

COMMISSION DE LA SANTÉ
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 30 NOVEMBRE 2010

DINSDAG 30 NOVEMBER 2010

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14:08 uur en voorgezeten door de heer Hans Bonte.
La séance est ouverte à 14:08 heures et présidée par M. Hans Bonte.

01 Question de Mme Valérie De Bue à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les boissons énergisantes" (n° 1086)
01 Vraag van mevrouw Valérie De Bue aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de energiedrankjes" (nr. 1086)

01.01 Valérie De Bue (MR): Monsieur le président, madame la ministre, une étude menée par l'Agence américaine de régulation des médicaments en arrive à des conclusions assez importantes concernant la dépendance à l'alcool. Il ressort clairement que mélanger des boissons énergisantes à de l'alcool peut conduire à une ivresse éveillée. La caféine contenue dans ces boissons a pour méfait de masquer l'état d'ébriété. Pourtant, physiquement, les personnes sont toujours dans le même état et leurs réflexes sont toujours aussi déficients. La recherche indique que ceux qui ont fréquemment recours aux boissons énergisantes présentent, dans les statistiques, un fort risque de devenir alcooliques et de boire de trop.

En 2009, le rapport du Conseil supérieur de la Santé mettait en garde contre les dangers d'une surconsommation de boissons énergisantes et de la dépendance à l'alcool. Madame la ministre, quelles actions pourrions-nous mener par rapport à ces recommandations qui viennent d'être confirmées par d'autres études? Ne faudrait-il pas lancer une campagne de sensibilisation ou prendre d'autres initiatives?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame De Bue, à notre connaissance, ce type de boisson, contenant de la caféine et de l'alcool, n'est pas disponible sur le marché belge. Bien qu'il n'existe pas de norme spécifique harmonisée sur le sujet, ce genre de produit tombe sous le champ d'application du règlement 178/2002 *General Food Law* qui prévoit de pouvoir prendre des mesures d'interdiction après évaluation des risques, au cas par cas, pour des denrées considérées comme dangereuses pour la santé.

Toutefois, il est important de rappeler qu'en Belgique, ce type de mesure existe dans le cadre relatif aux additifs alimentaires. Cette mesure interdit l'utilisation de la caféine dans des boissons autres que des boissons rafraîchissantes. Notre législation offre donc toutes les garanties étendues pour protéger et informer les consommateurs à risque des effets potentiellement néfastes qui peuvent être liés à ces boissons en ce qui concerne la caféine.

Pour rappel, l'étiquetage de ces boissons doit comporter une mention relative à la haute teneur en caféine: la mention de la teneur en caféine exprimée en mg/100 ml, une indication à l'attention des personnes qui devraient éviter de consommer la denrée alimentaire en question et un avertissement approprié pour ce qui concerne les produits susceptibles de présenter un risque pour la santé en cas de consommation excessive. Cela vise très clairement les enfants de moins de 16 ans et les femmes enceintes. Ces mentions sont légalement obligatoires en vertu de l'arrêté royal du 13 septembre 1999 relatif à l'étiquetage des denrées alimentaires non préemballées et en vertu du règlement européen 1924/2006.

Dans un autre projet de règlement européen, actuellement en discussion, il est prévu de renforcer

l'information au consommateur par la mention obligatoire de l'avertissement "Non recommandé aux enfants et aux femmes enceintes" dans le même champ visuel que le nom du produit.

La législation actuelle prévoit aussi une limite maximale de 320 mg par litre de caféine, qui n'est autorisée que dans les boissons rafraîchissantes. Les produits constitués d'un mélange de boisson énergisante et d'alcool ne peuvent pas contenir de caféine, au contraire de certains produits commercialisés aux États-Unis.

Par ailleurs, comme je vous en ai déjà fait part précédemment, j'ai personnellement interpellé le commissaire européen, M. John Dalli, concernant la problématique plus large de la consommation de caféine par la population, notamment la multiplication des sources de caféine. Cette problématique est donc actuellement étudiée au niveau européen dans le cadre de l'EFSA, qui envisage de lancer une étude de collecte de données sur les effets néfastes des boissons énergisantes contenant notamment de la caféine.

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude déterminant le niveau de teneur en alcool et en caféine à partir duquel la toxicité du mélange est avérée. Cependant, j'ai demandé à mon administration de faire des recherches sur ce point spécifique, notamment de faire une analyse de la littérature internationale sur la question.

En ce qui concerne une campagne d'information, vous n'êtes pas sans savoir que cela relève de la compétence des différents niveaux de pouvoir, plus particulièrement des Communautés. Dans cette optique, les autorités compétentes devront tenir compte des résultats de l'enquête réalisée récemment par le CRIOC, à savoir que les canaux de communication et les messages à donner doivent être spécifiquement adaptés au public visé, donc les jeunes.

Pour terminer, je signalerai que de nombreuses actions de sensibilisation sont réalisées par les Communautés contre l'abus de consommation d'alcool.

01.03 Valérie De Bue (MR): Madame la ministre, merci pour votre réponse très complète.

Vous dites que ce n'est pas commercialisé en Belgique. Pourtant, les boissons du type Red Bull sont concernées.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: Mais elles doivent aussi contenir de l'alcool; soyons clairs!

01.05 Valérie De Bue (MR): Oui, d'accord. C'est très complet.

Soyons néanmoins vigilants, car les parts de marché de ces boissons ne font qu'augmenter. Merci pour vos précisions concernant la législation et l'étiquetage.

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

02 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de achterstand in België betreffende het gebruik van sublinguale medicatie bij kanker doorbraakpijnen" (nr. 1089)

02 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le retard de la Belgique quant à l'usage de médicaments sublinguaux lors de 'break through pain' chez les malades atteints de cancer" (n° 1089)

02.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, over dit onderwerp heb ik u al eens aangesproken bij een algemene uitzending over een of andere programmatwet. Ik vind dit echter zo belangrijk dat ik erop terugkom. Ik ben namelijk ook nog eens naar een avond van de huisartsen geweest over palliatieve verzorging.

Bij de palliatieve verzorging blijkt een van de grootste problemen het onder controle krijgen van de pijn te zijn. Die pijn kan plots opduiken. Waarschijnlijk is dat, in sommige gevallen, verklaarbaar door doorgroei van de tumoren door zenuwen en bloedbanen. Tumoren knagen immers overal door. Die pijn is zo hevig dat hij de gewone chronische pijn als het ware doorbreekt en daarmee ook de werking van de medicatie die aan de patiënt is toegediend. Het is een pijn die na drie minuten al een enorme intensiteit kan bereiken en die niet te

tolereren is.

Doorgaans behandelen wij terminale patiënten met morfine, maar bij doorbraakpijnen hebben wij daar niets aan, omdat morfine pas begint te werken na dertig minuten. Wij weten echter dat de pijn het meest intens is na drie minuten. Dan moet er al heel snelle verpleging zijn, die eerst nog toestemming van de arts nodig heeft om die medicatie toe te dienen. Dan nog dertig minuten wachten is wel zeer lang. Oncologen en specialisten inzake pijnbestrijding zijn het erover eens dat de huidige standaardbehandeling met morfine niet volstaat. Echter, morfine is al de hoogste trap in onze pijnbestrijding.

In de ons omringende landen, in vrijwel alle Europese landen, is er een transmucosaal middel. Dat wil zeggen dat het via de mucosa onder de tong wordt toegediend. De toediening is zeer gemakkelijk, zeker als de patiënt niet meer kan slikken. Sommige patiënten zijn zodanig vermagerd dat een inspuiting ook niet altijd meer mogelijk is. Een transrectale toediening kan ook niet altijd omdat er diarree en aanverwante problemen mee gepaard gaan. Een transmucosale toediening is dan nog een van de meest gebruikte toegangswegen om de medicatie in de patiënt te laten doordringen.

In de ons omringende landen bestaat dat transmucosaal middel dus. Het is een middel op basis van fentanyl, dat zeer snel werkt, want het wordt gebruikt in de anesthesiologie. Wij zijn het enige land, naast – stel u voor – Turkije en Cyprus, waar deze categorie van geneesmiddelen niet tot de standaardbehandeling van de pijnbestrijding behoort.

De reden is de volgende. Het middel werd in België gepresenteerd en volgens de geëigende weg aan de CTG voorgelegd, maar het werd geweigerd omdat de prijs zozeggd te hoog zou zijn geweest. Uit nazicht blijkt echter dat in zeventien West-Europese landen de prijs hoger is dan de in België aangevraagde prijs. Nochtans zijn de geneesmiddelen ginds al jaren op de markt. België vormt dus een heel spijtige uitzondering.

Een bijkomend probleem is dat de CTG heeft verklaard dat er een vorm van morfine bestaat, met name MS Direct, die ook langs het tonglijmvlies kan worden opgenomen. Voormeld product is ondertussen uit de markt genomen. Dat vormt aldus een zeer groot probleem.

Mevrouw de minister, u weet dat de behandelende artsen en de apotheken van het voorschrijven van het product niet rijk zullen worden.

Ik weet niet op welke manier dit mogelijk is, maar bent u bereid de beslissing van de CTG te laten herzien en herevalueren, wetende dat de andere vorm nu uit de markt is genomen en wetende wat de prijzen in het buitenland zijn? Aldus kunt u ervoor zorgen dat het product in kwestie in België op de markt kan komen.

Ik wil hier niet flauw doen, maar vele patiënten zullen met het product gebaat zijn.

02.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, momenteel zijn er, behalve de magistrale morfinebereidingen, reeds twee niet-morfinespecialiteiten voor de behandeling van paroxysmale doorbraakpijnen vergoedbaar, met name Temgesic en Oxycodone. De procedure voor een derde specialiteit, Palladone Immediate Release, is lopende. De oncologische patiënten met paroxysmale doorbraakpijn kunnen momenteel al adequaat worden behandeld.

Op basis van de door de firma aangeleverde, wetenschappelijke informatie en het farmaco-economische kader van beide specialiteiten, Actic en Abstral, en rekening houdende met het feit dat er een statistisch, significant verschil was ten opzichte van morfine in de intensiteit en de afname van de pijn op verschillende tijdstippen na de toediening, heeft de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een negatief advies uitgebracht.

Beide specialiteiten waren ook tien- tot twintigmaal duurder dan de morfine, wat niet in verhouding was tot de mate van het klinisch voordeel.

In dit stadium is er dus geen reden om het negatieve advies van de CTG niet te volgen. De betrokken firma's kunnen altijd een nieuw dossier indienen om de toegang tot de terugbetaling te vragen in klasse 1 indien de klinische gegevens afdoende zijn. Indien het advies van de CTG negatief zou blijven, kunnen zij voorstellen om een overeenkomst met het RIZIV te sluiten. Een dergelijke overeenkomst zou de budgettaire hinderpalen voor de toegang tot de terugbetaling kunnen laten opheffen.

02.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, het is moeilijk om dat allemaal naast elkaar te plaatsen, vooral omdat dit zeer lijvige dossiers zijn. Ik ben het er echter niet mee eens dat men de prijs vergelijkt met die van morfine. Als men de prijs vergelijkt moet men ook de werking vergelijken. De werking is krachtiger dan die van morfine. U weet dat morfine eigenlijk een zeer goedkoop geneesmiddel is dat zeker zijn plaats heeft, maar dat ook veel nevenwerkingen heeft. Die nevenwerkingen zijn bij stijging van de dosis voor de patiënt, zeker voor de terminale patiënt, zeer ongelukkig. De meest gekende zijn braken en constipatie, maar dan constipatie op zo'n manier dat men daar in de laatste dagen van zijn leven bijna door crepeert.

Wij moeten heel voorzichtig zijn. Wij zijn nu zover dat wij werkelijk alles doen om mensen palliatieve verzorging te geven. Het is bijna zoals iemand naar de oorlog sturen met alleen pijn en boog. Wij moeten het arsenaal aan geneesmiddelen voldoende krachtig maken om de mensen die aan pijnbestrijding doen in de palliatieve verzorging genoeg instrumenten te geven. Ik wou dit meegeven.

De **voorzitter**: Mevrouw De Block, dit onderwerp komt ongetwijfeld terug aan bod in een latere fase.

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

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Maya Detiège aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "esbl-vormende bacteriën" (nr. 1078)
- mevrouw Reinilde Van Moer aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het misbruik van antibiotica in ziekenhuizen en rusthuizen" (nr. 1132)
- de heer Manu Beuselinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het antibioticagebruik en het voorkomen van multiresistente *Klebsiella pneumoniae* in de EU en ons land" (nr. 1133)

03 Questions jointes de

- Mme Maya Detiège à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les bactéries productrices de BLSE" (n° 1078)
- Mme Reinilde Van Moer à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'abus d'antibiotiques dans les hôpitaux et les maisons de repos" (n° 1132)
- M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'utilisation d'antibiotiques et la prévention de la *Klebsiella pneumoniae* multirésistante dans l'UE et dans notre pays" (n° 1133)

03.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, volgens een onderzoek uitgevoerd aan de universiteit van Antwerpen, is in de Belgische rusthuizen 19 % van de bewoners drager van de MRSA-ziekenhuisbacterie. Hierbij dient wel vermeld te worden dat drager zijn niet hetzelfde is als ziek zijn.

De cijfers vestigen bovendien de aandacht op een probleem dat al langer dan vandaag aanwezig en onderkend is. Het is bovendien een probleem dat zich ondertussen ook in de thuiszorg situeert.

Een van de oorzaken van het hoge percentage ligt in het oneigenlijke gebruik van antibiotica, waardoor bacteriën een groeiende resistentie vertonen tegenover diezelfde antibiotica. Evenzeer, en nog belangrijker, is de handhygiëne en het gebruik van alcolgel bij de zorgverstrekkers.

In de beleidsnota van Volksgezondheid van 2010 maken de volgende elementen duidelijk dat de minister op de hoogte is van deze problematiek. Ik citeer: "Gezien de bevoegdheid van rusthuizen, RVT's en het geneesmiddelenbeleid ressorteren onder zowel de federale overheid als de Gemeenschappen en Gewesten, heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid in haar vergadering van 28 september 2009 beslist om na te gaan hoe dit volledige geneesmiddelenproces, zoals voorschrijven, verdelen en toedienen, kan worden verbeterd. Hiervoor zouden een aantal projecten worden gestart waarvoor in een budget van 0,6 miljoen euro is voorzien in 2010."

Wat betreft het geneesmiddelenbeleid in de ziekenhuizen werd 4,5 + 3,25 miljoen euro uitgetrokken met als

uiteindelijke betrachting niet alleen geneesmiddelen te betalen, maar ook er voor te zorgen dat het gebruik van geneesmiddelen door competente mensen wordt verzorgd en bewaakt.

Tenslotte werd er via de Gemeenschappen en Gewesten een project opgestart om de infecties tegen te gaan die aan de zorgverstrekking zijn verbonden.

Mevrouw de minister, wat is er geworden van de projecten die nagaan hoe het volledige geneesmiddelenproces kan worden verbeterd? Wat hebben ze al opgeleverd?

Volgen er, naast de campagne voor verstandig antibioticagebruik die eraan komt, nog initiatieven om specifiek het antibioticamisbruik tegen te gaan?

Vanuit mijn vermoeden dat een deel van de verantwoordelijkheid bij de BAPCOC wordt gelegd, is mijn vraag of er jaarverslagen zijn van wat de BAPCOC al dan niet realiseert of gerealiseerd heeft? En, zo ja, waar die te vinden zijn?

03.02 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de multiresistente *Klebsiella pneumoniae*.

In 2008 kwam de multiresistente *Klebsiella pneumoniae* in drie verschillende ziekenhuizen bij 5 patiënten in ons land voor.

Het probleem ligt blijkbaar vooral in Griekenland, waar de resistentie zeer groot is geworden.

De verspreiding van die bacterie gaat blijkbaar over heel Europa. Het enig lichtpuntje vandaag is dat in sommige landen het aantal MSRA-besmettingen afneemt.

Mevrouw de minister, daarover heb ik de volgende vragen.

Komen de bevindingen die het European Centre for Disease Prevention and Control naar voren schuift, overeen met de conclusies die kunnen worden getrokken op basis van gegevens over ons land?

Zijn er sedert 2008 nog meer gevallen van die multiresistente *Klebsiella pneumoniae* geregistreerd? Zo ja, hoeveel en waar?

Hebt u vanuit het Belgisch Voorzitterschap van de EU al een initiatief genomen in het raam van deze problematiek? Bent u van plan om ter zake nog nieuwe initiatieven te nemen in het raam van het Belgisch Voorzitterschap?

Acht u de richtlijnen die totnogtoe werden uitgevaardigd en de acties die totnogtoe werden opgezet inzake het beter gebruik van antibiotica en het verbeteren van de ziekenhuishygiëne, voldoende in de bestrijding van de multiresistente *Klebsiella pneumoniae*?

03.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, ik zal ook op de vragen van mevrouw Detière antwoorden.

Het is een beetje technisch, mijnheer de voorzitter.

De **voorzitter**: Dat is geen probleem.

03.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, u bent misschien een deskundige? Ik niet.

De ESBL, de Extended Spectrum Beta-Lactamases, die plasmiden die het mogelijk maken om resistentiegenen tussen bacteriën van dieren en mensen uit te wisselen, werden in verschillende micro-organismen en ecosystemen ontdekt. Ze werden teruggevonden bij bacteriën bij pluimvee, varkens en mensen.

Het risico voor de consument om met die resistentiedragende bacteriën in aanraking te komen, is aanzienlijk. Onderzoek heeft uitgewezen dat er een hoge resistentie voor sommige antibiotica bestaat bij *E.coli*, dus *escherichia coli*, die op kippenkarkassen voorkomt. Uit een onderzoek van 2006-2009 blijkt dat

die resistente kiem in 15 % van kippendelen en 64 % van de kippenkarkassen kan worden gedetecteerd.

Kippenvlees eten is echter veilig indien bij de bereiding de essentiële hygiënevoorschriften worden toepast, zoals: frequent de handen wassen, ervoor zorgen dat de snijplanken waarop het rauw vlees gesneden werd niet met de al bereide voedingswaren in aanraking komen, en voldoende lange verhitting van het vlees.

Om E.coli te doden moet men gedurende dertig minuten tot een temperatuur van 60° verhitten.

Wat het voorkomen van bepaalde resistente kiemen betreft, bewaakt het toezichtteam voor nosocomiale infecties van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid verschillende probleembacteriën in de ziekenhuizen. Wanneer men de evolutie van de laatste jaren bekijkt, kan men vaststellen dat, ondanks de gedane inspanningen, de voor ESBL positieve E.coli in de ziekenhuizen ongunstig evolueert. Dit in tegenstelling tot resistente klebsiella en voor ESBL positieve Enterobacterstammen waar men wel een gunstige evolutie kan ontwaren.

De incidentie van ESBL positieve E.coli nam immers toe van 2,2 gevallen per 1.000 opnames in 2005 naar 3,4 gevallen per 1.000 opnames in 2008. Tijdens het eerste semester van 2009 was de incidentie opnieuw iets lager, 2,9 gevallen per 1.000 opnames. De evolutie van voor ESBL positieve Klebsiella pneumoniae is daarentegen gunstig en toont vooral sinds het laatste semester van 2006 een daling. De incidentie van voor ESBL positieve Klebsiella pneumoniae in ziekenhuizen daalde van 1 geval per 1.000 opnames in 2006 tot 0,48 gevallen per 1.000 opnames in 2009.

Wat de overconsumptie en het oneigenlijk gebruik van antibiotica betreft, moet deze problematiek zowel op nationaal als op Europees vlak in de humane geneeskunde en de diergeneeskunde worden onderzocht. In België onderneemt het Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee al sinds 1999 actie ter promotie van het verantwoord gebruik van antibiotica en de beheersing van infecties.

Zonder in detail te treden, wil ik hier enkele van de belangrijkste projecten en initiatieven van het BAPCOC opsommen.

Jaarlijkse multimediacampagnes gericht naar publiek, artsen en apothekers, ter bevordering van het verantwoord gebruik van antibiotica in de ambulante praktijk.

De oprichting van antibiotherapiebeleidsgroepen in alle acute ziekenhuizen die wetenschappelijk gewaardeerd werk verrichten. De analyses uit de jaarrapporten van voornoemde antibiotherapiebeleidsgroepen werden in het gerenommeerde wetenschappelijke tijdschrift *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* gepubliceerd.

Een ander initiatief is de publicatie van klinische praktijkrichtlijnen over specifieke courante infecties.

Ook is er de publicatie van de *Belgische Gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk* en zijn er tweejaarlijkse campagnes ter bevordering van de handhygiëne in ziekenhuizen, die naar zorgverleners en patiënten zijn gericht.

Bovendien zijn er verschillende beleidsondersteunende studies, zoals de prevalentie van MRSA-dragerschap bij bewoners van RVT's en prevalentie van MRSA-dragerschap bij varkens en varkenshouders.

In 2011 zal ook worden gestart met tweejaarlijkse studies met betrekking tot nosocomiale infecties en het gebruik van antibiotica in ziekenhuizen, conform het Europese initiatief van het European Centre for Disease Prevention and Control of ECDC.

Bovendien werkt het RIZIV nog een voorstel uit voor de lancering van een oproep voor projecten in de rusthuizen. Het is de bedoeling het voorstel tegen eind december 2010 aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid voor te leggen.

Voor meer bijzonderheden kan u de website van de FOD Volksgezondheid raadplegen. U kan er de documenten van het BAPCOC op terugvinden.

Naar aanleiding van de toename van ESBL-producerende kiemen en het opduiken in ons land van gevallen van ingevoerde, multiresistente kiemen, en omwille van de vermoede interactie met antibioticagebruik in de

veterinaire sector, heb ik de MedVet Task Force van het BAPCOC gevraagd een beleidsadvies te formuleren.

Dit advies is nog niet volledig klaar, maar uit de al gevoerde discussies kan men afleiden dat het huidige, door het BAPCOC gecoördineerde, beleid in de sector van de humane gezondheidszorg de nodige antwoorden biedt.

In de veterinaire sector is er een duidelijke behoefte aan nieuwe initiatieven. De wet voorziet in de oprichting van een wetenschappelijke raad ter vastlegging van de criteria voor de beoordeling van het voorschrijfgedrag van de dierenartsen. De oprichting van deze raad is voor het Geneesmiddelenagentschap een prioriteit, omdat het een zeer belangrijke rol kan spelen in het uitwerken van een coherent beleid in de dierengeneeskunde. Het FAGG heeft in verband daarmee onlangs op zijn website een vraag en antwoord gepubliceerd omtrent het goed gebruik van het watervalsysteem waarbij men geneesmiddelen bij een andere diersoort dan deze waarvoor zij vergund zijn mag gebruiken. Het FAGG heeft naast het FAVV ook de bevoegdheid om de depothoudende dierenarts op de toepassing van deze praktijk te controleren. Tegen het gebruik van bepaalde niet voor pluimvee vergunde geneesmiddelen in de pluimveesector werden trouwens al boetes uitgeschreven.

BAPCOC heeft in samenwerking met het ECDC in november 2010 een driedaags symposium georganiseerd met vier workshops over de volgende thema's: campagnes voor handhygiëne, kwaliteitsindicatoren in ziekenhuizen, gemeenschappelijke methodologie met onderzoek naar in het ziekenhuis opgelopen infecties, en het gebruik van antibiotica in acute ziekenhuizen en preventie van infecties en gebruik van antibiotica in rusthuizen.

De wetenschapslui van de verschillende lidstaten hebben dit symposium enthousiast verwelkomd. Ze hebben zelfs een consensus bereikt over de noodzakelijke stappen voor de verdere bestrijding van dit probleem.

03.05 Reinilde Van Moer (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik onthoud dat een aantal projecten en campagnes opnieuw zullen worden opgestart. Het RIZIV zal hierbij ook worden betrokken. Wij zijn in blijde verwachting van alle adviezen die deze sectoren zullen geven.

03.06 Manu Beuselinck (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik beloof dat mijn volgende vraag iets minder wetenschappelijk zal zijn.

Ik denk dat het zeer belangrijk is dat wij op Europees niveau iets ondernemen. Deze problematiek moet binnen Europa worden geregeld.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de M. David Clarinval à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les mesures mises en oeuvre en faveur de la médecine générale en zone rurale depuis le vote de la résolution 1546/007" (n° 1119)

04 Vraag van de heer David Clarinval aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de maatregelen ter bevordering van de huisartsgeneeskunde in landelijke gebieden sinds de goedkeuring van de resolutie 1546/007" (nr. 1119)

04.01 David Clarinval (MR): Monsieur le président, madame la ministre, notre système de santé a, jusqu'à présent, permis l'existence d'une médecine reconnue comme l'une des meilleures, la plus accessible à tous, à travers le monde. Cependant, force est de constater que dans certaines régions du pays, des situations de l'offre médicale nous alertent. Actuellement, on retrouve, en particulier en zone rurale, une très faible densité de médecins généralistes en activité, ce qui pose problème pour assurer des soins de qualité aux patients et pour garantir l'accessibilité en particulier lors des gardes.

Ce 29 avril 2010, à l'unanimité, la Chambre a voté la proposition de résolution déposée par le MR en faveur de l'attractivité de la médecine générale en zone rurale. Dans cette résolution, 18 mesures concrètes sont dressées afin de doper l'attractivité de la médecine générale. Sans reprendre l'intégralité des mesures qui y figurent, je souhaite insister sur la valorisation de l'image de la médecine générale, la diminution drastique

des contraintes administratives, l'obligation inconditionnelle de déplacement, la réforme de l'organisation des gardes, la revalorisation de l'honoraire de disponibilité.

Fin septembre, l'hebdomadaire *Le Généraliste* mettait en avant le ras-le-bol des médecins généralistes qui, surchargés de travail, n'ont plus d'autre choix que de transférer les cas les plus urgents vers les hôpitaux ou les généralistes des communes attenantes. Le magazine revenait également sur le cas de la ville d'Andenne, chère à son bourgmestre bien connu, qui a failli se retrouver sans service de garde lors des Fêtes de Wallonie.

Bref, la pénurie s'amplifie et se répand même à certaines zones urbaines.

Madame la ministre, pouvez-vous m'indiquer les mesures qui ont été mises concrètement en œuvre par vos soins à la suite du vote de la résolution 1546/007?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, je partage votre intime conviction que la médecine générale doit rester le pivot central de notre système de soins.

Dès lors, de nombreuses mesures ont été prises depuis trois ans pour valoriser la médecine de première ligne plus particulièrement dans les zones à faible densité médicale comme les zones évoquées dans la résolution sur l'attractivité de la médecine générale d'avril dernier.

Le récent colloque européen organisé dans le cadre de la présidence belge a montré par ailleurs que cette problématique est présente dans l'ensemble des pays d'Europe, la pénurie étant fort variable d'une région à l'autre au sein d'un même pays.

Une première mesure que j'ai prise pour faire face à cette pénurie a été l'élargissement des zones du Fonds Impulseo I qui attribue des primes de 15 000 euros et des prêts sans intérêt aux jeunes médecins s'installant dans des zones à faible densité médicale. Un nouvel arrêté royal a par ailleurs élargi les conditions d'accès au fonds. Il ne s'applique plus uniquement aux médecins diplômés au cours des quatre dernières années mais à tout médecin déménageant son cabinet vers une zone à faible densité médicale.

J'ai également souhaité donner plus de pouvoirs aux cercles de généralistes pour élargir les zones afin de coller davantage à la réalité de terrain.

Parallèlement, j'ai fait prendre plusieurs arrêtés, entre autres sur la base du cadastre des généralistes publié en avril 2009, augmentant progressivement le quota minimum de généralistes de 300 à 400 par an.

Pour augmenter l'attractivité vis-à-vis des jeunes, j'ai également donné un nouveau statut aux généralistes en formation. Ce nouveau statut de salarié garantit non seulement une plus grande égalité entre tous les assistants mais aussi une plus grande protection sociale.

La revalorisation du généraliste passe à la fois par une revalorisation financière et structurelle. Ainsi, les honoraires des généralistes ont augmenté à juste titre de 40 % en cinq ans et d'autres formes de rémunérations ont été mises en place comme les honoraires de disponibilité ou le dossier médical global.

En ce qui concerne ce dernier, j'ai souhaité, dans le cadre du Plan Cancer, dégager un budget qui permettra d'y intégrer un module de prévention générale élaboré au sein du Conseil national de promotion de la qualité. Ainsi naîtra le Dossier médical global plus (DMG+), revalorisé financièrement et impliquant le médecin et son patient dans une action préventive active et continue.

Grâce au trajet de soins pour diabétiques ou insuffisants rénaux, la place centrale du généraliste est également confortée dans la prise en charge des pathologies chroniques.

La revalorisation du généraliste passera aussi par celle des cercles. J'ai ainsi créé, sous l'égide des cercles, les réseaux locaux multidisciplinaires et permis aux cercles de participer de manière active à l'extension des zones Impulseo. Cette revalorisation s'est également concrétisée lors de la campagne de vaccination A/H1N1 au cours de laquelle j'ai confié le rôle central à la première ligne de soins.

Ensuite, afin de diminuer la charge administrative, j'ai mis en place le fonds Impulseo II qui permet aux généralistes qui travaillent en groupe ou en réseau d'obtenir des montants annuels finançant l'engagement

d'un employé administratif. Il permettra de diminuer le travail administratif des généralistes travaillant en équipe, il incitera à l'informatisation et au travail en réseau.

Le principe d'un fonds Impulseo III pour les pratiques solo a été pris et adopté par l'accord Médicomut et verra le jour prochainement. Il attribuera une somme annuelle permettant également d'engager du personnel ou de couvrir les frais d'un télésecrétariat.

J'ai également fait prendre des mesures de simplification administrative dans le cadre de la prescription de certains médicaments chroniques, comme par exemple la possibilité de prescrire trois mois de traitement sur une seule prescription ou encore, dans le cadre du remboursement de certains médicaments, le fait de ne plus devoir faire qu'une seule demande de remboursement, même en cas de changement de molécule.

Dans le même ordre d'idées, j'ai mis en place un comité tripartite impliquant directement les acteurs de terrain afin de préparer l'éventuel passage en chapitre II de certains médicaments. Enfin, un arrêté a été pris récemment, simplifiant la nomenclature des visites à domicile pour les généralistes.

Un autre volet important comprend les mesures mises en place pour améliorer la garde de la première ligne.

J'ai tout d'abord augmenté, de manière très significative, les subsides aux nouveaux postes de garde avancée: un peu plus de 2 millions d'euros en 2008 et 3,4 millions en 2010.

De plus, l'arrêté royal de septembre 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'organisme assureur paye des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisée prévoit la période de garde dès 19 h 00 au lieu de 20 h 00 auparavant, ainsi que la possibilité de paiement par heure pour certaines participations à cette garde.

J'ai ensuite lancé le projet pilote 1733 de dispatching central, qui permet de mieux orienter les patients et de faciliter la garde des généralistes. Ce projet couvre actuellement le Hainaut et Bruges et pourrait peu à peu être étendu à l'ensemble du pays. Si l'évaluation est possible, le système 1733 pourrait permettre d'avancer dans le difficile problème de l'obligation inconditionnelle de déplacement, à laquelle l'Ordre des médecins est particulièrement attaché.

Il va de soi que, malgré ces très nombreuses mesures de revalorisation et de réorganisation de la première ligne, un risque de pénurie persiste dans certaines régions du pays.

D'autres mesures devront certainement être prises au cours des prochaines années en collaboration avec tous les acteurs de terrain, mais aussi avec les responsables locaux et régionaux. Sans oublier le rôle essentiel des universités, qui doivent elles aussi participer à cette nécessaire revalorisation globale de la médecine générale.

04.03 David Clarinval (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour l'ensemble de ces mesures. Je constate qu'elles sont nombreuses et qu'elles vont globalement dans le bon sens. J'en suis fort heureux. J'espère que vous poursuivrez dans ce sens. Je suis content d'observer que notre résolution a peut-être donné un petit coup de fouet aux mesures.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De prioritaire vraag nr. 1171 van mevrouw Detiège wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

05 Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les soins apportés dans les centres de référence neuromusculaires aux patients souffrant du syndrome post-polio" (n° 1182)

05 Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de behandeling van patiënten met postpoliosyndroom in neuromusculaire referentiecentra" (nr. 1182)

05.01 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, la poliomyélite est une maladie infectieuse aiguë et contagieuse qui fit des ravages sur notre continent. Elle est aujourd'hui heureusement éradiquée. Toutefois, on évalue à dix mille le nombre de personnes en Belgique atteintes par le syndrome post-polio, maladie qui

se réactive vers la quarantaine.

Pour relayer les préoccupations de ces personnes et aider les pouvoirs publics et les professionnels de la santé à apporter les réponses appropriées aux souffrances de ces malades, des associations se sont créées, associations que j'ai dernièrement rencontrées. C'est donc à la suite de ce riche entretien que je me permets aujourd'hui de vous interroger.

Actuellement, les patients souffrant de ce syndrome peuvent bénéficier de soins octroyés par une équipe de médecins spécialistes et de thérapeutes non médicaux et par une équipe de rééducation fonctionnelle pluridisciplinaire et ce, dans le cadre des centres de référence pour les maladies neuromusculaires. Il existe six centres en Belgique. Ils traitent des maladies neuromusculaires, dont une liste non exhaustive est reprise à l'article 2 de la Convention INAMI de rééducation fonctionnelle relative à la prise en charge par les centres de référence des patients souffrant de ces dites maladies.

Le but de ces centres est de garantir au patient concerné une expertise spécifique et des soins optimaux tant sur le plan médical que paramédical, psychologique et social. Selon les associations rencontrées, il est, toutefois, difficile de savoir quels soins spécifiques sont offerts aux patients souffrant du syndrome post-polio.

Aussi, madame la ministre, pouvez-vous m'indiquer la façon dont les soins sont organisés pour ces personnes? Bénéficient-elles de soins spécifiques liés à leur handicap? Un échange de bonnes pratiques entre les centres et par pathologie existe-t-il? Plus largement, concernant le suivi apporté au fonctionnement de ces centres, quel traitement est réservé au rapport annuel qu'ils sont tenus de rédiger et de transmettre au Service des soins de santé de l'INAMI? Un Conseil d'accord, composé des médecins coordinateurs de tous les centres conventionnés et de leur équipe de rééducation et des membres du Collège des médecins directeurs, devait être organisé auprès du Service des soins de santé avec comme mission de vérifier si les centres rencontraient adéquatement les objectifs ayant motivés leur création. Qu'en est-il?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, les patients souffrant du syndrome post-polio peuvent en effet bénéficier de soins apportés par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans les six centres de référence pour personnes atteintes de maladies neuromusculaires. En 2006, 2 716 patients au total ont été suivis par ces centres. Parmi ceux-ci, 57 patients souffraient du syndrome post-polio. Sur cette base, le suivi des patients post-polio représente 2 % des activités des centres.

Ces chiffres sont extraits du dernier rapport annuel disponible établi par l'INAMI concernant les activités de ces centres de référence pour l'année 2006. En 2007, le Conseil d'accord institué dans le cadre de la Convention a décidé de remplacer les rapports annuels par un système d'enregistrement des caractéristiques des patients en collaboration avec l'Institut de santé publique. Ce projet a pour but de constituer une base de données relative aux patients suivis par les centres de référence, permettant notamment de systématiser, de diffuser et d'améliorer les connaissances, entre autres épidémiologiques et concernant la qualité des soins prodigués aux personnes atteintes de maladies neuromusculaires.

Ce projet a pour objectif de fournir de meilleures données que les données restreintes qui étaient disponibles grâce aux rapports annuels des centres. Afin d'éviter un double travail, ces rapports ont été supprimés. Étant donné le besoin de fixer de manière très précise les données enregistrées, le démarrage d'un tel système d'enregistrement nécessite du temps. Les résultats relatifs à l'année 2008 sont attendus pour les premiers mois de 2011.

Le contenu précis du suivi (les disciplines qui interviennent lors des séances, leur fréquence et leur durée) peut varier grandement d'un patient à l'autre en vertu de l'obligation de la Convention d'offrir à chaque patient un programme sur mesure en fonction de ses besoins particuliers.

Je ne dispose pas à l'heure actuelle de données précises sur le contenu des programmes suivis pour les patients post-polio. Les prochains résultats attendus sur la base du nouveau système d'enregistrement devraient permettre d'obtenir des données plus précises par pathologie. Actuellement, il n'existe pas de démarche concrète au sein du Conseil d'accord au sujet de l'échange de bonnes pratiques entre les CNRM et par pathologie. Toutefois, l'INAMI s'attend à ce que le projet d'enregistrement entraîne des comparaisons qui inciteront à l'échange de bonnes pratiques entre centres et par pathologie. Lors des réunions du Conseil d'accord, la formule mise en place pour les centres de référence et les possibilités de la Convention d'offrir des programmes adaptés aux besoins de chaque patient ont toujours été très appréciés.

05.03 Franco Seminara (PS): Madame la ministre, on ne s'en rend peut-être pas bien compte mais cela concerne près de 10 000 personnes en Belgique. Moi-même, pour avoir eu la polio à l'âge de cinq ans, je connais bien le problème. Les associations tant au Nord qu'au Sud du pays ainsi qu'à Bruxelles m'ont interpellé sur le sujet.

Madame la ministre, je suis heureux du bilan que vous nous transmettez, d'autant plus que vendredi aura lieu la Journée internationale de la personne handicapée. Je ne manquerai pas de formuler ces éléments auprès des différentes associations.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "het project op basis van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen" (nr. 744)

- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum over de behandeling van langdurig psychiatrische patiënten" (nr. 1190)

06 Questions jointes de

- Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le projet basé sur l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux" (n° 744)

- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les recommandations du Centre fédéral d'expertise concernant la prise en charge des patients atteints d'une maladie mentale grave et persistante" (n° 1190)

06.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb een vraag over het project op basis van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen. Wij staan thans voor zeer grote uitdagingen op het vlak van het realiseren van circuits en zorgnetwerken. Men wil een deel van het ziekenhuisbudget heroriënteren.

Mevrouw de minister, het is niet mijn bedoeling om hier uitgebreid op in te gaan. Ik heb aan de voorzitter al voorgesteld om hieraan een debat in de commissie te wijden. Ik denk dat de sector van de geestelijke gezondheidszorg met artikel 107 voor zeer grote uitdagingen staat. Ik denk dat de instellingen op het terrein echt wel mee zijn en dat hier de juiste weg is ingeslagen. In deze commissie wordt hierover echter weinig gesproken – wel eens sporadisch, in een beleidsbrief van u, hoewel er een zeer groot federaal aspect aan de geestelijke gezondheid is verbonden.

Mijnheer de voorzitter, het zou niet slecht zijn om de komende weken tijd te maken om dieper op artikel 107 in te gaan, dat zeer grote wijzigingen en uitdagingen voor de sector met zich meebrengt.

Mevrouw de minister, u weet dat de verschillende zorgregio's in het kader van artikel 107 tegen 31 oktober een dossier hebben moeten indienen. Daar zitten prachtige werkstukken bij. Ik heb er een aantal kunnen inkijken. Men voelt heel duidelijk dat die visie door de regio's wordt ondersteund.

Er zijn uiteraard nog heel wat praktische en concrete vragen. Er wordt gezegd dat u volgend jaar 5 miljoen euro ter beschikking zou hebben. Er zou een budget van 500 000 euro per regio zijn. Dat geeft ruimte voor een tiental projecten. Ik heb begrepen dat meer dan dertig aanvragen werden ingediend.

Mevrouw de minister, wie zal de kandidaturen beoordelen en de selectie maken? Men zou starten op 1 januari 2011, maar wanneer zullen de zorgregio's weten of zij tot de eerste tien behoren?

Op het terrein rijst ook de vraag wat er gebeurt nadat de tien regio's zijn aangeduid. Betekent dit dat men vanaf 2011 opnieuw een dossier zal moeten indienen? Of kan pas vanaf 2014 een nieuwe dossier worden ingediend? Ik had immers begrepen dat de periode drie jaar loopt

De concrete vraag is of u de inspanning van 5 miljoen euro zult blijven volhouden na 2011? Is het de

bedoeling dat er in 2012 nog tien projecten bijkomen? Vooral degenen die niet bij de eerste tien zullen zijn, vragen zich af wat er met hen zal gebeuren en wanneer zij in het project zullen kunnen stappen.

Men moet aan vijf voorwaarden voldoen. Met betrekking tot de centra voor geestelijke gezondheidszorg en beschut wonen zou een aantal wetten moeten worden aangepast. Zult u klaar zijn om tegen 1 januari 2011 in de nodige wetgeving ter zake te voorzien?

06.02 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal u alvast geruststellen, in die zin dat ik van u geen euro zal vragen. Ik vraag alleen wat er beleidsmatig zal gebeuren.

Mijn vraag handelt over hetzelfde onderwerp. Het Kenniscentrum voor de gezondheidszorg benadrukt dat de afstemming van het beleid tussen de federale overheid en de Gemeenschappen moet gebeuren, ook voor de toekomst, en dat er meer samengewerkt moet worden tussen de beleidsniveaus. Beleidsmatig werden er al een aantal stappen in die richting gezet.

Op basis van het bewuste artikel 107 zullen bedden die zich nog in de residentiële geestelijke gezondheidszorg bevinden, tijdelijk buiten gebruik gesteld kunnen worden. Die middelen kunnen, bij wijze van project, worden ingezet in functies zoals mobiele behandelings teams die zich verplaatsen naar de zorgvrager en units van geestelijke gezondheidszorg.

Mevrouw de minister, mijn vragen gaan uit van het rapport van het kenniscentrum.

Welke bijkomende maatregelen zult u nemen om tegemoet te komen aan de opmerkingen van het Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, waarbij de zorg meer moet worden verstrekt in het thuismilieu?

Wat is de stand van zaken voor de uitvoering van artikel 107, waarbij bedden buiten gebruik kunnen worden gesteld, zodat de middelen kunnen worden aangewend voor een andere functie? Wij beschikken in België nog altijd over 127 psychiatrische bedden per 100 000 inwoners, en dat voor 1 % van onze bevolking die in behandeling is.

Hoe verloopt het interministerieel overleg met de Gemeenschappen, dat essentieel is om te komen tot een coherent geestelijk gezondheidsbeleid?

Wij verzamelen al jaren de minimale psychiatrische gegevens, zoals de minimale klinische gegevens. Zal daarmee iets gebeuren? Kunnen die gegevens tot bruikbare data worden herleid? Zullen zij ons iets kunnen opleveren in de toekomst?

De **voorzitter**: Aan de collega's uit andere commissies en de Senaat deel ik mee dat wij nu de laatste vraag behandelen alvorens over te gaan tot de gemeenschappelijke vergadering.

06.03 Minister Laurette Onkelinx: Mijnheer de voorzitter, ik dank de leden voor het stellen van deze vragen. Ik ben voor een debat over artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen. Het is een uitstekende realisatie van de IMC.

Monsieur le président, je suppose que vous m'avez compris. Il serait intéressant que nous puissions organiser un débat sur la santé mentale. Une révolution est en préparation en la matière, sans que l'on s'en rende bien compte, par le biais d'une désinstitutionnalisation et de projets pilotes menés sur le terrain. Ce travail a été effectué en concertation très étroite avec mes collègues communautaires et régionaux. Nous avons travaillé de telle manière à respecter la sensibilité parfois un peu différente des uns et des autres. Ainsi, par exemple, les guides pour toute la réforme ont été adaptés en tenant compte des spécificités des Régions et Communautés. Mais le cadre est commun. C'est vraiment très intéressant. Les projets pilotes vont démarrer. Toute la réforme émane du terrain. Elle n'est pas imposée par la hiérarchie. Il s'agit vraiment d'une bonne méthode et je serais ravie que toute une série d'acteurs de ces réformes puissent venir exposer ici quelques exemples de travail dans des bassins de soins à l'occasion de cette désinstitutionnalisation en matière de santé mentale.

J'en arrive ainsi aux questions précises.

De aanbevelingen van het Kenniscentrum voor gezondheidszorg passen volledig in het door de IMC gevoerde beleid betreffende de nieuwe organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

Tijdens de IMC van 26 april 2010 hebben alle bevoegde ministers de bilaterale gidsen naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken ondertekend. Deze gidsen beschrijven een functioneel model, bestaande uit de hiernavolgende vijf functies.

Functie 1 omvat de activiteiten inzake preventie en promotie van de geestelijke gezondheidszorg, vroege detectie, screening en diagnosestelling.

Functie 2 omvat de ambulante intensieve behandelteams, zowel voor de acute als voor de chronische problemen inzake geestelijke gezondheidszorg.

Functie 3 is een rehabilitatiefunctie, waarbij herstelgericht wordt gewerkt en initiatieven worden genomen om de integratie in de maatschappij te bevorderen.

Functie 4 houdt de intensieve residentiële behandelunits in, zowel voor de acute als voor de chronische problemen inzake geestelijke gezondheidszorg, indien een opname noodzakelijk is.

Functie 5 omvat specifieke woonvormen waarin zorg kan worden aangeboden, indien het thuismilieu of het thuisvervangende milieu daartoe niet in staat is.

Het zijn voornamelijk de functies 1, 2, 3 en 5 die volledig in het versterken van de behandeling, de begeleiding en het herstelgericht werken in het thuismilieu passen.

Voorgaande vijf functies zullen dankzij de toepassing van artikel 107 van de wet op de ziekenhuizen eerst projectmatig op een beperkt aantal jonge volwassenen en volwassenen worden uitgetest.

De projectoproep werd op 31 oktober 2010 gesloten. De gekozen projecten krijgen in december 2010 uitleg en inlichtingen over hun dossier.

De federale overheid, de Gemeenschappen en de Gewesten hebben gedurende het hele proces heel nauw samengewerkt. Er werd een specifiek logo en een aparte website – www.psy127.be – ontwikkeld. Op voornoemde website wordt alle informatie beschikbaar gesteld. Er werden eveneens studiebezoeken in Birmingham en Rijsel afgelegd, om inzichten te verkrijgen in de veranderingsprocessen in de ons omringende landen.

Er is een budget van ongeveer 5 miljoen euro opzijgezet zodat er in 2011 tien projecten kunnen starten. Dat was belangrijk. Het was niet om een besparing door te voeren. Het signaal was heel belangrijk. Er zijn nieuwe middelen voor deze hervorming.

Een eventuele uitbreiding van de verschillende projecten zal afhangen van de beschikbare budgettaire ruimte in 2012. Omdat wij in een periode van lopende zaken zitten zal de volgende regering moeten uitmaken of de wetgeving over het beschermd wonen en huizen voor psychiatrische zorgen al dan niet moet worden aangepast.

Een belangrijk onderdeel van het veranderingsproces in de geestelijke gezondheidszorg, is de wetenschappelijke begeleiding van de projecten. In die zin werd een volledig vormingsplan uitgewerkt.

Op 26 november 2010 werd een eerste vorming rond internationale tendensen in de vermaatschappelijking van de zorg en het perspectief van de netwerkcoördinator georganiseerd. Sprekers uit binnen- en buitenland hebben het centrale thema toegelicht en hun rijke ervaringen gedeeld. De studiedag richtte zich tot de netwerkcoördinatoren en promotoren. Op 7, 16 en 17 december zijn er bijkomende initiatieven gepland over onder meer de netwerken binnen de geestelijke gezondheidszorg van het hervormingsprogramma “107 projecten”.

Omtrent de Minimale Psychiatrische Gegevens wens ik het volgende op te merken. De MPG is een instrument dat momenteel in de residentiële voorzieningen wordt gehanteerd. Daar het de bedoeling is dat de personen in hun thuisomgeving kunnen blijven en het ambulante karakter wordt benadrukt, rijst de vraag of de MPG niet het meest geschikte instrument is om het beleid de nodige antwoorden te geven. Aan de wetenschappelijke equipes die de hervormingsbeweging begeleiden werd gevraagd te onderzoeken in welke mate de MPG een betrouwbare informatiebron is voor het meten van de outcome-indicatoren.

06.04 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, ik heb nog een heel korte en duidelijke vraag.

Betekent dit dat u dit jaar nog een keuze zult maken uit die tien projecten en van start zult gaan op 1 januari 2011 of betekent het dat u dit niet kan in lopende zaken?

06.05 Minister Laurette Onkelinx: Het is de bedoeling om op 1 januari 2011 van start te gaan.

06.06 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.12 uur.
La réunion publique de commission est levée à 15.12 heures.*