

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 19 SEPTEMBRE 2023

Matin

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 19 SEPTEMBER 2023

Voormiddag

Le développement des questions commence à 13 h 06. La réunion est présidée par M. Roberto D'Amico.

De behandeling van de vragen vangt aan om 13.06 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Roberto D'Amico.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.

De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

Le **président**: Avant de passer aux questions orales, je voudrais demander aux députés qui ont déposé des questions de prévenir le plus tôt possible en cas d'absence. En effet, le cabinet ministériel a préparé toute une série de réponses, et il y a quand même beaucoup d'absents. Être absent, cela peut arriver à tout le monde, mais la moindre des choses est de prévenir de son absence afin que le cabinet et le ministre puissent s'y préparer. En particulier aujourd'hui, de très nombreuses questions ont été reportées.

01 Questions jointes de

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les agressions contre le personnel soignant" (55037947C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les agressions contre des prestataires de soins" (55038188C)

01 Samengevoegde vragen van

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De agressie tegen zorgpersoneel" (55037947C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Agressie tegen zorgverleners" (55038188C)

01.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, cette question est fondamentale. J'y pensais depuis qu'en novembre dernier, un patient avait poignardé un urgentiste à l'hôpital Etterbeek-Ixelles, incident qui n'est malheureusement pas isolé comme l'actualité en témoigne.

Les violences physiques sont fort heureusement rares tout comme les violences sexuelles. Cependant, pour ce qui concerne les insultes en tous genres, menaces verbales ou autres intimidations, elles sont vécues au quotidien par le personnel soignant (médecins, infirmiers et autres professions au sein des infrastructures hospitalières et des maisons de repos, etc.)

L'ASBL Médecins en difficulté, consciente de l'effet que ces agressions peuvent avoir sur le moral des médecins et donc sur leur présence et la qualité des soins prodigués, a décidé, dès 2016, de les documenter.

De ce précieux travail, il ressort que si les signalements étaient plutôt timides au départ de ce recensement, ils ont explosé en 2023: 71 cas d'agressions physiques, d'insultes ou d'intimidations sur les quinze premières semaines de l'année 2023, soit presque autant que sur l'année précédente.

Monsieur le ministre, des discussions sont-elles en cours pour répondre à ce phénomène grandissant des violences à l'égard des soignants?

Selon le docteur Roland Kerzmann, président du Conseil provincial de Liège de l'Ordre des médecins, cette hausse serait due à une augmentation des signalements par les médecins, mais aussi à une explosion du nombre d'agressions. Etes-vous également de cet avis? Quelles sont, selon vous, les causes d'une telle hausse?

Outre le recensement réalisé par l'ASBL Médecins en difficulté, que fait-on des statistiques anonymes actuellement recensées par le Conseil national de l'Ordre des médecins?

Au CHU Brugmann, face à la recrudescence des violences contre le personnel soignant, un plan d'action dédié a été mis en place et prévoit notamment, pour certains secteurs spécifiques comme les urgences, des formations d'autodéfense. Ce modèle peut-il être généralisé à l'ensemble du pays? Qu'en pensez-vous?

Quelles mesures concrètes comptez-vous mettre en place pour faire diminuer ces chiffres?

01.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, er is inderdaad een verontrustende evolutie naar het gebruik van geweld – zowel verbaal als fysiek geweld – tegen medisch personeel. Dat is totaal onbegrijpelijk. Recente cijfers tonen die evolutie ook aan. Er zijn meer meldingen dan ooit. Natuurlijk moet dergelijk geweld in de sterkste bewoordingen worden afgekeurd. Niemand zal het daar oneens mee zijn.

De Orde der artsen richtte in 2016 het meldpunt Artsen in moeilijkheden op, waar in 2022 een zeventigtal meldingen werd gedaan. We vrezen evenwel dat dit slechts het topje van de ijsberg is en dat er nog veel geweld onder de waterlijn blijft. Union4U, een vakbond van verpleegkundigen, heeft recent een nationaal meldpunt opgericht waar zorgverstrekkers gevallen van agressie kunnen melden. In antwoord op een eerdere mondelinge vraag gaf u aan dat het Strafwetboek zal worden aangepast en dat slachtoffers best klacht neerleggen bij Justitie, zodat er ook een correct gevolg aan kan worden gegeven. Tegelijk gaf u aan dat u weinig heil zag in het neerleggen van anonieme klachten.

Op welke manier volgt u het aantal meldingen van geweld tegen zorgverleners op? Op welke databanken baseert u zich daarbij? Hoeveel processen-verbaal over geweld tegen zorgverstrekkers werden er de voorbije jaren opgesteld? Hoeveel meldingen werden er gedaan?

Wat als zorgverstrekkers weigerachtig staan tegenover het indienen van een klacht uit schrik voor represailles? Op welke manier kunnen ze worden bijgestaan?

Bent u bereid zich burgerlijke partij te stellen in strafrechtelijke dossiers van geweld tegen zorgverstrekkers?

01.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Rohonyi, mevrouw Gijbels, net vandaag lazen we in de krant nog eens een zeer pijnlijke getuigenis van geweld tegen een hulpverlener. Ik zal meteen heel duidelijk zijn: geweld tegen onze zorgverleners is absoluut onaanvaardbaar. We kunnen daar eigenlijk niet streng genoeg tegen optreden. Ik zie echt geen genade daarvoor. Zorgverleners staan dag en nacht voor ons klaar. Ze moeten hun job dus in alle veiligheid kunnen uitvoeren.

Wie geweld pleegt op een moment waarop een zorgverlener zijn of haar job uitvoert, moet en zal zwaar worden aangepakt. Dat is ook de lijn die deze regering heeft uitgezet. We willen dat de straffen voor gewelddaden tegen zorgverleners in het nieuwe Strafwetboek met één niveau worden verhoogd. Concreet houdt dat in dat wie veroordeeld wordt voor slagen en verwondingen aan een zorgverlener met twee weken werkconbekwaamheid tot gevolg, een celstraf van drie tot vijf jaar zal riskeren in plaats van de huidige celstraf van twee maanden tot vier jaar.

Dat ontwerp is nog niet aan het Parlement voorgelegd, maar ik dring er binnen de regering op aan om minstens dat element zo snel mogelijk in een parlementair debat te brengen. Iedereen in de zorg- en hulpverlening wacht daar immers op.

Madame Rohonyi, pour moi comme pour vous, la violence contre les prestataires de soins est incompréhensible et inadmissible. Ceux-ci méritent le respect.

Vous me demandez si des initiatives existent au niveau du droit pénal. Un groupe de travail transversal a été mis en place, dans lequel cette problématique est discutée. À intervalles réguliers, les acteurs de terrain, un représentant des médecins en difficulté, l'ambassadrice des soins de santé flamande, un conseiller de mon cabinet et d'autres interlocuteurs concernés se réunissent à propos des violences commises à l'égard des prestataires de soins.

Vias, l'institut de connaissance indépendant sur la sécurité routière, la mobilité, la sécurité et la santé, a entre autres examiné les violences contre les travailleurs exerçant une fonction publique, comme les ambulanciers ou les travailleurs des services d'urgence. Selon leurs observations, les auteurs de ces violences sont hélas souvent des patients, des membres de la famille ou des amis des patients.

Plusieurs facteurs de risque peuvent être à l'origine de violences et d'agressions, comme le fait d'être sous l'emprise de l'alcool, de drogues, de médicaments. Les situations de détresse, de peur ou de douleur constituent également des facteurs de risque, comme l'insatisfaction à l'égard du service, les mauvaises performances ou le temps de réponse. Mais cela ne constitue en aucun cas une excuse. Il faut être clair sur ce point.

Dans la réglementation visant à améliorer le bien-être du travailleur, un cadre est élaboré à propos de la prévention des risques psychosociaux et des obligations de l'employeur, dont la mise en place d'un enregistrement des actes de violence ou de harcèlement, une procédure concernant les risques psychosociaux, un soutien psychologique adéquat de services spécialisés externes ou encore la mise en place d'un plan global de prévention par institution, avec, par exemple, des formations pour le personnel. Déjà aujourd'hui, chaque employeur doit élaborer un plan d'action, comme l'a fait le CHU Brugmann auquel vous avez fait référence. Tout ceci est contrôlé par les services du Contrôle du bien-être au travail.

Met andere woorden, meldingen van geweld tegen zorgverleners worden opgevolgd op het niveau van de werkgever of de beroepsgroep. Er bestaan geen centrale databanken waarin die meldingen van geweld tegen zorgverleners worden verzameld.

En ce qui concerne l'enregistrement d'actes de violence, j'insiste sur la nécessité pour les victimes de signaler les incidences d'agression. En ce sens, notre groupe de travail s'est entretenu à ce propos avec le cabinet du ministre de la Justice. Là encore, nous soulignons qu'il importe que les victimes de violences les signalent. Un même message a été donné au cabinet de la ministre de l'Intérieur. Dans la pratique, il apparaît en effet que peu de faits sont dénoncés. Des campagnes de sensibilisation à ce sujet ont également été organisées.

Het is op het niveau van Justitie dat het aantal processen-verbaal over geweld tegen zorgverstrekkers zou kunnen worden opgevolgd. Klacht indienen bij de politie is belangrijk opdat de dader kan worden opgespoord en hetzelfde niet steeds opnieuw gebeurt. Wanneer een slachtoffer bang is voor de mogelijke gevolgen van het indienen van een klacht, wordt ook dat best aangegeven bij de bevoegde diensten, want die kunnen het beste gevolg geven aan die zorg. Zij hebben mensen ter beschikking die slachtoffers kunnen bijstaan.

Comme je viens de le dire, madame Rohonyi, avec le nouveau Code pénal, le gouvernement veut également envoyer un signal clair: ceux qui commettent des violences au moment où les soignants font leur travail doivent être et seront sévèrement punis. Concrètement, tous les actes de violence commis à l'encontre d'une personne exerçant une fonction sociale, comme un professionnel des soins, seront sanctionnés avec une augmentation du niveau de peine dans le nouveau Code pénal.

Ces agressions sont inacceptables. Des personnes sont présentes jour et nuit pour aider la population et si elles sont victimes de violences, les auteurs doivent être traités avec fermeté.

01.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse ainsi que pour la fermeté de vos propos quant à ces violences qui sont bien évidemment inacceptables. Toutes les violences sont inacceptables mais en particulier lorsqu'elles sont portées à l'encontre de personnes qui veillent aux besoins des patients.

Il est effectivement fondamental d'objectiver le phénomène pour mieux y répondre, d'autant plus qu'il ressort de certaines études que les jeunes médecins et les femmes sont particulièrement la cible de ces agressions, ce qui peut finalement les pousser à jeter l'éponge et à quitter la profession, ce qui a un effet gravissime sur la pénurie de médecins. Il y a ici un vrai enjeu de santé publique pour assurer l'intégrité physique et mentale tant des médecins que de leurs patients.

J'entends que l'Ordre des médecins joue déjà un rôle pour ce qui concerne ces statistiques mais on doit effectivement pouvoir collecter des statistiques au sujet des violences portées à l'encontre des infirmiers, des ambulanciers. J'entends aussi que les employeurs ont déjà aujourd'hui l'obligation de mettre en place des registres. Mais ma préoccupation, c'est que l'on doit veiller à ce que tous les employeurs remplissent cette obligation. Or, aujourd'hui, ce n'est pas le cas, ce qui fait que les victimes de ces violences, ces soignants, n'ont pas tous la possibilité de porter plainte.

Je vous remercie pour le signal qui sera lancé à travers le nouveau Code pénal. Je pense que c'est fondamental. Je vous remercie aussi pour le groupe de travail qui se réunit actuellement sur cette question, même si je me demande quel est le rythme de ses réunions et l'objectif précis. En effet, vous posez des constats interpellants mais je vois peu d'action qui en ressort.

Effectivement, organiser une campagne de sensibilisation vers les patients et leurs famille et informer les soignants quant à la possibilité de signaler les faits est tout à fait positif, mais je pense que ces campagnes doivent durer sur le long terme et être pérennisées. J'ose espérer que vous y veillerez.

01.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, dit zijn inderdaad ontstellende cijfers. Het is waarschijnlijk echter nog erger, aangezien we vermoeden dat er nog een groot *dark number* is. U hebt aangegeven dat er een sensibiliseringscampagne zal worden opgezet. Ik denk dat het effectief belangrijk is dat slachtoffers weten waar en hoe zij klacht kunnen neerleggen. Indien zij geen klacht zouden durven indienen uit angst voor represailles, moet dit goed worden gedetecteerd, zodat deze mensen gerustgesteld en begeleid kunnen worden. De daders kennen immers de adressen van de slachtoffers, waardoor die laatsten vaak aarzelen om klacht neer te leggen.

Er is ook een werkgroep agressie in de zorg die een aantal voorstellen heeft om gevallen van agressie zoveel mogelijk te voorkomen. Ik hoop dat u daarnaar zult kijken. Het is mijns inziens belangrijk dat deze plegers van geweld tegen zorgverleners adequaat en zeer snel gestraft worden.

Minister Demir heeft aangekondigd dat zij in Vlaanderen leerstraffen wil opleggen, omdat de daders vaak een asociale ingesteldheid blijken te hebben. Leerstraffen zijn in dat geval een goed plan. Ik zou het ook een goed idee vinden als u zich als minister van Volksgezondheid burgerlijke partij stelt in deze dossiers. Dat zou een goed signaal zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n° 5038205C de Mme Van Hoof, n° 55038225C et n° 55038219C de Mme Fonck, n° 55038659C de Mme Rohonyi, n° 55038220C de Mme Fonck, n° 55038660C de Mme Rohonyi, n° 55038221C de Mme Fonck, n° 55038358C de Mme Van Hoof, n° 55038223C de Mme Fonck et n° 55038458C de M. Patrick Prévot sont reportées.

Les questions n° 55038222C, n° 55038224C et n° 55038284C de Mme Fonck sont transformées en questions écrites.

02 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les projets pilotes Hospital Outbreak Support Teams" (55038285C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prévention des infections dans les hôpitaux et les Hospital Outbreak Support Teams" (55038418C)

02 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De HOST-pilootprojecten (Hospital Outbreak Support Teams)" (55038285C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De infectiepreventie in de ziekenhuizen en de Hospital Outbreak Support Teams" (55038418C)

La question de Mme Fonck est sans objet.

02.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Tijdens de coronacrisis werd er een toename vastgesteld van het aantal bloedstroominfecties die werden opgelopen in een ziekenhuis. Dat vond ik een vreemde vaststelling. De oorzaak daarvan is ook niet helemaal duidelijk. Het zou natuurlijk te maken kunnen hebben met een grotere verhouding van verzwakte patiënten, die ook vatbaarder zijn voor infecties. Het kan ook te maken hebben met een gebrek aan personeel of het kan net te maken hebben met een precieze detectie en een betere registratie.

Het is natuurlijk van groot belang om de oorzaak daarvan te achterhalen. In het laatste rapport van Sciensano met betrekking tot ziekenhuisinfecties wordt aangegeven dat het van belang is te bekijken of bepaalde ziekenhuizen ook systematisch beter scoren dan andere en die dan te vergelijken met ziekenhuizen die systematisch minder goed scoren. Sciensano stelt ook voor om een robuust crisisplan te ontwikkelen voor ziekenhuizen, zodat ook in crisissituaties nog altijd de correcte zorg kan worden verleend. Er werd ook een zogenaamd HOST-initiatief genomen, wat staat voor Hospital Outbreak Support Team, waarop ziekenhuizen kunnen intekenen.

Werd er ondertussen onderzocht wat de oorzaak is van de toename van ziekenhuisinfecties tijdens de covidcrisis?

Op welke manier worden ziekenhuizen aangespoord om het beter te doen?

De rapportering van ziekenhuisinfecties gebeurt blijkbaar niet systematisch voor een heel jaar. Slechts één kwartaal per jaar is verplicht voor acute ziekenhuizen. Sciensano suggereert om de ziekenhuizen die deelnemen publiek te maken en ook de resultaten publiek te maken. Wordt daaraan gewerkt?

Wanneer zal het crisisplan, waarover Sciensano het heeft, operationeel zijn? In welk stadium zit het nu?

Hoe ziet u de toekomst van de HOST-teams? Wat is precies het doel van die teams? Waar liggen de prioriteiten? Waar kunnen we de output vinden? Werpen die initiatieven vruchten af? Hoe worden de doelstellingen bepaald?

Wat is de feedback van de HOST-teams zelf? Hoe staat het met hun financiering? Het gaat voorlopig immers nog om pilootprojecten. Krijgen ze ook tijdig de doelstellingen door, zodat ze zich ook kunnen voorbereiden op een volgend jaar?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Gijbels, wat uw eerste vraag betreft, over het onderzoek naar de oorzaken, uit verschillende studies blijkt dat de toename van de incidentie van *healthcare-associated bloodstream infections* (HABSI) als volgt wordt verklaard. Tijdens de COVID-19-crisis waren de werkomstandigheden moeilijk. Er waren talrijke covidpatiënten bij opname ernstig ziek. Dat zou kunnen verklaren waarom preventie- en controlemaatregelen bij infecties, met inbegrip van CLABSI, *central line-associated bloodstream infections*, niet werden of niet konden worden uitgewerkt zoals voorzien, waardoor dan de incidentie van CLABSI en HABSI toegenomen is.

Een andere hypothese is dat tijdens de COVID-19-crisis, als gevolg van de tijdelijke schorsing van routinezorg en geplande ziekenhuisopnames en het feit dat mensen om welke reden dan ook langer

hebben gewacht om een arts te raadplegen of zich naar een ziekenhuis te begeven, het profiel van de ziekenhuispopulatie is veranderd, met proportioneel meer ernstig zieken en kwetsbare patiënten in het ziekenhuis dan normaal, dus patiënten met een zwakker immuunsysteem, waardoor ze gemakkelijker nosocomiale infecties konden oplopen, wat dan meteen leidde tot een toename van de incidentie van die infecties.

Dat zijn twee hypothesen.

U vroeg op welke manier ziekenhuizen worden aangespoord om het beter te doen. Het nationaal actieplan ter bestrijding van antimicrobiële resistentie voorziet in het opstellen van een evaluatie van de werking van de teams voor ziekenhuishygiëne. Er moeten aanbevelingen worden geformuleerd ter verbetering van het beleid inzake preventie en controle van de infecties. Daarbij hoort ook het toezicht op de infecties. De resultaten van die evaluatie worden verwacht begin 2025.

Het nationaal actieplan AMR voorziet ook in de uitwerking van een reeks indicatoren voor een betere financiering van de ziekenhuizen die maatregelen uitwerken en betere resultaten bereiken, in het kader van het *pay for performance*-project. Het uitwerken van die indicatoren loopt momenteel, in nauwe samenwerking met de verschillende administraties en experts. Ik verwacht daar een sterkere bewustwording en stimulans van.

Het HOST-project, dat u aanhaalt, biedt ook deels een antwoord op de problemen, met middelen en gekwalificeerd personeel gewijd aan het PCI-beleid (preventie en controle van infecties) en meer algemeen de AMR.

In 2022 werd de nadruk gelegd op het toezicht op infecties die het gevolg waren van verzorging, om de ziekenhuizen te ondersteunen opdat zij meer zouden inzetten op dat toezicht.

U stelde ook een vraag over het niet-systematisch rapporteren. Sciensano publiceert rapporten over de kwaliteitsindicatoren inzake ziekenhuishygiëne. Elk ziekenhuis wordt gerangschikt volgens een score die zichtbaar is voor de burger. Sciensano onderzoekt een aantal pistes om de transparantie te vergroten, waarvan sommige een ware verandering van cultuur vereisen, zowel voor het ziekenhuis als voor de patiënten. Dat vraagt tijd, maar ik ben er echt voorstander van dat dat gebeurt.

U vraagt ook wanneer het crisisplan waarover Sciensano het heeft, operationeel zal zijn. Ik zal eerst even teruggrijpen naar uw eerste punt. Na een tienjarige stagnatie in het voorkomen van bloedstroominfecties in ziekenhuizen, werd een erg sterke stijging opgemerkt tijdens de pandemie. Het voorstel voor een crisisplan is een aanbeveling die daarom in de recentste Sciensanorapporten over bloedstroominfecties wordt gedaan. Onderdelen daarvan zijn voor Sciensano een intensere opleiding en betere informatie, met onder meer een verwijzing naar de richtlijnen opgesteld door de Hoge Gezondheidsraad; een transparante, goed ondersteunende cultuuromslag – wij moeten echt spreken over *lessons learned* tijdens de covidpandemie door de HOST-projecten –; een vereenvoudigde en snellere datastroom – eigenlijk moeten wij meer en meer naar data-automatisatie –; de validatie van infecties specifiek per patiëntenpopulatie – men spreekt onder andere over een retrospectieve *case-mix adjustment* –; en een risicofactorenonderzoek en audits – ik verwijs hiervoor naar BAPCOC-projecten. Dat is een reeks projecten die in ontwikkeling zijn of al deels zijn gerealiseerd. Dat toont aan dat wij met een relatief brede batterij van initiatieven bezig zijn op dit moment.

U vraagt wat de toekomst van deze HOST-teams is. Ik heb dat al deels aangegeven, dus ik kan nu wat korter zijn.

Een resultaat dat momenteel al zichtbaar is, is een zeer intense samenwerking tussen federale en regionale administraties, tussen ziekenhuizen en gezondheidszorgadministraties en tussen ziekenhuizen onderling, zowel binnen hetzelfde netwerk als tussen netwerken. Eind 2022 hadden de verschillende projecten 82 vte's toegewezen aan de PCI's en aan het AMS (*antimicrobial stewardship*). Het HOST-project is een van de eerste projecten binnen het ziekenhuisnetwerk. De ziekenhuizen die al voor het project samenwerkten, zijn erin geslaagd nog sneller vooruitgang te boeken. De investeringen en de samenwerking die dankzij dit project tot stand gekomen zijn, zullen binnen enkele jaren ruimschoots hun vruchten afwerpen. Daarvan zijn wij overtuigd.

Elk jaar wordt een voorstel dat gebaseerd is op de te bereiken doelstellingen beschreven in een

projectoproep en voorgelegd aan het begeleidingscomité, dat bestaat uit vertegenwoordigers van de dienst infectieziekten van de regionale gezondheidsagentschappen, vertegenwoordigers van Sciensano, experts PCI en AMS, vertegenwoordigers van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en van het BAPCOC-supportteam. Het is vooral de bedoeling een team uit te bouwen en multimodale strategieën uit te werken rond een of twee vooraf bepaalde prioriteiten. Zodra het voorstel is goedgekeurd worden de ziekenhuizen op de hoogte gebracht en moeten ze hun akkoord geven.

Ten slotte hebt u nog vragen gesteld over de feedback van de HOST-teams en de financiering. De meeste teams zijn enthousiast. Ze zien namelijk de meerwaarde van het project. Soms worden ze geconfronteerd met moeilijkheden, bijvoorbeeld in verband met interne onderhandelingen binnen het netwerk, of in de beginfase, zoals moeilijkheden met de aanwerving van geschikt personeel. Om de vooruitgang vast te stellen en de hindernissen en succesfactoren te identificeren, zullen de medewerkers van de FOD in september en oktober van dit jaar evaluatiebezoeken brengen aan de 24 projecten. Dat zal ook zorgen voor de nodige ondersteuning om de hindernissen te omzeilen en goede praktijken te veralgemenen.

In 2022 heeft elk project een maximumbedrag van 550.000 euro ontvangen, wat neerkomt op een totaal van 11.720.000 euro voor de 24 projecten samen. In 2023 bedroeg het bedrag per project maximaal 620.000 euro.

Le **président**: Monsieur le ministre, pourrais-je vous demander d'être un peu plus court par la suite? Vous avez dépassé votre temps de parole de six minutes.

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u geeft aan dat het profiel van de patiënten enigszins anders was tijdens de covidcrisis – zij hadden een verzwakte weerstand of waren al zieker op het moment waarop zij naar het ziekenhuis kwamen, waardoor vaker infecties optraden. Dat mag echter geen excuus zijn. Infectiepreventie is op dat moment belangrijker. De pathogenen moeten dan gewoon worden vermeden. Het is dan ook des te belangrijker om ter zake heel voorzichtig te zijn.

Ook het feit dat er variatie bestaat tussen ziekenhuizen, geeft aan dat verbetering zeker mogelijk is. Wij moeten proberen zoveel mogelijk ziekenhuizen op hetzelfde hoge niveau te krijgen, zodat wij met z'n allen kunnen streven naar de beste resultaten. In dat opzicht is transparantie belangrijk. Ditmaal vraagt Sciensano daar zelfs naar. Dat is heel goed, in andere dossiers is de instelling minder happig op transparantie. Het is ook nodig om verder te gaan en te onderzoeken hoe het komt dat er variatie bestaat tussen ziekenhuizen, teneinde daaruit opnieuw lessen te trekken.

U hebt enige uitleg gegeven bij het crisisplan. Een crisisplan moet voor een ziekenhuis echter niet alleen gaan over nosocomiale infecties. Het moet een ruim plan zijn. Het moet gaan over personeelsbestaffing, taakdelegaties en flexibiliteit en ervoor zorgen dat in een crisissituatie naar een hoger niveau kan worden geschakeld en iedereen direct kan worden ingezet waar hij of zij kan renderen en functioneren. Op dat vlak is nog werk aan de winkel. Wanneer ervoor wordt gezorgd dat de basiswerking op een goede manier kan worden behouden, kan volgens mij ook veel worden gedaan tegen nosocomiale infecties.

Ik meen te begrijpen dat de HOST-teams zullen worden gecontinueerd. Dat is voor de teams zelf niet altijd even duidelijk. Het zou dus goed zijn de komende jaren zekerheid te geven, zodat zij ook weten dat hun inspanningen een tijd zullen worden ondersteund en zij daarvoor de juiste financiële omkadering krijgen. Ik kijk uit naar de evaluatie daarvan. Ik veronderstel dat wij daarover ook bericht zullen krijgen.

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

03 Vraag van Marijke Dillen aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De juridische leemtes in de forensisch psychiatrische zorg" (55038237C)

03 Question de Marijke Dillen à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les lacunes juridiques dans le secteur des soins de psychiatrie légale" (55038237C)

03.01 **Marijke Dillen** (VB): Mijnheer de minister, ik verwijst naar de schriftelijke versie van mijn mondelinge vraag.

Uit het verslag van de zorginspectie over de forensisch psychiatrische centra in Antwerpen en Gent blijkt dat er een aantal juridische leemtes zijn binnen de forensisch-psychiatrische zorg waar wetgevende initiatieven dienen te worden genomen.

Dit zijn de aangekaarte knelpunten:

Voor de doelgroep van forensisch-psychiatrische patiënten zijn er geen specifieke richtlijnen beschikbaar rond vrijheidsbeperkende maatregelen. De mate waarin het al dan niet gerechtvaardigd is om vrijheidsbeperkende maatregelen op te leggen vanuit het therapeutisch beleid binnen een forensische setting verdient een maatschappelijk debat en daaruit voortvloeiende regelgeving en richtlijnen;

Verschillende aspecten in de zorg voor geïnterneerden zijn juridisch onvoldoende geregeld. Dwangbehandeling is binnen de forensisch-psychiatrische context juridisch niet voorzien. De zorgpraktijk in FPC bevindt zich hierdoor voor een groot deel in een juridische schemerzone wat enerzijds de rechtspositie van de geïnterneerden ondermijnt en anderzijds de verantwoordelijkheden van zorgbeoefenaars onvoldoende scherp stelt. Er is nood aan een juridisch kader dat de criteria en de kwaliteitsgegevens bepaalt voor de uitvoering van een dwangbehandeling;

Ook andere aspecten van de interne rechtspositie zijn juridisch onvoldoende geregeld en is er nood aan een wettelijke verankering van de rechtspositie. Op deze manier zouden de rechten van geïnterneerden gegarandeerd kunnen worden ongeacht de voorziening waarin ze worden opgenomen. Is de minister bereid wetgevende initiatieven te nemen om deze juridische leemtes weg te werken?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Dillen, de forensisch psychiatrische centra (FPC) in Gent en Antwerpen zijn instellingen die noch een gevangenis noch een psychiatrisch ziekenhuis zijn. Ze worden aangestuurd vanuit een gezamenlijke inbreng van de Regie der Gebouwen, Justitie en Volksgezondheid.

Van bij het begin was het de bedoeling van de federale overheid dat een FPC wordt beschouwd als een zorginstelling. Daarom werd er ook een protocolakkoord gesloten met de Vlaamse Zorginspectie, die de werking van het FPC beoordeelt op basis van dezelfde standaarden als bij psychiatrische ziekenhuizen.

Vlaanderen heeft een richtlijn ontwikkeld rond vrijheidsbeperkende maatregelen in de geestelijke gezondheidszorg. Die richtlijn werd opgenomen in het referentiekader vrijheidsbeperkende maatregelen voor de psychiatrische ziekenhuizen en ziekenhuizen. Ook hier wordt de navolging van de richtlijn door de Vlaamse Zorginspectie gecontroleerd. Een specifiek Vlaams referentiekader voor de forensisch geestelijke gezondheidszorg was in ontwikkeling, maar vanwege COVID-19 werden de werkzaamheden onthouden.

Tijdens de vorige legislatuur werd op initiatief van de minister van Justitie een werkgroep 'interne rechtspositie van de patiënt' in de forensische zorg opgericht. Die werkgroep is twee keer samengekomen en besloot dat de werkzaamheden rond het thema moeten worden uitgebreid naar de rechtspositie van de patiënt in de geestelijke gezondheidszorg. De werkgroep was het ermee eens dat een wettelijk ingrijpen noodzakelijk is, maar sprak zich niet uit over het wettelijk instrument.

Zoals u weet, werk ik ook aan de modernisering van de wet op de patiëntenrechten. Artikel 3 van die wet bevat een bepaling die toelaat om via koninklijk besluit verfijningen aan de wet aan te brengen voor personen die nood hebben aan specifieke bescherming. In de vele voorbereidingen van deze nieuwe wet op de patiëntenrechten, werd in uitvoering van dit nieuwe artikel verwezen naar twee groepen, namelijk kinderen en jongeren die hun rechten nog niet zelfstandig kunnen uitoefenen en de context van de geestelijke gezondheidszorg in de ruime zin. Mijn diensten hebben een onderzoeksopdracht

voorbereid, zodat een academische groep zich over die vraag kan buigen. Dat kan dan ook iets betekenen voor de antwoorden die komen op het soort vragen die u stelt.

03.03 Marijke Dillen (VB): Mijnheer de minister, ik heb aandachtig naar u geluisterd, maar ik heb niet echt een antwoord gekregen.

Komen er wetgevende initiatieven? De Zorginspectie dringt aan op een maatschappelijk debat over de forensisch psychiatrische centra in Antwerpen en Gent om zo te kunnen vaststellen op basis van welke gegevens er regelgeving kan worden gemaakt. Er zijn een aantal belangrijke aspecten in de zorg voor geïnterneerden die juridisch onvoldoende geregeld zijn. Ook op het vlak van de interne rechtspositie zijn er zeer grote hiaten. Ik dring erop aan dat hier snel werk van wordt gemaakt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van Marijke Dillen aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conclusies van het rapport v.d. Zorginspectie over FPC's Antwerpen en Gent (personeelsbeleid)" (55038238C)

04 Question de Marijke Dillen à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conclusions du rapport de la Zorginspectie sur les CPL d'Anvers et Gand (politique RH)" (55038238C)

04.01 Marijke Dillen (VB): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn ingediende vraag.

De zorginspectie heeft een inspectiebezoek gebracht bij de forensisch psychiatrische centra in Antwerpen en Gent waar geïnterneerden met een hoog risicoprofiel verblijven, waarbij de focus voornamelijk werd gelegd op de kwaliteit van de zorg, de patiëntveiligheid en het kwaliteitsbeleid. De conclusies van het inspectierapport waren in grote lijnen positief, maar er zijn ook ernstige problemen die een bedreiging vormen voor de kwaliteit van de zorg en voor de veiligheid van het personeel en van de patiënten die op korte termijn moeten worden aangepakt. De grootste problemen hebben te maken met de personeelskrapte. Dit heeft blijkbaar te maken met verschillende factoren, zoals onder meer de lage bestaafingsnormen, de krapte op de arbeidsmarkt en het grote personeelsverloop, elementen die elkaar onderling beïnvloeden. Dit heeft echter ernstige gevolgen zowel voor het personeel als voor de geïnterneerden. In de conclusie van het rapport wordt hiervan een gedetailleerd overzicht gegeven, waarnaar ik verwijs.

Kunt u hierover meer toelichting geven betreffende de gedetailleerde conclusies inzake de personeelsproblematiek?

Wat zijn de redenen waarom de wettelijk vastgelegde bestaafingsnormen voor de FPC een stuk lager liggen dan wat in bepaalde afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen wordt vooropgesteld, los van de personele middelen voor beveiliging? Kan hier een initiatief worden genomen om hierin verandering te brengen? Welke initiatieven zijn er sinds het begin van deze legislatuur genomen om een antwoord te bieden op de personeelskrapte? Wat is er gedaan om de werkomstandigheden te verbeteren zodat de extra werklust en druk vermindert, het personeel vakantie kan opnemen wanneer ze dat wensen, de verplichte vormingen worden gehaald, enzovoorts?

Problematisch is ook het tekort aan psychiatertijd waardoor psychiaters soms niet aanwezig zijn op behandelplanbesprekingen of geïnterneerden lang moeten wachten alvorens een gesprek met een psychiater kan plaatsvinden. Welke initiatieven zijn er hier sinds het begin van de legislatuur genomen om hierop een antwoord te bieden?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: U hebt vier vragen. Ik zal de eerste twee vragen samen beantwoorden.

De FPC's van Gent en Antwerpen zijn opgericht voor de opvang en behandeling van geïnterneerden met een highsecurityprofiel. In 2014 werd door de regering beslist om de uitbating van die centra toe te kennen aan een commerciële partner – wat eerlijk gezegd niet de beslissing is die ik zelf zou nemen. De commerciële partners schreven in op de overheidsopdracht en gingen akkoord om het FPC te

exploiteren conform de vereisten van het bestek.

Een FPC heeft een hogere passieve infrastructurele veiligheid op bouwtechnisch vlak te bieden, in tegenstelling tot andere zorgsettings zoals de *medium security*. In een *medium security* dekt de behandelnorm de kosten voor de zogenaamde dynamische veiligheid. Dit wil zeggen dat er door de aanwezigheid van communicatie en relaties met zorgverstrekkers veiligheid wordt geboden, wat precies het mediumsecurityaspect vormt, naast een zekere infrastructurele veiligheid.

Net zoals in de *medium security* biedt niet elke afdeling binnen een FPC een hoge zorgomkadering, maar er is een differentiatie doorheen het circuit. De bestaffing verschilt immers op een observatieafdeling, op een afdeling voor doorgedreven behandeling en op een resocialisatie-eenheid, net zoals er een hogere zorgomkadering is voor een ziekenhuisbed in een *medium security* in vergelijking met een forensisch PVT-bed, waar de meer gestabiliseerde patiënten verblijven.

Dat waren de antwoorden op de eerste twee vragen. Dan kom ik tot het antwoord op de derde vraag.

Naast sterke punten, zoals een goed uitgebouwd behandelproces, een personeelsretentieplan en een geïntegreerd kwaliteitsbeleid, zijn er volgens de Zorginspectie ook een aantal aandachtspunten, waaronder de krappe bestaffing. Dit heeft met verschillende factoren te maken, zoals onder meer de bestaafingsnormen, de krapte op de arbeidsmarkt en het grote personeelsverloop.

Om de bestaafingsnorm te verhogen is er een ontwerp van KB, waarover het advies van Begroting werd gevraagd. In dat ontwerp van KB worden de crisisdiensten versterkt met één vte per 30 bedden, in totaal 21 vte's. Voor de FPC's in Gent en Antwerpen zijn dat er respectievelijk negen en zes, en zes voor Les Marronniers. Het totaalbudget daarvoor voorzien is 1,6 miljoen euro. We investeren daar dus in.

Op vraag vier, het KB bepaalt dat een FPC over één vte psychiater moet beschikken per begonnen schijf van 120 patiënten, waarvan minimum één specialist in de neuropsychiatrie of de psychiatrie. Voor het FPC Gent komt dat neer op drie vte psychiater en voor het FPC Antwerpen op twee. Een vte bedraagt minstens 38 uur per week.

Uit het auditverslag blijkt dat, naast de hoofdartsen die geen klinische activiteiten hebben in het FPC, drie psychiaters en één assistent-psychiater verbonden zijn. Dat is samen 2,7 vte's. Aan het FPC Antwerpen waren op het moment van de inspectie drie psychiaters verbonden, samen 2,05 vte's. Een assistent-psychiater, één vte, was langdurig afwezig.

Dus, in termen van het aantal vte's psychiaters voldoet het FPC Antwerpen wel aan de minimumnorm en heeft het FPC Gent 0,3 vte te weinig ten aanzien van de minimumnorm.

04.03 Marijke Dillen (VB): Mijnheer de minister, dank u vriendelijk voor uw antwoord. Ik noteer dat er wel een investering van 1,6 miljoen euro zal plaatsvinden, maar ik vrees dat dat onvoldoende zal zijn. Op dit ogenblik moeten wij immers vaststellen dat patiënten die klaar zijn voor vervolgzorg moeilijk hun weg vinden naar de vervolgvoorzieningen.

Dat heeft natuurlijk een rechtstreeks gevolg voor de uitstroommogelijkheden van de geïnterneerden die in onze gevangenissen aanwezig zijn. U weet even goed als ik dat het aantal geïnterneerden de jongste tijd sterk toegenomen is. Zij horen niet thuis in de gevangenis, zij moeten naar streng beveiligde plaatsen kunnen gaan binnen de FPC's.

Ik heb ook geen antwoord gehoord op mijn vraag of de opening van nieuwe FPC's gepland is of dat daar werk van gemaakt zal worden. Op dit ogenblik kunnen deze mensen alleen terecht in de FPC's van Antwerpen en Gent, waar het aantal plaatsen absoluut ontoereikend is.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 13 h 45.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.45 uur.