappen.

Zorg op maat en laagdrempeligheid zijn inderdaad, samen met de ondersteuning van de eerste lijn en de geïntegreerde zorg, de steunpilaren van de huidige hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, die zich concretiseren in de uitrol van de netwerken. De hervormingen beogen een verbetering van de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en de kwaliteit ervan.

De geestelijke gezondheidszorg dient te steunen op voldoende en specifiek opgeleide zorgverstrekkers – het gaat dan ook om de kennis betreffende het levenseinde – die werken in een multidisciplinair en transmuraal kader. Zowel de eerste als de tweede lijn zijn in een dergelijke aanpak noodzakelijk, want de risico's zijn te groot om dergelijke beslissingen in handen van één zorgverstrekker te laten. Hiertoe moeten passende overlegstructuren en gevalideerde evaluatie-instrumenten worden ontwikkeld. Deze vraag moet

voor advies worden voorgelegd aan de federale Evaluatiecel voor Palliatieve Zorg.

16.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik dank u voor uw antwoord, mevrouw de minister.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Question de M. Alain Mathot à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le budget alloué au secteur santé et à la mise en œuvre de l'if-ic" (n° 7995)

17 Vraag van de heer Alain Mathot aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het budget voor de sector van de gezondheidszorg en de toepassing van het if-ic-programma" (nr. 7995)

17.01 Alain Mathot (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous présente tout d'abord mes meilleurs vœux pour cette année 2016.

Dans le cadre de l'accord sectoriel, il nous revient qu'une enveloppe complémentaire de 50 millions d'euros aurait été octroyée au secteur privé pour la mise en œuvre du programme if-ic, un système de classification des fonctions spécifiques.

Madame la ministre, confirmez-vous cette information? Par ailleurs, il apparaît que, pour vraiment mettre en place et implémenter ce système au niveau privé, il faudrait 325 millions d'euros. Dès lors, ces 50 millions d'euros ne semblent pas suffire. Par ailleurs, je suis bien content pour le secteur privé mais qu'en sera-t-il pour le secteur public? Une enveloppe complémentaire proportionnelle lui sera-t-il accordée? Si oui, à quelle hauteur? Si non, pourquoi?

17.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Mathot, je peux vous confirmer que ces 50 millions d'euros sont prévus dans l'accord médico-mutualiste et qu'il s'agit d'une mesure de mise en œuvre du mini-accord social de 2013 pour le secteur privé. Déjà en 2013, ces moyens avaient été demandés. La base du programme if-ic a été posée dans l'accord social 2000-2005. Ce n'est donc pas tombé du ciel! Les accords ultérieurs ont systématiquement fait référence à l'if-ic et à la nécessité de poursuivre les travaux au sein de cet organe.

Déjà en 2002, voici 14 ans, l'if-ic a lancé l'élaboration d'une classification des fonctions analytiques pour le secteur privé des soins de santé fédéraux. Le choix a été fait de travailler en deux phases. En premier lieu, le projet de classification a été lancé. La classification est un instrument qui permet d'analyser les différentes fonctions et de les répartir en classes. Ensuite, une structure barémique a été élaborée sur la base de cette classification.

Nous entamons maintenant le déploiement de cette structure barémique, ce qui a évidemment un coût très élevé. Vu l'ampleur des coûts, il a été opté pour un déploiement échelonné et ciblé des barèmes. Une collaboration très étroite aura lieu entre ma cellule stratégique, l'administration et le bureau de l'if-ic pour mettre en œuvre les barèmes. De cette manière, nous pourrions veiller à ce que le budget disponible soit affecté conformément aux accords.

Les accords sociaux concernant le secteur public ne mentionnent nulle part la classification de fonctions, ou if-ic. J'ajouterais qu'à ce jour, le secteur public n'a pas encore adopté de position commune pour entamer des recherches en matière de barèmes, alors qu'il s'agissait d'une demande prioritaire du secteur privé pendant des années.

C'est la première étape de tout le processus de déploiement éventuel d'une structure barémique. Il est donc prématuré de réfléchir à l'octroi d'un budget de déploiement.

17.03 Alain Mathot (PS): Je vous remercie pour votre réponse, pour l'historique, pour l'explication de la classification. Hormis le fait que vous allez travailler en collaboration étroite avec le secteur privé afin de mettre en place l'if-ic, je regrette que vous n'ayez rien dit en ce qui concerne l'octroi du solde, c'est-à-dire 275 millions si ma calculatrice est exacte, pour réaliser celui-ci.

Deuxièmement, vous dites qu'il n'y a pas de demande en ce qui concerne l'accord social au niveau public pour la mise en place d'une norme if-ic. Ne devrait-on quand même pas y réfléchir pour avoir les mêmes statuts et le même schéma au niveau public. Ce serait peut-être une piste d'économie intéressante pour les

soins de santé.

17.04 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas moi qui dois le demander! Dans le cadre de la concertation sociale, des négociations avec les syndicats, on a demandé aux syndicats du secteur public quelles étaient leurs priorités et on l'a demandé au secteur privé également. Les uns ont dit qu'il s'agissait de l'if-ic. On a alors fixé un montant de 50 millions dans l'accord médico-mutualiste, c'est-à-dire 50 millions pour une période de deux ans.

On en a parlé avec le secteur public aussi. Premièrement, ce n'était pas une priorité pour lui. Deuxièmement, il n'y a pas de consensus sur l'orientation à prendre. Je suis néanmoins tout à fait ouverte pour parler avec tous les syndicats de n'importe quelle priorité. C'est à eux de fixer leurs priorités.

17.05 Alain Mathot (PS): Je ne parle pas de priorités, je vous dis que cela pourrait être un projet intéressant. Je veux bien qu'on se revoie pour discuter de l'ensemble des hôpitaux liégeois dans le sens d'une harmonisation. Si vous êtes prête à ouvrir les cordons de la bourse, je vous soumettrai un projet!

17.06 Maggie De Block, ministre: Nous allons faire un grand exercice non seulement sur les barèmes mais aussi sur les conditions de travail. Cela pourrait éviter beaucoup de problèmes. Mais quand je vois combien d'années cela peut prendre, ce sera peut-être pour mes petits-enfants. Mais nous allons y arriver!

17.07 Alain Mathot (PS): Je vais introduire un dossier pour les hôpitaux publics liégeois.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

18 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de heupprothesen" (nr. 7998)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kwaliteitsverschillen tussen ziekenhuizen op het stuk van operaties voor het plaatsen van een heupprothese" (nr. 8063)

18 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les prothèses de la hanche" (n° 7998)
- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les disparités entre hôpitaux sur la qualité des opérations de prothèses de hanche" (n° 8063)

Le **président**: Mme Jadin n'est pas présente.

18.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik ga het kort houden gezien het tijdstip en de vele vragen die nog volgen. Tot onze grote verbazing heeft de studie van de Christelijke Mutualiteiten over de plaatsing vanaf 1990 van 85 000 heupprothesen een immens kwaliteitsverschil tussen de verschillende ziekenhuizen naar voren gebracht. Ik geef enkele verschillen mee. De kans op revisie is in het ene ziekenhuis driemaal hoger dan in het andere. De kans op een bloedtransfusie gaat van 17 % tot 56 %, het aantal verpleegdagen van 5 tot 24 dagen. In het ene ziekenhuis is de kans dat men op intensieve zorg terechtkomt 8 % tegenover 82 % in een ander ziekenhuis. De prijs kan bij het ene ziekenhuis tot vijf keer hoger zijn dan bij het andere.

Mevrouw de minister, een van de voorstellen die het ziekenfonds doet, is om te werken met een forfaitsysteem, een idee dat ook vorm krijgt in de nieuwe ziekenhuisfinanciering. U bent ongetwijfeld op de hoogte van de studie, aangezien ze u werd bezorgd. Zult u daarmee iets doen in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering?

18.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Muylle, de studie van de CM stelde voor bepaalde parameters inderdaad grote verschillen vast tussen ziekenhuizen. Wat ik echter wel mis, is een onderbouw, de manier waarop men de verschillen verantwoordt. Wat zijn de onderliggende redenen voor de vastgestelde verschillen? Is bijvoorbeeld de *case mix* van al de ziekenhuizen dezelfde? Als men een ziekenhuis heeft dat gespecialiseerd is in heupprothesen, dan zal men daar natuurlijk andere cijfers hebben inzake herval dan in een ander ziekenhuis. Hoe zit het met de omkadering? Is er een link met het operationeel team, het

orthopedisch team, of is er een link met de gebruikte protheses? De *squeaking hips* waren immers goed geplaatst, maar het prothesemateriaal begon redelijk vlug metaalmoeheid te vertonen. Het cijfermateriaal ter beschikking stellen en transparantie creëren is op zichzelf een goede zaak, maar er moet toch ook een ondersteunende verklaring zijn voor de vaststellingen.

Desalniettemin zien we dat de CM verder gaat en voorstelt om in een vast bedrag te voorzien voor de plaatsing van een heupprothese.

In mijn plan van aanpak voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering heb ik inderdaad het voorstel gedaan om voor de clusters laagvariabele zorg te werken met een uniforme en vaste financiering per ziekenhuisopname. Het gaat bijvoorbeeld om het plaatsen van een heupprothese bij een patiënt zonder comorbiditeit, in redelijk goede omstandigheden, wat nu steeds vaker voorkomt. Men plaatst die ook steeds vroeger.

Wij hebben wel duidelijk gezegd dat het alleen de laagvariabele zorg betreft. Vandaar moet voor een heupprothese eerst geanalyseerd worden of de nodige zorg voldoende gestandaardiseerd is voor de betrokken patiëntengroep. Welke subgroepen van heupprothesepatiënten zijn voldoende homogeen? Dat is namelijk een eerste, noodzakelijke voorwaarde om te werken met een uniforme financiering, zonder dat men het risico creëert dat de meest complexe patiënten uitgesloten zouden worden. Ik voorzie daarvoor bovendien in een gefaseerde aanpak.

In eerste instantie willen wij identificeren hoeveel het budget van financiële middelen, BFM, momenteel bijdraagt tot elke opname voor een heupprothese. De studie die het BFM moet ontrafelen, volgens de verschillende pathologiegroepen, loopt momenteel. In tweede instantie wil ik ook de dagziekenhuisfinanciering, indien relevant, daarbij integreren, net als de financiering voor geneesmiddelen per ziekenhuisopname. Specifiek voor de protheses was er ook een vraag over de kostprijs van de implantaten, namelijk of die voldoende gehomogeniseerd kan worden, zonder verlies van kwaliteit of comfort voor de patiënt. Zoals aangegeven in mijn plan van aanpak wil ik op termijn ten slotte ook nagaan of het deel van de vergoeding voor de praktijkkosten, dat ingebed zit in de honorariafinanciering, afgezonderd zou kunnen worden voor de vergoeding van de professionele input van de betrokken artsen. Het betreft de chirurg-anesthesist, diagnostische disciplines en desgevallend ook fysiotherapeuten die bij de revalidatie betrokken zijn.

Op het vlak van ereloonsupplementen is het regeerakkoord heel duidelijk: wij gaan voor de afschaffing van de mogelijkheid om supplementen aan te rekenen in de twee- en meerpersoonskamers, alsook in de twee- en meerpersoonskamers voor daghospitalisatie. Dat punt is als eerste uitgevoerd.

Het dossier van de ereloonsupplementen is er trouwens een met veel andere aspecten, die allemaal samen moeten worden aangepakt. Het plan van aanpak inzake de ziekenhuisfinanciering en de werf van herijking van de nomenclatuur moeten eerst voor bijsturing zorgen op financieel vlak. Het zou gevaarlijk zijn voorafnames te doen en al te gaan voor een verdere inperking van de ereloonsupplementen.

In het nieuwe akkoord artsen-ziekenfondsen 2016-2017 werden wel bepalingen opgenomen in dezelfde zin, waarmee de partners zich ertoe hebben geëngageerd om tijdens de duur van het akkoord een grondige analyse te maken van de problematiek van de ereloonsupplementen. Het RIZIV onderzoekt die momenteel. Er blijken, ook naar aanleiding van de warme-borstreconstructies, enorme verschillen te bestaan in ereloonsupplementen tussen ziekenhuizen. Dat gaat van 100 % over 400 % tot 900 %. Er bestaat daar een enorme wirwar en een scheefgroei van die ereloonsupplementen. Dat bleek ook uit de analyse van de CM: vooral de stijging van de persoonlijke bijdrage zat in die ereloonsupplementen.

De studie van het kenniscentrum wordt in twee delen opgesplitst. Het eerste deel gaat over het zorglandschap zelf, de netwerken, de behoefteraming en de types ziekenhuizen. Dat zal vermoedelijk in het voorjaar afgerond worden. Het tweede deel zal gaan over de instrumenten om dat landschap te realiseren, dat wil onder andere zeggen programmatie en financiering. Dat tijdspad is uitgezet voor de eerste helft van 2017. De methodologie ligt vast. Wij werken met *milestones* en zitten op schema.

Toch is een en ander wel verontrustend en daarom werd dit opgenomen in het akkoord artsen-ziekenfondsen: wij willen vermijden dat met al dat degelijke voorbereidende werk op het terrein, ondertussen de supplementen zouden ontploffen. Dat is ook mijn bezorgdheid na de cijfers die door de CM werden verstrekt.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

19 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de regionale ziekenhuisnetwerken" (nr. 8007)

19 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réseaux hospitaliers régionaux" (n° 8007)

19.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, op deze vraag over de organisatie van het zorglandschap hebt u reeds deels geantwoord. Collega's, wij hebben tijdens de kerstvakantie allemaal een brochure in de bus gekregen van Zorgnet-Icuro, waarin men met een nieuw concept komt voor de opbouw van regionale ziekenhuisnetwerken.

Men heeft een voorstel gemaakt waar men vanuit geografisch perspectief zegt dat elke burger gelijke toegang moet hebben tot kwaliteitsvolle zorg, om zo de zorg zo doelmatig en kostenefficiënt mogelijk te gaan organiseren. Volgens het voorstel zou men binnen het halfuur rijden terecht moeten kunnen in een ziekenhuis dat volledig uitgerust is voor een bepaalde behandeling. Men heeft 14 zorggebieden afgebakend, waar men op basis van regionale ziekenhuisnetwerken de zorg gaat organiseren en het aanbod op mekaar gaat afstemmen. Dit geldt ook voor hooggespecialiseerde zorg, waar de studie zegt dat men moet samenwerken over die 14 zorggebieden heen, om zo ook tot voldoende kwaliteit te komen.

De grote voordelen die men ziet, en die ook in de oefening zitten die u aan het maken bent, is dat men in het kader van die netwerken tot efficiëntiewinsten kan komen en ook op het vlak van medische expertise duidelijke voordelen kan boeken.

U verwees daarnet naar de KCE-studie over heroriëntering. U zei dat wij daarvan de eerste resultaten in het voorjaar van 2016 mogen verwachten. Zorgnet-Icuro maakte een goede oefening. Op welke manier gaat u die studie, die reeds voor een stukje een voorafname doet op hetgeen het KCE zal brengen in het voorjaar, mee integreren? Het blijft natuurlijk een van uw belangrijke partners, in het kader van ziekenhuisfinanciering en de hervorming van het landschap, op welke manier gaat u deze oefening meenemen in het verhaal?

19.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Muylle, er beweegt heel wat op het terrein. Ik heb bij mijn aantreden aangegeven dat wij in een nieuw ziekenhuislandschap wakker zouden worden. Daar werken ze goed aan.

Wij lezen geregeld over het ontstaan van nieuwe samenwerkingen en netwerken tussen ziekenhuizen in het hele land. Die klinische netwerkvorming heeft een minimaal kader nodig opdat volop op samenwerking en takenafspraken kan worden ingezet en aldus een efficiëntere inzet van de beschikbare menselijke en financiële middelen kan worden gerealiseerd.

Ook Zorgnet-Icuro heeft een heel waardevolle insteek gegeven. De instelling heeft zelf de analyse voor een dergelijk kader gemaakt. Het is nu belangrijk dat ook andere stakeholders hun visie delen.

Haar netwerkidee is vooral geografisch geïnspireerd. Zorgnet-Icuro gaat uit van vaste netwerken tussen de ziekenhuizen van een bepaalde regio, die samen alle zorg kunnen aanbieden, met slechts een uitzondering voor zeldzame aandoeningen, die in een supraregionaal netwerk passen.

Als juridische omkadering kiest de organisatie voor het bestaande concept van de groepering.

Zij maakt dus een aantal duidelijke keuzes. Het is belangrijk na te gaan of er een duidelijk draagvlak bestaat voor de keuzes die zij maakt. Met andere woorden, het concept moet op het terrein worden afgetoetst.

Bovendien wensen wij ook duidelijk een wetenschappelijke onderbouw aan het netwerkconcept te geven.

U verwijst daarvoor terecht naar de KCE-studie, waarvan ik de resultaten op dat vlak begin juni 2017 zal krijgen. Bovendien loopt nog een studie over de *governance* van netwerken. De oplevering van die studie is tegen eind 2016 gepland.

Uiteraard is er ook overleg met de deelstaten over de materie. Dat gebeurt natuurlijk rechtstreeks met alle

kabinetten, maar ook via de Interministeriële Conferentie.

Het is mijn persoonlijke mening dat het waardevol is, om, wanneer wij van de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt uitgaan, zeker een grote regionale component te hebben. Dat is wat de tijd wordt genoemd die nodig is om zich van thuis naar het ziekenhuis te begeven. Wij gaan niet opleggen om van een bepaalde plaats naar een bepaald ziekenhuis te gaan. Ik ga niet van hier naar Hoogstraten naar het ziekenhuis.

Het is wel belangrijk dat dit niet de enige component is. Wij moeten ook begrip hebben voor de keuzevrijheid van de patiënt. Er zijn patiënten die een band hebben met iemand. Als dat hun eigen keuze is, kan men ze niet verbieden naar een ander ziekenhuis te gaan. Maar wat de ziekenhuizen voor basiszorg betreft, dichtbij de patiënt, meen ik dat men er terecht van uitgaat dat er een regionale samenwerking is. De meeste netwerken zijn trouwens samengesteld uit ziekenhuizen die zich dicht bij elkaar bevinden. Niet altijd echter.

U weet dat het ziekenhuislandschap in ons land niet overal hetzelfde is. In Brussel zijn er ziekenhuizen die een kilometer of minder van elkaar verwijderd zijn. Dat is niet het geval in Luxemburg, en in West-Vlaanderen ook niet, meen ik. In Aalst bijvoorbeeld bevinden de ziekenhuizen zich dicht bij elkaar, maar dit maakt het nog niet gemakkelijker om tot samenwerking te komen.

19.03 Nathalie Muylle (CD&V): In West-Vlaanderen hebben wij de oefening gemaakt met de ziekenhuisdirecties. Zo konden wij een drietal regio's afbakenen. Binnen het halfuur kan men vanuit 80 % van de gemeenten elk van die regio's bereiken via het wegnnet. Ik ben het dus volledig met u eens. Wij hebben geen steden met een verkeersinfarct. Er is een vlotte bereikbaarheid. Ik ben het dus met u eens dat de geografische component niet de enige component hoeft te zijn.

Op het terrein beweegt heel wat, daarover ben ik het ook met u eens. Wij zien dat in Vlaanderen de erkenning van zorgprogramma's al gekoppeld wordt aan de samenwerking tussen ziekenhuizen. Ik meen dat er heel goede elementen in deze studie zitten, maar die zijn niet allemaal te nemen of te laten. U wacht terecht op wat het KCE zal zeggen.

19.04 Minister Maggie De Block: Het is een beetje complexer dan dat, omdat ons ziekenhuislandschap al gevormd is. Wij beginnen niet met een leeg blad. Wij beginnen met een bestaande situatie. Op het terrein beweegt heel wat. Dat is goed. Dit moest bottom-up groeien, en dat gebeurt inderdaad. Er is nog nooit zoveel beweging geweest op het terrein als nu.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

20 Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de coördinatie van B-FAST door het diensthoofd Crisisbeheer van Volksgezondheid" (nr. 8028)

20 Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la coordination de B-FAST par le chef de service Gestion de crise de la Santé publique" (n° 8028)

20.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn twee vragen over B-FAST werden aanvankelijk samengevoegd, maar ik stelde ze toch liever apart omdat ze een zeer verschillende lading dekken.

Op donderdag 10 december kopten een aantal kranten dat de audit van B-FAST brandhout maakte van deze organisatie. Verschillende media kregen namelijk inzage in het intern auditrapport over het Belgische interventieteam, dat opgemaakt werd in opdracht van de FOD Buitenlandse Zaken. Dit gebeurde naar aanleiding van het debacle in Nepal, waar B-FAST blijkbaar weinig hulp kon bieden.

Volgens de kranten "toont de audit duidelijk aan dat B-FAST als organisatie en interdepartementaal samenwerkingsplatform zelf in crisis is. De audit somt een lange reeks belangrijke zwaktes op en spreekt van ondoorzichtige besluitvorming, gebrekkige samenwerking en spanningen tussen individuen die een goede werking belemmeren".

Ik moet het u niet uitleggen, B-FAST is een interdepartementaal samenwerkingsverband tussen departementen bevoegd voor Buitenlandse Zaken, Defensie, Binnenlandse Zaken, Begroting en Ontwikkelingssamenwerking en ook Volksgezondheid, uw departement dus. Het dagelijks beheer of het secretariaat van B-FAST is formeel ingebed in de structuur van de FOD Buitenlandse Zaken. De coördinatie

van het snelle interventieteam ter plaatse gebeurt echter door het diensthoofd Crisisbeheer of Rampenmanagement, dat onder het departement van Volksgezondheid ressorteert. De meeste externe communicatie over operaties van B-FAST wordt bovendien ook gevoerd bij monde van het diensthoofd Crisisbeheer.

Daarnaast is de afdeling Crisisbeheer ook bevoegd voor ondersteuning van de dringende geneeskundige hulpverlening bij binnenlandse rampen, geboden door het Rode Kruis. Deze binnenlandse rampenbestrijding kwam onlangs nog in een slecht daglicht, toen de inhoud van onze binnenlandse rampenkoffers ontoereikend en vervallen bleek. Als antwoord op een eerdere vraag van mijn collega Valerie Van Peel tijdens de budgetbesprekingen, zei u dat de grote problemen met die rampenkoffers ondertussen zijn opgelost en dat ook het nodige budget werd vrijgemaakt.

Daarom nog even de volgende vragen.

Hebt u als minister van Volksgezondheid ook kennis genomen van het genoemde auditrapport met betrekking tot B-FAST? Zo ja, wat waren uw eerste bevindingen?

Klopt het dat het diensthoofd Crisisbeheer ingebed is in uw departement Volksgezondheid? Welke taken heeft het diensthoofd Crisisbeheer concreet binnen het departement Volksgezondheid? Welke taken heeft het diensthoofd Crisisbeheer concreet binnen het kader van B-FAST?

Zijn de nodige budgettaire middelen ondertussen vrijgemaakt en overgedragen aan het Rode Kruis, zodat het Rode Kruis de rampenkoffers opnieuw in orde kan maken? Over hoeveel middelen gaat het precies?

20.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Hufkens, ik heb al geantwoord op de vraag over de rampenkoffers. Het budget was er, maar werd te laat aan het Rode Kruis bezorgd. De koffers die regelmatig worden gebruikt en zijn ingeschakeld bij interventiediensten, worden natuurlijk altijd aangevuld. Er is echter ook een aantal koffers die zagezegd staat te wachten op een ramp. Zij moeten natuurlijk om de zoveel tijd worden nagezien, zodat de oude zaken worden vervangen door nieuwe. Zij worden immers ondertussen niet gebruikt. Zij staan daar maar te staan. Omdat het Rode Kruis de middelen niet snel genoeg had gekregen – slechts in december, bij manier van spreken – moest het wachten om de koffers te vernieuwen. Dat heeft al twee jaar op rij als gevolg dat er problemen waren.

Dat is nu opgelost door een andere, vluggere manier van financiering. Ik heb al gezegd dat die problemen daardoor van de baan zijn, maar het is terecht dat de vraag wordt gesteld.

Het auditrapport over B-FAST in opdracht van de minister van Buitenlandse Zaken, werd ter evaluatie en voor nuttig gevolg overhandigd aan de coördinatieraad van B-FAST. Het resultaat van de audit is wat men mag verwachten van een audit, namelijk een kritische analyse van het proces waarbij zowel positieve als negatieve elementen worden geïdentificeerd en waarmee verder aan de slag kan worden gegaan. Hoewel er een bijzondere focus is op de werkpunten, zijn er door de externe auditeur ook positieve punten aangehaald binnen de werking van B-FAST. Het auditrapport legt dus de positieve en negatieve – anders zou het geen audit zijn – punten op tafel en kijkt waar er ruimte voor verbetering is.

Het auditrapport vormt samen met enkele andere verslagen de basis voor een interne evaluatie van de organisatie. De coördinatieraad buigt zich nu over de verschillende bronnen en onderzoekt waar de organisatie kan en moet worden verbeterd. Aangezien de oefening eigenlijk pas onlangs is ingezet, is het te vroeg om conclusies neer te leggen. Pas op de Ministerraad van 18 december heeft de minister van Buitenlandse Zaken een nota neergelegd waarin alle meerderheidspartijen het bestaansrecht en het multidisciplinair karakter van B-FAST onderschrijven. Die nota moet nog verder worden besproken.

Zoals voorzien in het koninklijk besluit tot vaststelling van het noodplan voor de crisisgebeurtenissen en -situaties die een coördinatie of een beheer op nationaal niveau vereisen, werd in elke federale overheidsdienst een cel voor crisiscoördinatie opgericht en belast met de coördinatie inzake noodplanning en crisisbeheer binnen de bevoegdheden van elke respectievelijke federale overheidsdienst.

Binnen de FOD Volksgezondheid werd deze crisiscel beheerd door de dienst Rampenmanagement, op zijn beurt ondergebracht bij de voorzitter van de FOD Volksgezondheid. De dienst Rampenmanagement is verantwoordelijk voor de operationele werking van de crisiscel; de voorbereiding, opvolging en coördinatie van de opdrachten in het kader van nationale noodplannen die betrekking hebben op de bevoegdheden van

de FOD Volksgezondheid; de organisatie van opleiding, training en oefeningen met het oog op een kwalitatieve staat van paraatheid. De dienst treedt ook op als verbindingsofficier voor Volksgezondheid met het crisiscentrum van de regering.

Verder vertegenwoordigt de dienst Rampenmanagement de FOD Volksgezondheid in de interdepartementale organisatie B-FAST. Zo woont het diensthoofd of een medewerker de vergaderingen bij van het planningscomité ter voorbereiding van de coördinatie-raden. Daarnaast neemt de dienst deel aan de voorbereidende werkgroepen en opleidingen en is hij verantwoordelijk voor de operationele en logistieke aspecten van de modules onder de bevoegdheid van het departement Volksgezondheid.

Naar analogie van de werking van andere betrokken departementen binnen B-FAST neemt de dienst Rampenmanagement de organisatorische leiding bij een ontplooiing van zijn modules.

Wat de rampenkoffers betreft, gaat het om een bedrag van ongeveer 60 000 euro dat het Rode Kruis krijgt voor het beheer ervan.

Voor het overige heb ik u de uitleg gegeven.

20.03 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het antwoord over de rampenkoffers is duidelijk. Er was verwarring omdat Het Rode Kruis in december op die bijwerking aan het wachten was.

Met betrekking tot de audit kan ik bevestigen dat er zeker ook positieve punten in staan. B-FAST heeft zijn verdienste. Er zijn heel wat vrijwilligers die daaraan bijdragen. Dat is dus absoluut belangrijk.

Wij kunnen echter niet ontkennen dat er in de organisatie van B-FAST een en ander mis loopt. Dat staat ook in de audit. Ik denk dat wij daarvoor waakzaam moeten zijn.

U hebt de taken van het diensthoofd Crisisbeheer opgesomd. Het gaat vooral over voorbereidende werken en de organisatorische leiding. Ik ben blij dat u dit even concreet hebt gemaakt, want uit diverse bronnen, zoals LinkedIn, blijkt dat het diensthoofd Crisisbeheer zich soms onder de bevoegdheid van Buitenlandse Zaken schaaft en dan weer onder de bevoegdheid van Volksgezondheid. Het is allemaal niet zo duidelijk.

Het is belangrijk dat u daarin een statement met betrekking tot het takenpakket maakt en dat concreet afbakt.

20.04 Minister Maggie De Block: Het is een interdepartementale bevoegdheid. Als het gaat om een ramp in Nepal, is het duidelijk Buitenlandse Zaken de leiding neemt. Het was ook zo afgesproken dat de communicatie over die ramp door Buitenlandse Zaken zou gebeuren. Als het gaat om een ramp in België, denk maar aan de Herald of Free Enterprise, dan gaat het om een binnenlands probleem en is het een probleem van Volksgezondheid.

Het is een interdepartementale cel en ad hoc wordt in de vergadering beslist wie de communicatie doet en welke minister de leiding neemt. Voor Nepal was dat de minister van Buitenlandse Zaken.

20.05 Renate Hufkens (N-VA): Ik ben het met u eens, mevrouw de minister, dat er een verschil tussen binnenlandse en buitenlandse rampen is. Als wij echter naar de communicatie kijken, valt het diensthoofd Crisisbeheer onder Volksgezondheid. Als wij kijken naar de communicatie inzake buitenlandse rampenbestrijding, die eigenlijk onder Buitenlandse Zaken valt, gebeurt die vaak door het diensthoofd die onder Volksgezondheid valt.

20.06 Minister Maggie De Block: Neen, dat is niet waar. Dat staat ook in de verslagen. U moet weten dat van elke vergadering ook een verslag wordt gemaakt. Wat gaan we sturen? Wanneer gaan we dat sturen? Sturen wij snuffelhonden of tenten? Dat wordt allemaal genoteerd in die vergaderingen, ook wie de communicatie en de leiding in de actie gaat nemen. Dat staat nauwkeurig in alle verslagen genoteerd. Iemand van mijn kabinet woont die vergaderingen ook bij, omdat mijn beleidscel ook moet weten wat daar wordt beslist.

Dat staat allemaal gedetailleerd in die verslagen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

21 Vraag van mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische hulpverlening door B-FAST" (nr. 8032)

21 Question de Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale apportée par B-FAST" (n° 8032)

21.01 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de voorzitter, het antwoord van de minister op mijn vorige vraag brengt mij naadloos tot deze vraag.

Mevrouw de minister, wij hadden het al over de audit en via deze vraag wil ik even specifiek terugkomen op de operatie in Nepal, waarbij er zich enkele moeilijkheden voordeden. Zo was er geen formele toestemming om te landen in Gaza en daarom werd besloten om eerst een afgeslankte verkenningsploeg te sturen. Uiteindelijk moest die ploeg, onder leiding van het diensthoofd Crisisbeheer, die onder Volksgezondheid ressorteert, echter vroegtijdig huiswaarts keren.

Er volgde een tweede vlucht. Het was de bedoeling om gewonde kinderen uit ziekenhuizen in Nepal op te halen en in Belgische ziekenhuizen onder te brengen.

21.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Hufkens, spreekt u over Nepal?

21.03 Renate Hufkens (N-VA): Ja. Nee, toch niet. Het gaat over Gaza. Ik was even verstrooid. Neemt u het mij niet kwalijk, mevrouw de minister.

21.04 Minister Maggie De Block: Ik meende al dat de gegevens die u aanhaalde, niet over Nepal, maar over Gaza gaan. Nepal ligt nu wel niet in de buurt van Gaza, voor zover mijn kennis van aardrijkskunde reikt! Ik kreeg al bijna een hartverlamming omdat ik uw vraag niet kon thuisbrengen.

21.05 Renate Hufkens (N-VA): Het gaat inderdaad over Gaza. Daarnet sprak u over de communicatie in Nepal en dat heeft mij in verwarring gebracht.

Deze vraag gaat dus over de operatie in Gaza, waar er geen toestemming was om te landen.

21.06 Minister Maggie De Block: Oké, nu zitten wij in dezelfde tijd en ruimte.

21.07 Renate Hufkens (N-VA): Er deden zich bij de operatie in Gaza heel wat moeilijkheden voor. Ik wil niet beweren dat de eerste operatie mislukt is, maar zij is wel zeer moeilijk verlopen en heeft niet de resultaten opgeleverd die aanvankelijk werden verwacht. Er werd een tweede vlucht gepland om alsnog meer kinderen uit Gaza te evacueren, maar die vlucht kon evenmin doorgaan wegens diplomatieke problemen met de Egyptische overheid.

Mevrouw de minister, ik stel die vragen aan u, omdat die actie werd geleid door het diensthoofd en het team Crisisbeheer dat onder Volksgezondheid ressorteert en daarom vermoed ik dat u er wel wat over weet.

Kunt u meer informatie geven over de exacte inhoud van deze operatie? Hoelang is de verkenningsploeg daar effectief aanwezig geweest? Wie nam er deel aan die verkenningsploeg? Wat waren de resultaten van die operatie?

Hoeveel kinderen werden er exact geëvacueerd en opgenomen in Belgische ziekenhuizen?

21.08 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Hufkens, ik heb de informatie moeten opvragen. Het betreft inderdaad een Belgische humanitaire actie uit 2009, die door een operatie van B-FAST werd ondersteund. Het betrof een evacuatie van gewonde minderjarigen getroffen door het oorlogsgeweld van de Israëlische militaire operatie Cast Lead.

Deze humanitaire actie werd toen op gezamenlijk voorstel van de toenmalige minister van Buitenlandse Zaken en de minister van Volksgezondheid, mevrouw Onkelinx, door de regering goedgekeurd. De

evacuatie van de minderjarigen gebeurde ook weer in nauw overleg tussen Volksgezondheid, Buitenlandse Zaken, het Belgisch consulaat-generaal in Jeruzalem, de Belgische ambassade in Tel Aviv en de Belgische ambassade in Caïro. U kunt zich inbeelden dat er op diplomatiek vlak een en ander aan de hand was.

De minderjarige slachtoffers werden onder de coördinatie en het toezicht van de Wereldgezondheidsorganisatie ter plaatse geselecteerd. Het betrof slachtoffers die nood hadden aan gespecialiseerde Belgische hulp, gelet op de aard en de complexiteit van hun verwondingen. Er werden zes kinderen met ernstige verwondingen overgebracht, geselecteerd door de WHO, en opgenomen in Belgische ziekenhuizen voor verdere behandeling. Een multidisciplinair team stond in zowel voor het stabiliseren van de slachtoffers als voor de opvang van de begeleiders. U weet dat als het gaat om de evacuatie van kinderen, er steeds een aantal begeleiders per kind hier wordt opgevangen en begeleid. Meestal zijn dat de ouders, maar soms ook andere familieleden, als er geen ouders meer zijn.

De FOD Volksgezondheid, in samenwerking met het RIZIV en met de betrokken ziekenhuizen, waaronder ook het Militair Ziekenhuis van Neder-over-Heembeek, was betrokken. De FOD Binnenlandse Zaken verzorgde vanuit zijn beleidsverantwoordelijkheid de administratieve verankering via de Dienst Vreemdelingenzaken. Het departement van Defensie verzorgde het transport door middel van een MEDEVAC-vlucht. De FOD Buitenlandse Zaken in samenwerking met de Internationale Organisatie voor Migratie stond in voor de humanitaire bijstand van de begeleiders en faciliteerde het terugkeerproces van de betrokken kinderen en hun familie na behandeling.

Het hoeft niet te worden vermeld dat de operatie complex doch uiterst geslaagd was, zowel op nationaal als op internationaal niveau. Dankzij de snelle inzetbaarheid van B-FAST en de inzet van alle betrokken partners was België immers het eerste Europese land dat erin is geslaagd gewonde kinderen uit Gaza op te vangen en hen de levensnoodzakelijke zorg te verstrekken. Het betrof meestal dringende zorg, waaronder brandwonden maar ook schotwonden.

Ik weet niet waar u uw informatie haalt. De rapporten ter zake zijn goed. U oppert dat een tweede vlucht er wegens diplomatieke problemen met de Egyptische overheid nooit is gekomen. In elk geval, vanuit het oogpunt van het aantal kinderen waarover men zich hier heeft ontfemd, is de operatie goed verlopen.

Ik weet niet wat u met die gegevens van 2009 van plan bent. Dat laat ik voor uw rekening.

21.09 Renate Hufkens (N-VA): Mevrouw de minister, laten we heel duidelijk zijn: elk kind dat ginds is gered, is absoluut een verdienste. Dat wil ik zeker niet ontkennen.

Zeggen dat een reddingsoperatie van zes kinderen in een dergelijk ruim conflictgebied megageslaagd was, ligt voor mij moeilijk.

21.10 Minister Maggie De Block: Het klopt nochtans.

De kinderen die aan ons werden toegewezen, waren geselecteerd door de WHO en werden ons toegewezen omwille van de aard van de verzorging die ze nodig hadden. De WHO gaat natuurlijk de kinderen die daar ter plekke kunnen worden verzorgd niet allemaal transporteren naar België. Ik weet niet welke redenering u in uw hoofd hebt, maar er waren waarschijnlijk veel lichtgewonde slachtoffers en de meeste heeft men daar ter plekke verzorgd. Het ging alleen om verwondingen waarvoor eigenlijk zeer gespecialiseerde hulp nodig is. Ik heb weet van andere operaties waarbij het soms om twee kinderen ging.

21.11 Renate Hufkens (N-VA): Absoluut, ik ga dat niet ontkennen. Ik heb het al gezegd, die zes kinderen, dat is absoluut een grote verdienste. Ik heb hier een mail die werd gestuurd naar de commissie voor de Landsverdediging, waarin wordt vermeld dat de betrokkenen die de leiding hadden over dat project van B-FAST het blijkbaar heel interessant vonden om piramides in Egypte te gaan bezoeken in plaats van kinderen te redden en die de kosten daarvan wilden laten dragen door...

21.12 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, ik meen niet dat we hier met deftig parlementair werk bezig zijn. Mevrouw Hufkens, u kunt zoveel mails citeren als u wil, maar als het gaat om insinuaties, noem dan man en paard. Zeg anders dat u bezig bent met een privéafrekening met een bepaalde persoon. Ik meen dat ik weet welke kant u uit wil, maar mails van 2009 of vroeger van Defensie kan ik niet retraceren.

Ik weet niet of dat volgens u uw goed werk is in de commissie voor de Volksgezondheid? Dat is uw goed

recht, u bepaalt de kwaliteit van uw werk in de commissie zelf. Ik hoop dat u tevreden bent met het antwoord van vandaag.

21.13 Renate Hufkens (N-VA): Ik vind het een beetje pijnlijk dat u mij begint te beschuldigen van persoonlijke afrekeningen. Dat is absoluut niet het geval. Er is een audit van B-FAST geweest die beschreef dat er heel wat problemen zijn. Ik probeer die problemen hier te concretiseren. Ik wil gerust man en paard noemen. Ik wil u de mail straks bezorgen. Er zijn in het verleden heel wat dingen verkeerd gelopen. Ik meen dat we die wel eens boven tafel mogen halen. Volgens mij is dat wel goed parlementair werk, maar u hebt daarover duidelijk een andere mening. U zult hierop wel nog verder doorgaan. Dank u wel.

21.14 Minister Maggie De Block: Als er ernstige problemen zouden zijn geweest in 2009, als mijn voorgangster, mevrouw Onkelinx, niet tevreden zou geweest zijn over het functioneren van de ene of de andere in een crisiscel, zou zij zeker maatregelen hebben genomen. Eerlijk gezegd, ik weet niet waarmee u bezig bent.

La **présidente**: Les questions orales en commission portent sur des sujets d'actualité. Des propositions peuvent toujours être déposées, mais dans le cadre des questions, on ne peut pas toujours reparler de ce qui est passé.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

Nous avons prévu de terminer nos travaux à 18.00 heures. Je suis désolée pour ceux qui ont attendu pour rien. Nous avons traité la moitié de notre ordre du jour. Les questions orales suivantes seront à l'agenda de la réunion du 26 janvier prochain, au matin.

*La réunion publique de commission est levée à 17.58 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.58 uur.*