

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 16 JANVIER 2007

DINSDAG 16 JANUARI 2007

Matin

Voormiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 11.30 heures. La réunion est présidée par M. Yvan Mayeur.

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

Le **président**: La question n° 13656 de M. Chevalier est transformée en question écrite.

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

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

01.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag is een opvolgingsvraag naar aanleiding van de ongerustheid bij een aantal mensen.

Sedert een aantal maanden laait hier blijkbaar het debat weer op over het effect van gsm's en magnetische golven van zendmasten op de gezondheid. Daarenboven is de wetenschappelijke wereld verdeeld. Dat maakt de zaak niet gemakkelijker.

Kinderen, die er extra gevoelig voor zijn, maken alsmaar vaker gebruik van gsm's. Omdat hun gezondheid en die van de rest van de bevolking niet op het spel mag worden gezet, dringt een duidelijke visie van de overheid zich op.

Mijnheer de minister, u hebt in antwoord op enkele vragen van half november, dus reeds twee maanden geleden, verklaard dat er geen herziening van de norm komt alvorens de WGO-resultaten bekend zijn.

Ondertussen bereidt de federale regering een publicatie hieromtrent voor. Die zal via de gemeenten verspreid worden. Zolang er echter geen duidelijkheid bestaat, blijft het fenomeen de publieke opinie beroeren. Mensen moeten weten of ze veilig kunnen gsm'en en hoelang ze het toestel dagelijks mogen gebruiken. Gemeenten moeten ook weten of gsm-masten, waarvoor operatoren stedenbouwkundige aanvragen indienen, op hun grondgebied wel veilig zijn voor hun inwoners en voor alle omwonenden.

Mijnheer de minister, in die context vraag ik u ook wanneer de publieksbrochure voor de bevolking waarvan sprake, klaar zal zijn.

Zal de brochure concrete gegevens bevatten over voor de volksgezondheid aanvaardbare frequenties - hoe vaak mag men de gsm per dag gebruiken - en over het wonen in de buurt van gsm-masten. Op die manier kan heel veel ongerustheid worden weggenomen.

Mijnheer de minister, bent u bereid om, op basis van de aanbevelingen in het verslag van de Hoge Gezondheidsraad van 2006 de huidige normen aan te passen? Zo ja, tegen wanneer zou dat effectief kunnen gebeuren?

01.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Verhaegen, de brochure waarvan sprake is "Belgopocket 2007" Dat is in feite een boekje in zakformaat waarin de burger antwoorden vindt op vragen die tot de federale materie behoren, en dus niet enkel omtrent gsm. Een internetversie van de fiche inzake gsm is al beschikbaar. De papieren versie van "Belgopocket 2007" is nog in voorbereiding.

De aanbevelingen inzake gsm-gebruik werden gegeven in algemene vorm, daar zij eerder op voorzorg zijn gebaseerd dan op correcte wetenschappelijke vaststellingen. Meer gedetailleerd zal het thema voorgesteld worden op de website van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De aanbevelingen inzake wonen naast gsm-masten stemmen overeen met de huidige conclusies van de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Commissie.

Ten tweede, het advies van de Hoge Gezondheidsraad inzake laagfrequente elektromagnetische velden en hyper elektrogevoeligheid is nog niet gepubliceerd. Het project uit 2006 inzake communicatietechnologie is nog niet afgerond. De conclusies zullen ongetwijfeld een belangrijk element vormen bij het verder uitbouwen van het beleid.

Ik heb hier in de commissie al gezegd dat een nieuw verslag verwacht werd van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dat zou moeten verschijnen, waarschijnlijk, in 2007 of begin 2008. Ik meen dat ik dat al aan mevrouw De Meyer heb geantwoord. Op het moment dat wij over de nieuwe conclusies van de Wereldgezondheidsorganisatie kunnen beschikken zal de federale overheid beslissen over het wel of niet veranderen van de normen.

01.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik hoop dat de informatie aan de bevolking er snel kan komen. Het is immers heel belangrijk dat wij de gsm-gebruikers kunnen geruststellen. Ook de mensen die in de buurt van gsm-masten wonen, verdienen een maximale bescherming.

Het zou onder meer voor de gemeenten goed zijn dat zij, wanneer zij vergunningen afleveren, ook weten dat met de oprichting van een gsm-mast geen schadelijkheid gepaard gaat.

U hebt het voorzorgsbeginsel aangehaald. Het is heel belangrijk dat ook wordt aangehaald dat er op het vlak van de volksgezondheid geen problemen zijn.

Over de nieuwe normen verklaart u te wachten op de aanbevelingen van de WGO. Wij zijn dan echter 2008, hoewel u nu 2007 vermeldde. Dat is al beter. Ik hoop echter dat er snel een evaluatie van de normen kan komen. Voornoemde evaluatie is immers enorm belangrijk.

Er is een rapport van de Hoge Gezondheidsraad. Misschien kan dat rapport worden toegepast en kan daarmee iets worden gedaan. Ik heb immers de indruk dat de ongerustheid bij de mensen heel groot is omwille van de onwetendheid en het beleid. Daarom moet snel worden gehandeld, teneinde duidelijkheid te krijgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

02.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, eind vorig jaar werd door Test-Aankoop een grootschalige enquête gedaan over palliatieve zorg. Daaruit blijkt dat nabestaanden zeer te spreken zijn over het werk van artsen en verpleegkundigen in de palliatieve zorg.

Er kwamen toch een aantal pijnpunten aan het licht, ten eerste over het strikte – misschien wel te strikte – wettelijk kader voor terugbetaalde palliatieve zorg. Palliatieve zorg wordt alleen terugbetaald op voorwaarde dat de levensverwachting hoogstens drie maanden is of minstens 24 uur bedraagt. Palliatieve zorg zou financieel toegankelijk moeten zijn voor al wie levensbedreigend ziek is, zelfs indien een tijdelijke heropleving nog mogelijk is.

Voorts blijkt er ook nog een grote behoefte te bestaan aan palliatieve thuiszorg en palliatieve dagcentra. Voor de factor "omringing door naasten" – dat was opmerkelijk in die enquête – blijkt eigenlijk dat wij in België achteraan komen wat betreft de aanwezigheid van partner, kinderen, andere familieleden of vrienden bij het overlijden van mensen.

Dat zijn de twee pijnpunten die daar gesignaleerd worden, naast het algemeen pijnpunt van de structurele onderfinanciering van de palliatieve zorg, dat wij al zolang aanhalen.

Mijnheer de minister, bent u bereid een campagne te voeren om de ambulante palliatieve zorg bekend te maken, om die op die manier te ondersteunen? Onbekend is onbemand, zegt men hier.

Bent u ook bereid erop toe te zien dat we niet verzeild geraken in onnodige levensrekkende noch levensverkortende situaties? Hoe kan dat dan gebeuren?

Bent u bereid het wettelijk kader voor terugbetaalde palliatieve zorg te verruimen voor al wie levensbedreigend ziek is, zelfs indien een tijdelijke heropleving voorkomt, zoals in het rapport ook staat, en de palliatieve zorg nadien opnieuw moet hernomen worden?

02.02 Minister **Rudy Demotte**: Mijnheer Verhaegen, reeds tijdens ons gesprek over de algemene beleidsnota benadrukte ik dat ik onmogelijk alle conclusies van het onderzoek van Test-Aankoop kon goedkeuren. Het volstaat de situatie van de palliatieve thuiszorg te bekijken om mijn standpunt te staven.

Het remgeld voor bezoeken van verpleegsters, kinesisten en huisartsen werd afgeschaft. Ook werd een forfaitair bedrag vastgesteld om de kosten van uitgaven die niet rechtstreeks worden terugbetaald, te dekken. U zult het met mij eens zijn dat het moeilijk is om op dat vlak nog meer te doen.

De periode gedurende dewelke de palliatieve patiënt in aanmerking komt, kan inderdaad vragen oproepen. Per definitie kan iedere termijn arbitrair lijken. Daarom is het belangrijk voor ogen te houden dat palliatieve zorg een bijstand is aan personen van wie het levenseinde nabij is. Over de bepaling van de duur van het levenseinde bestaat een zekere consensus tussen de verschillende actoren die bij de problematiek zijn betrokken.

Dat betekent echter niet dat andere vragen onbeantwoord blijven, zoals de vraag van de thuiszorg of van de zorg in dagcentra van patiënten die lijden aan ernstige, chronische en degenererende pathologieën. Daarom lijkt het mij dat de kwestie van de continue zorg een bijzondere aandacht verdient en niet met het eveneens heel delicate debat van de palliatieve zorg moet interfereren.

Er is gevraagd of het voordelig zou zijn om een informatiecampagne te organiseren. Ik zie ter zake geen bezwaar. Ik ben echter wel van mening dat de beste informatie voor patiënten op dat vlak niet van een reclamecampagne komt, hoe goed die ook is gemaakt, maar veeleer via een regelmatige en gedetailleerde informatieverstrekking door beroepsmensen uit de gezondheidszorg of door verenigingen die met de patiënten in contact staan.

02.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Mijnheer de minister, u antwoordt terecht dat u op het vlak van de palliatieve zorg al een aantal stappen in de goede richting hebt ondernomen. Zij komen echter ruim laat en er zijn er volgens ons ook te weinig genomen.

Mijn vraag was ingegeven door het menselijke aspect, namelijk het bieden van een warm afscheid. U hebt ook even het financiële aspect aangehaald.

Op financieel vlak blijven wij erbij dat palliatieve zorg ten opzichte van medische hardnekkigheid kostenbesparend is. Daarom zijn kosten voor palliatieve zorg niet verlieslatend. Zij leveren indirect, wanneer wij de zaak louter financieel bekijken, winst op.

Ik blijf er echter bij dat voor ons het menselijke aspect veel belangrijker is.

Het is ook spijtig dat u niet ingaat op de vraag naar verruiming van de terugbetaling van de palliatieve zorg voor wie levensbedreigend ziek is. Dat was immers duidelijk een heel belangrijk punt dat in de enquête naar voren kwam. Ik hoop daarover bij gelegenheid nog een vraag te kunnen stellen.

Ik dank u in elk geval voor uw antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

03.01 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, transvetzuren ontstaan bij hydrogenatie van plantaardige vloeibare oliën zoals onder meer zonnebloemolie of sojaolie naar vaste vetten. Men gebruikt die omdat die vetten langer houdbaar zijn. Ze worden gebruikt voor het bakken van fastfood, chips, bakkerijproducten en dergelijke.

Uit overwegend Angelsaksische studies blijkt dat transvetzuren die ontstaan bij verharding van onverzadigde oliën een groter gevaar voor de gezondheid betekenen en zelfs heel wat gevaarlijker zijn dan die verzadigde vetzuren, waartegen zo lang ingegaan is.

In de Verenigde Staten, Canada en Denemarken is de overheid reeds streng opgetreden tegen deze gevaarlijke vetzuren in de voeding. Hierdoor worden veel fabrikanten gedwongen om hun producten aan te passen, gezien de grote risico's voor de consument. De voedingsindustrie in de Verenigde Staten en Canada is genooddaakt te stoppen met het gebruik van geharde of gedeeltelijk geharde plantaardige vetten in hun producten.

De Belgische consument is blijkbaar, volgens mijn bronnen, nog niet op de hoogte van hetgeen zich in het buitenland afspeelt. Daarom dacht ik dat het tijd was om een en ander te openbaren.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van de gezondheidsrisico's van transvetzuren? Zo ja, bent u bereid, best zo snel mogelijk, op nationaal niveau de nodige objectieve informatie te geven aan de consument: bekendheid te geven aan het probleem, suggesties te geven voor alternatieven, aandacht voor producten die vrij zijn van transvetzuren, vermelding van de hoeveelheid transvetzuren op labels enzovoort?

Bent u van plan om verbods- of beperkingsmaatregelen te nemen voor transvetzuren in voeding en fastfood? Zo ja, welke maatregelen wilt u nemen? Zo neen, waarom zult u dit niet doen?

03.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Verhaegen, ik deel uw bezorgdheid dat transvetzuren in voeding problemen kunnen veroorzaken voor de gezondheid. Mijn diensten volgen de debatten en adviezen op Europees niveau bij het European Food Safety Agency op.

Ik herinner u eraan dat er in België reeds aanbevelingen bestaan van de Hoge Gezondheidsraad om de inname van transvetzuren tot een minimum te beperken, maximum 1% van de dagelijkse energie-inname.

In tegenstelling tot de Amerikaanse situatie heeft de Europese voedingsindustrie op 1 januari 2003 reeds een zelfregulerende code opgesteld voor oliën en vetten. Door de IMACE-code, IMACE is de International Margarine Association of the Countries of Europe, staan de maximumgehalten vast op maximum 1% vetzuren voor de margarines, in de detailhandel 1 gram per 100 gram olie of vet en voor de industriële producten 5 gram per 100 gram olie of vet.

Het is hoe dan ook interessant om de discussies op internationaal niveau op te volgen, om te kijken of Europese normen inzake transvetzuren opportuun zijn. Dit debat is volop aan de gang bij de herziening van de Europese regelgeving inzake nutritionele etikettering.

Dit is een ingewikkelde materie omdat de eigenschappen van de transvetzuren zouden afhangen van hun oorsprong. Enkele wetenschappelijke studies wijzen er namelijk op dat transvetzuren van dierlijke oorsprong, natuurlijk aanwezig in zuivelproducten, niet dezelfde ongunstige effecten hebben als de transvetzuren van industriële oorsprong, ontstaan door hydrogenatie en de verhitting van oliën van plantaardige oorsprong.

De bezorgdheid inzake transvetzuren is ook opgenomen in het raam van de nationale voeding en het gezondheidsplan. De algemene voedingsgids die werd opgesteld, had ook tot doel om de consument beter bewust te maken inzake transvetzuren in een begrijpelijke taal, aangezien het voor de consument niet altijd duidelijk is wat het verschil is tussen transvetzuren, verzadigde en onverzadigde vetzuren.

Het is echter niet uitgesloten dat er bijkomende informatie rond de kwaliteit van de verschillende vetten verspreid zal worden. Dat zal afhangen van de resultaten van de tests van de campagne.

De fastfoodsector heeft reeds maatregelen genomen om de hoeveelheid transvetzuren te verminderen in hun producten.

Tevens wens ik u mede te delen dat de vzw Nubel op zijn internetwebsite "www.internubel.be" de volledige lijst publiceert van de Belgische producten met hun voedingssamenstelling, met inbegrip van de hoeveelheid aanwezige transvetzuren. Zo kunt u vaststellen dat er verbeteringen in dat verband zijn vooropgesteld en dat een van de belangrijkste doelstellingen erin bestaat ervoor te zorgen dat de gezondheid van de Belgen in de toekomst beter wordt.

03.03 Mark Verhaegen (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor uw uitvoerig antwoord, dat ik nog eens rustig zal doornemen.

Uit uw antwoord blijkt toch dat er inderdaad een terechte bekommernis is om die materie voort op te volgen. Er zijn heel wat gezondheidsrisico's aan verbonden. Ik hoop dat Europa ook een aantal stappen zet, zoals nu in de Verenigde Staten al gebeurd is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Samengevoegde vragen van

- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overmatig gebruik van kalmeringsmiddelen door rusthuisbewoners" (nr. 13662)

- mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het geneesmiddelengebruik in rusthuizen" (nr. 13726)

04 Questions jointes de

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

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

04.01 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik heb mijn vraag gebaseerd op twee elementen.

Ten eerste, op een artikel dat tussen kerstdag en nieuwjaar in de pers is verschenen onder de titel "Waarom slikken rusthuisbewoners gemiddeld acht pillen per dag?" In dat artikel werd de vinger op de wonde gelegd.

Ten tweede, mevrouw De Meyer sluit zich nu bij mijn vraag aan, maar ik meen mij te herinneren dat zij daarover in het verleden al een vraag gesteld heeft, naar aanleiding van een onderzoek van onder meer de christelijke mutualiteiten, die tot dezelfde conclusie gekomen waren. Of het nu gaat om kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen of wat dan ook, er worden gewoon te veel geneesmiddelen geslikt door oudere mensen in rusthuizen.

Ik heb mij in eerdere debatten herhaaldelijk op het standpunt geplaatst dat dit voor een stuk te maken heeft met het tekort aan personeel. Ik heb onder meer een lapidair, maar misschien toch sprekend, voorbeeld gegeven van het feit dat in sommige rusthuizen voor 80 bewoners slechts 2 nachtverpleegkundigen aanwezig zijn. In dergelijke omstandigheden is het van belang dat die oudere mensen een slaap- of kalmeerpil genomen hebben, want als zij 's nachts onrustig zouden zijn, dan zou het onmogelijk zijn voor 2 nachtverpleegsters om 80 zwaar zorgenbehoevende mensen, want dat zijn zij toch, te kunnen bijstaan en helpen.

Ik word in mijn stelling bijgetreden door dokter Baeyens, een bekende geriater, met naam en faam. Hij heeft onmiddellijk op het artikel gereageerd. Hij zei dat het hem niet verwonderde en dat het probleem hem

bekend was. Hij zei dat als geriater. Het is zijn vak. Hij zei wat ik daarover vroeger al heb gezegd. Hij bevestigde de stelling dat het te maken heeft met een manifest gebrek aan personeel in rusthuizen. Hij wond daar geen doekjes om. Hij zei bovendien dat de zogenaamde coördinerende raadgevende arts een uitdrukkelijker rol zou moeten spelen. In een rust- en verzorgingstehuis is er al enige tijd wettelijk voorzien in een arts, als aanspreekpunt, die in feite, op basis van een formularium en van alle interventies die elke huisarts daar doet bij een patiënt, de zaken zou moeten coördineren en in die zin het gezondheidsbeleid van het rust- en/of verzorgingstehuis zou moeten bewaken en sturen.

Ik heb de volgende vragen.

Mijnheer de minister, erkent u het probleem van het overdreven geneesmiddelengebruik in rusthuizen? Over welke aanwijzingen beschikt u zelf daarover? Ik heb verwezen naar een krantenartikel en een studie. Hebt u zelf aanwijzingen in die richting? Erkent u de stelling dat er in de rusthuizen minder pillen nodig zijn, maar meer personeel? Erkent u dat de functie van coördinerend raadgevend arts momenteel nogal willekeurig en vrijblijvend wordt ingevuld? Wat zult u in dat verband ondernemen?

04.02 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik wil mij graag bij de vraag van de heer Goutry aansluiten.

Onlangs publiceerde het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg een nieuwe studie over het geneesmiddelenverbruik in de Belgische rusthuizen.

Dat er in de Belgische rusthuizen polimediatie gebeurt, is een oud zeer. Dat er echter ook in het aanbod aan geneesmiddelen grote verschillen tussen de rusthuizen zijn, werd nog maar eens bewezen.

Mijnheer Goutry, het was trouwens de christelijke mutualiteit die een of twee jaar geleden een gelijkaardige studie had gevoerd. Zij kwam tot dezelfde resultaten, namelijk dat er grote verschillen tussen de rusthuizen waren en niet alleen tussen de regio's of tussen Vlaanderen en Wallonië, zoals vorige week nog door een collega van de andere kant werd beweerd. Neen, er zijn echt verschillen tussen de rusthuizen doorheen de regio's.

Er wordt nog altijd te veel en ondoeltreffend voorgeschreven.

Precies een jaar geleden diende ik samen met mevrouw Detiège een resolutie in over het geneesmiddelenverbruik in de rusthuizen en RVT's. In de resolutie pleitten wij toen, een jaar geleden, voor het formeel opleggen van het formularium, voor begeleiding en coaching van huisartsen die bij de rusthuizen betrokken zijn, voor een elektronisch medicatiedossier per rusthuisbewoner en voor een veralgemeende aanbestedingsprocedure in algehele transparantie voor de aankoop van geneesmiddelen in rusthuizen, zodat de aldus bedongen kortingen opnieuw ten voordele van de rusthuisbewoners kunnen worden aangewend. Dat kan, om te beginnen, door het verminderen van de factuur. De extra geneesmiddelen brengen immers ook extra kosten voor de rusthuisbewoner met zich. Dat kan echter ook door een groter aanbod aan ergotherapie, gezonde voeding en animatie.

Wij zouden, om feiten te vermijden, kunnen toewerken naar gepersonaliseerde verpakkingen per patiënt. Er moet een duidelijke registratie van de toediening van foute medicatie in rusthuizen komen. Daarvan is op dit moment nog geen sprake. Ten slotte, er moeten inderdaad, zoals de heer Goutry terecht opmerkte, duidelijke taakomschrijvingen en meer mogelijkheden voor de coördinerende arts komen. De coördinerende arts is immers, samen met het formularium, de spilfiguur bij het bewaken van het geneesmiddelenverbruik in het rusthuis. Zij moeten beide absoluut meer mogelijkheden en een grotere, wettelijke marge krijgen om in het rusthuis te kunnen ageren.

Alle voornoemde aanbevelingen, die wij toen in onze resolutie formuleerden, vinden wij ook terug in de studie van het Kenniscentrum. Onze fractie is dan ook vragende partij voor een hoorzitting in de commissie op basis van de conclusies van het Kenniscentrum.

Onze vraag is dan ook heel simpel.

Welke stappen wil de minister ondernemen om gevolg te geven aan de beleidsaanbevelingen, geformuleerd in de studie van het Kenniscentrum?

04.03 Minister **Rudy Demotte**: Dit is een zeer belangrijk en interessant debat. In de toekomst zal de algemene benadering van MRSA zeker nog besproken worden maar nu antwoord ik op de precieze vragen.

Mijnheer Goutry, wat uw eerste twee vragen betreft, uit de studie die uitgevoerd werd door het Kenniscentrum in samenwerking met het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en een veldstudie uitgevoerd door de universiteiten van Gent, Antwerpen en Louvain-la-Neuve blijkt inderdaad dat de geneesmiddelen in de rusthuizen voor bejaarden niet altijd even rationeel voorgeschreven en gebruikt worden. Deze studie kan geraadpleegd worden op de webstek www.kce.fgov.be.

Wat uw derde vraag betreft, een goede coördinatie tussen de verpleegkundigen, de afleverende apotheker en de voorschrijver zal het correct voorschrijven en verantwoord gebruik van geneesmiddelen bevorderen. Zowel verzorgenden als geneesmiddelen zijn nodig om de levenskwaliteit van de oudere inwoner op een zo hoog mogelijk peil te houden. Beide elementen vullen elkaar aan en treden in wisselwerking met elkaar om voornoemde doestelling te realiseren.

Ten vierde, het is inderdaad aangewezen dat de rol van de coördinerende arts binnen het kader van het rusthuis wordt versterkt. Uit de studie blijkt dat als de coördinerende arts zijn taak op een hoog niveau uitoefent, er een merkbare invloed is op het verantwoord voorschrijven van geneesmiddelen. In dit verband wens ik ook te verwijzen naar een document dat binnen het RIZIV is opgemaakt. Op basis van een tiental hoorzittingen werden aanbevelingen op papier gezet rond de mogelijke opdracht van de coördinerende arts in de RVT's. Dit document zal de komende weken worden voorgelegd aan de beleidsorganen van het RIZIV. Hierin lees ik dat de wettelijke opdracht die de coördinerende arts heeft, met name de coördinatie van het zorgbeleid, in realiteit een onmogelijke opdracht is en dat de therapeutische vrijheid van zijn collega's daardoor in het gedrang komt. Er wordt voorgesteld om dit te vervangen door overleg met de behandelende geneesheren, met als doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren, en voorstellen te doen voor het gebruik en de opmaak van een gemeenschappelijk geneesmiddelenformularium. Dit initiatief zou volgens het document moeten genomen worden op het niveau van een grotere zone om op die manier de verschillende gewoontes van de behandelende geneesheren te coördineren. In datzelfde document wordt voorgesteld om de opdracht van de coördinerende arts ook te voorzien in de instellingen die enkel een erkenning hebben als rustoord.

Ik verwacht dan ook vanuit de beleidsorganen van het RIZIV de nodige voorstellen ter zake.

Mevrouw De Meyer, al de elementen die u opsomt in uw mondelinge vraag, zijn inderdaad zeer belangrijke aspecten die betrekking hebben op het rationele en kostenefficiënte middelengebruik in een rustoord voor bejaarden. Het zal natuurlijk nog veel overleg vergen alvorens dat, in overleg met alle betrokken actoren, al dan niet kan gerealiseerd worden.

Zoals ik al in mijn antwoord aan de heer Goutry heb meegedeeld, is het inderdaad aangewezen dat de rol van de coördinerend arts binnen het kader van het rusthuis versterkt wordt. Uit de studie blijkt dat als de coördinerend arts zijn taak op een hoog niveau uitoefent, er altijd – dit is systematisch bewezen – een merkbare invloed is op het verantwoord voorschrijven van geneesmiddelen. In dat verband heb ik juist gezegd dat het RIZIV een studie, die tot nu toe niet gebruikt wordt, gevoerd heeft om de verschillende omstandigheden te verbeteren.

Ik herinner eraan dat de coördinatie veel overleg vergt. Er is natuurlijk een tegenstelling tussen de therapeutische vrijheid van het voorschrijven en de effectiviteit van de coördinatie, die nu moet uitgevoerd worden in het kader van de RVT's. Ik heb eraan toegevoegd dat het ook voor de gewone rusthuizen op poten moet gesteld worden.

Ik zal daarvan nog werk maken. Ik herhaal het nu nog eens, want het is voor mij heel belangrijk. Het is niet genoeg om vast te stellen dat de therapeutische vrijheid misschien kan aangetast worden door de coördinerende rol van een arts. Men moet tegelijkertijd ook zeggen hoe men de situatie kan omkeren en aan de verschillende problemen oplossingen kan bieden. Ik verwacht een voorstel daarover van het RIZIV.

04.04 **Luc Goutry** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het blijft voor mij duidelijk dat men echt serieuze inspanningen zal moeten leveren om de rol van die raadgevende, coördinerende arts uit te breiden en te bevestigen.

Het systeem zoals het nu werkt in de rusthuizen heeft geen zin. De meeste rusthuizen die zichzelf

respecteren, beschikken over een formularium. De verpleegkundigen zeggen mij echter dat dit nooit wordt geraadpleegd, dat het er ligt, elke dokter dat weet maar er niet in kijkt. Zij komen naar hun patiënt, behandelen die patiënt op een klassieke wijze zoals ze hem waarschijnlijk altijd behandeld hebben en stellen zich misschien te weinig vragen. Laat staan dat ze in overleg zouden staan, want wanneer zouden zij dat doen.

Dan heeft men natuurlijk de schijnpositie van die coördinerende arts. Die loopt daar af en toe eens binnen maar voelt zich totaal onmachtig. Vanuit welke bevoegdheid zou hij zeggenschap ten overstaan van zijn collega's hebben om een eenvormig beleid in een bepaald rusthuis te gaan ontwikkelen of om met de arts samen te zitten en te kijken naar dat formularium? Dat gebeurt in werkelijkheid niet.

Het zal dus het een of het ander zijn. Ofwel neemt men dwingende maatregelen, binnen erkenningsnormen of wat dan ook, waardoor huisartsen die naar hun patiënten komen verplicht zijn om een aantal momenten in formeel overleg te investeren. Ofwel moet men kiezen voor het andere model en moet men de zaak laten opvolgen door een coördinerende arts die dan een veel grotere rol krijgt. Dan wordt de rol van de nu aan en aflopende huisarts misschien ook in vraag gesteld.

Het zal het een of het ander zijn. Zoals het nu is, is het een poespas. Er is geen eenheid van beleid. De mensen van de verzorging en verpleging staan er op te kijken. Het rustoord heeft geen enkele vinger in de pap. Het kan daaraan niets zoen. Het moet volgen wat die verschillende artsen met de verschillende patiënten ondernemen.

Het zal het een of het ander zijn. Het is hoog tijd. De instrumenten zijn voorhanden. Het is echter onvoldoende uitgewerkt. Op die manier geraken wij er niet.

04.05 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik ben het een beetje eens met de heer Goutry. Als ik goed geluisterd heb, ben ik een beetje bezorgd over het voorstel dat naar het RIZIV gaat vertrekken. Ik hoor schermen met therapeutische vrijheid. Dat is juist een van de problemen op dit ogenblik. Zeggenschap hebben over hetgeen in het rusthuis gebeurt, is juist een van de cruciale problemen nu voor de coördinerende arts.

In plaats van de rol van de coördinerende arts te versterken, heb ik de indruk dat men nu terug naar af gaat en zegt dat men het via overleg zal doen. Dat lijkt mij de positie nog verder te verzwakken. Ik heb de indruk dat er op wetgevend vlak veel dwingender moet worden opgetreden om die coördinerende arts daadwerkelijk zijn functie te laten vervullen.

Ik kan wel in het tweede element van het antwoord komen.

In het advies wordt voorgesteld om het eventueel op een hoger vlak te tillen, niet per rusthuis dus, maar eventueel op een hoger echelon. Dat vind ik een goed voorstel. Misschien kan men zo iets organiseren op regionaal niveau, maar de coördinerende arts moet wel wettelijk meer middelen krijgen en het formularium moet men echt tot een gebruiksinstrument maken en niet tot een formeel document. Als het niet effectief gebruikt wordt, kan men het evengoed weggooien. Als het niet echt gebruikt wordt om tot een betere medicatie in het rusthuis te komen, heeft het geen zin, het is dan gewoon het zoveelste kafka-document.

04.06 Minister Rudy Demotte: Wij hebben daarvoor natuurlijk niet veel tijd, maar ik zou toch graag even reageren op de repliek van de heer Goutry en mevrouw De Meyer.

Ik deel uw mening dat het een beetje dubbelzinnig is te stellen dat de coördinerende arts meer middelen moet krijgen als men tegelijk vaststelt dat zijn opdracht in aanvaring komt met de therapeutische vrijheid. Ik voel het ook zo aan. Het is echter een debat waarmee ik altijd te maken krijg. Als ik bijvoorbeeld een beter voorschrijfgedrag van geneesmiddelen promoot, waarschuwt men onmiddellijk ervoor dat dit in strijd met de therapeutische vrijheid is. Als ik generische geneesmiddelen promoot, waarschuwen artsen me dat ik op hun terrein kom. Ik kan dat begrijpen. Dat is het terrein van de therapeutische vrijheid.

Nu moet men echter objectief vaststellen dat er in de rusthuizen problemen bestaan en dat de middelen van de rusthuizen zeker niet in evenwicht zijn, in vergelijking met de middelen van de ziekenhuizen. Dat is nog een eufemisme. Men beschikt daar niet over de geschikte instrumenten. Ik meen dat men over meer instrumenten moet beschikken, natuurlijk rekening houdend met de therapeutische vrijheid. Ik zal de problematiek met een zeer concreet voorbeeld illustreren.

Stel u voor dat de coördinerende arts in de toekomst meer bevoegdheden krijgt, zelfs inzake het voorschrijven van geneesmiddelen voor de patiënten in een rusthuis. Hij komt dan rechtstreeks in confrontatie met zijn collega's. Het debat bestaat nu reeds in de rusthuizen. Er zijn rustoorden die bijvoorbeeld een arts as such aanwerven. De bewoners moeten dan via die arts passeren voor de verschillende raadplegingen. U kent dat probleem ook in het OCMW, mijnheer de voorzitter.

Het is dus nu al een probleem. Dat het RIZIV waarschuwt voor het probleem, kan ik begrijpen. Ik ben door de vaststelling echter ook gefrustreerd. Het is immers gemakkelijk te wijzen op de tegenstelling tussen de opdracht en de concrete paden die kunnen worden gevolgd om de opdracht te vervullen. Dat is gemakkelijk. Ik verwacht nu concrete voorstellen, rekening houdende met het feit dat de voorstellen efficiënt moeten zijn. Zij moeten werken en moeten tot een verbetering leiden.

04.07 Luc Goutry (CD&V): Mijnheer de voorzitter, therapeutische vrijheid is inderdaad nooit een doel op zich. Het is een methode die het mogelijk moet maken om aan betere geneeskunde te doen. Wij zijn er voorstanders van dat dokters onafhankelijk moeten kunnen oordelen.

04.08 Minister Rudy Demotte: Een staatsartsengeneeskunde is ook een maatschappelijk model.

04.09 Luc Goutry (CD&V): Als dit niet in strijd is met de belangen van de patiënt, is dat voor mij geen probleem. Hier is dat echter wel het geval. Hier is duidelijk meer structuur, overleg en eenheid nodig. Als dat met de therapeutische vrijheid wringt, moeten wij zelf de keuze maken.

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

De **voorzitter:** Mijnheer Germeaux, u krijgt het woord voor uw vraag nr. 13673 over het ethische thema rond het "bevriezen" van gehandicapte kinderen.

04.10 Jacques Germeaux (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik stel deze vraag naar aanleiding van een krantenartikel over een ingreep in de Verenigde Staten, die blijkbaar ook in België toegepast wordt. Het gaat over het ethische thema rond het "bevriezen" van gehandicapte kinderen.

Naar aanleiding van enkele recente krantenberichten en recente tv-reportages komt de problematiek rond het "bevriezen" van gehandicapte kinderen opnieuw in de belangstelling.

04.11 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, deze vraag stond niet op mijn agenda.

De **voorzitter:** Mijnheer Germeaux, uw vraag staat niet op de agenda van de minister, maar wel op de agenda van de commissievergadering.

04.12 Minister Rudy Demotte: Ik moet mij verontschuldigen: ik heb geen antwoord. Ik zou zeker wat kunnen improviseren.

04.13 Jacques Germeaux (VLD): Mijnheer de minister, dat heeft geen zin. U mag uw antwoord bevriezen. Het is niet erg.

04.14 Minister Rudy Demotte: Mijnheer de voorzitter, ik stel voor om die vraag in de volgende commissievergadering te bespreken.

De **voorzitter:** Gaat u daarmee akkoord, mijnheer Germeaux?

04.15 Jacques Germeaux (VLD): Nee! (*Gelach*)
Het is geen probleem, mijnheer de voorzitter.

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

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

05.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, sinds de inwerkingtreding van de wet op de patiëntenrechten hebben nabestaanden onder bepaalde voorwaarden het recht om het medisch dossier van hun overleden familielid in te zien.

De wet stipuleert dat dat kan, voor zover het verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en - en dit is de passage waarover het gaat - de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet.

De praktijk leert echter dat die wettelijke vooruitgang op het terrein soms in belangrijke mate wordt tenietgedaan door allerlei restrictieve interpretaties van de zinsnede in verband met het uitdrukkelijk verzet. Die restrictieve interpretaties komen vanuit het veld van de beroepsbeoefenaars.

Ik geef het voorbeeld van een vrouw die inzage in het dossier van haar overleden vader vraagt. Dat wordt haar geweigerd, omdat zij het overlijden van haar vader pas nadien heeft vernomen. Men interpreteert het feit dat zij niet bij haar vader was op het moment dat hij overleed en het feit dat zij dat pas nadien heeft vernomen, als een uitdrukkelijk verzet van haar vader tegen haar vraag om zijn dossier in te zien.

Mijnheer de minister, onderschrijft u, ten eerste, de stelling dat, terwijl de wet betreffende de rechten van de patiënt een uitdrukkelijk verzet eist, de bepaling door een zogenaamde ruime interpretatie niet mag worden omgezet in een impliciet verzet de factor? Erkent u dat allerlei daden of omissies van de patiënt die niet noodzakelijk de bedoeling hadden zich te verzetten tegen een inzage van het dossier, maar die slechts op impliciete wijze een dergelijk verzet zouden kunnen inhouden, onvoldoende zijn om een inzage te weigeren? Ik verwijs naar het voorbeeld dat ik net heb gegeven.

Ten tweede, onderschrijft u de stelling dat de beroepsbeoefenaar de verantwoordelijkheid voor het al of niet inwilligen van een verzoek tot inzage niet van zich mag afschuiven door systematisch naar de rechtbank te verwijzen, zoals vandaag spijtig genoeg het geval is? Onderschrijft u de stelling dat de Nationale Orde van Geneesheren en de provinciale ordes als behoeders van de medische plichtenleer onder meer tot taak hebben actief mee te werken aan het in de wet vastgelegde inzagerecht, dat zij in hun adviezen dan ook best niet suggereren dat een uitdrukkelijk verzet dermate ruim moet worden geïnterpreteerd dat ook een impliciet verzet voldoende is, en dat zij hun leden best niet aanzetten om verzoeken tot inzage systematisch te verwijzen naar de rechtbank?

05.02 Minister Rudy Demotte: Mevrouw Lahaye-Battheu, de wet op de rechten van de patiënt bepaalt inderdaad dat na het overlijden van de patiënt de echtgenoot of de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad via een beroepsbeoefenaar het recht hebben tot inzage in het patiëntendossier, behalve indien de patiënt zich daartegen uitdrukkelijk en expliciet dus verzet heeft. Er is het beginsel dat elke uitzonderingsbepaling waarin voorzien wordt in een wet, beperkend moet worden geïnterpreteerd. Daarenboven is de tekst van de wet zoals wij die hebben opgesteld, zeer duidelijk. Het impliceert dat er geen verschil bestaat tussen de tekst als zodanig en de ratio legis ervan.

Welnu, daaruit kunnen wij concluderen dat de zogenaamde ruime interpretaties van die wettelijke bepalingen, zoals aangehaald door u, mevrouw Lahaye-Battheu, inderdaad misplaatst en zelfs strijdig zijn met de tekst en het doel van de wet.

Ik onderschrijf natuurlijk de stelling dat er een probleem is indien een beoefenaar systematisch patiënten die de toepassing van de wet vragen, doorverwijst naar een rechtbank. Ik ben het ook met u eens dat de organen van de beroepsordes geen adviezen kunnen inbrengen die strijdig zouden zijn met de wet op de rechten van de patiënt.

05.03 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Ik dank u, mijnheer de minister, voor uw overduidelijke antwoord.

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

De **voorzitter:** Mevrouw Lahaye-Battheu u hebt vraag nr. 13669 over de ziekenhuisbacterie bij varkens. De heer Verhaegen was hier, maar is nu weg. Hij had op uw komst gewacht. Ik stel voor dat de vragen naar de volgende vergadering verschoven worden.

05.04 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Hij komt niet meer terug?

De **voorzitter**: Neen.

05.05 Luc Goutry (CD&V): Hij heeft mij daarjuist gebeld. Hij was Brussel al aan het uitrijden. Hij kan onmogelijk nog op tijd terug zijn.

05.06 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Ik ga ermee akkoord de vragen uit te stellen.

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

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

06.01 David Geerts (sp.a-spirit): Mijnheer de voorzitter, collega's, mijnheer de minister, ik zal het woord slechts eenmaal uitspreken. Daarna zal ik de afkorting gebruiken. Ik zou u graag een vraag over semiautomatische externe defibrillatoren, afgekort SAED, willen stellen.

In het kader van de dringende medische hulpverlening hebben de brandweerdienst en waarschijnlijk ook de dienst 100 van de brandweer van Heist-op-den-Berg evenals een aantal andere korpsen via een rijksgezondheidsinspecteur SAED-toestellen gekregen.

De betrokken dienst 100 beschikte reeds over dergelijke toestellen. Aangezien het om een vrij groot gebied gaat, werden zij in het verleden reeds in de ambulances geplaatst. Wij waren er immers van overtuigd dat de toestellen levens zouden kunnen redden.

Blijkbaar mogen, volgens wat mij werd verteld, de SAED-toestellen enkel en alleen worden gebruikt door de dienst 100 van de brandweer waaraan zij werden toegekend. Daarom heb ik de volgende vragen.

Klopt het dat de SAED-toestellen enkel en alleen door de dienst 100 van de brandweer mogen worden gebruikt?

Ten tweede, kunnen de toestellen eventueel aan andere diensten worden uitgeleend? Ik denk bijvoorbeeld aan de lokale politie, die met de interventiepatrouilles en -wagens soms sneller dan de dienst 100 aanwezig zijn. Er zou ook een samenwerkingsverband kunnen komen van geneesheren, die een dergelijke dienstverlening kunnen geven. Ik weet niet of het kan. Indien het kan, is het noodzakelijk dat het personeel van de lokale politie de opleiding kan volgen.

Is het wenselijk? Betekent het geen verzwaring van de last?

06.02 Minister Rudy Demotte: Mijnheer Geerts, ik zal u zeer kort antwoorden, want ik denk dat het duidelijk is.

Ten eerste, het gebruik van semiautomatische externe defibrillatoren is niet beperkt tot de dienst 100, die trouwens niet alleen door brandweerlui wordt bemand, zoals uw vraag misschien zou kunnen doen vermoeden. Integendeel, de wet van 12 juni 2006 stelt het gebruik van SAED's open voor iedereen, zolang de voorwaarden vastgesteld door de Koning, vervuld zijn.

Ten tweede, natuurlijk impliceert dat dat het gebruik van het toestel onafhankelijk is van de persoon die het gebruikt.

De FOD Volksgezondheid subsidieert een cursus Defibrillatie. Die module kunnen hulpverleners en ambulanciers volgen. 10.200 hulpverleners en ambulanciers zijn betrokken. Ik ben natuurlijk niet bevoegd voor de politie, maar in principe zouden ook politieagenten en andere korpsen die moeten kunnen tussenkomen, de cursus moeten kunnen volgen.

06.03 David Geerts (sp.a-spirit): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

Ik heb nog een vraag ter verduidelijking. Kunnen de toestellen die gegeven zijn via de rijksgezondheidsdienst, dan in principe in de zone blijven, op voorwaarde dat andere beschikken over de nodige opleiding om ze te gebruiken?

06.04 Minister **Rudy Demotte**: Het is steeds beter om een opleiding te krijgen.

U moet weten dat er een aantal defibrillatoren ter beschikking gesteld is door de overheid. Andere defibrillatoren kunnen gekocht worden door, bijvoorbeeld, de lokale overheden.

Ik heb dit al gezegd in het algemene debat toen men de wet veranderde om dit mogelijk te maken. Ik herhaal dat ik van mening ben dat het altijd beter is een opleiding te geven aan degenen die moeten ingrijpen. Het is geen speelgoed. Zelfs indien het gebruikt kan worden door niet gespecialiseerde mensen, moet het toch omkaderd worden door een goede scholing of opleiding.

06.05 **David Geerts** (sp.a-spirit): Ik had de indruk dat men mij zei dat omdat wij reeds over de toestellen beschikten, de door de FOD ter beschikking gestelde toestellen niet meer konden worden gebruikt. Wij kregen er twee bijkomende omwille van de toestand in ons korps. Ik kreeg de boodschap dat die niet onmiddellijk konden worden ingezet omdat we er reeds over beschikten. Ik vond het onlogisch dat we die in het magazijn moesten laten staan. We zullen het verder uitzoeken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.22 uur.

La réunion publique de commission est levée à 12.22 heures.