

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

49e ZITTINGSPERIODE

GEWONE ZITTING 1998-1999

**HANDELINGEN VAN DE
OPENBARE COMMISSIEVERGADERINGEN**

02/03/1999

C 756 Volksgezondheid, Leefmilieu
en Maatschappelijke hernieuwing

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

49e LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE 1998-1999

**ANNALES DES
RÉUNIONS PUBLIQUES DE COMMISSION**

02/03/1999

C 756 Santé publique, Environnement
et Renouveau de la Société

Sommaire

Mardi 2 mars 1999

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ - C 756

Question orale de Mme Anne Van Haesendonck au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "le syndrome de la fatigue chronique (SFC)" (n° 1952)

orateurs : Mme **Van Haesendonck**, MM. **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions, **Van Erps**

Question orale de Mme Anne Van Haesendonck au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la réglementation relative au tatouage et au piercing" (n° 1955)

orateurs : Mme **Van Haesendonck**, M. **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions

Interpellation de M. Hubert Brouns au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "l'audit externe des services d'inspection" (n° 2271)

orateurs : MM. **Brouns**, **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions

Question orale de M. Jef Valkeniers au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "les nouvelles normes pour les services d'urgence" (n° 2041)

orateurs : MM. **Valkeniers**, **Colla**, ministre de la Santé publique et des Pensions

Inhoud

Dinsdag 2 maart 1999

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING - C 756

1 Mondelinge vraag van mevrouw Anne Van Haesendonck aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" (nr. 1952) 1

sprekers : mevrouw **Van Haesendonck**, de heren **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen, **Van Erps**

2 Mondelinge vraag van mevrouw Anne Van Haesendonck aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de regelgeving tatoeage-piercing" (nr. 1955) 2

sprekers : mevrouw **Van Haesendonck**, de heer **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen

3 Interpellatie van de heer Hubert Brouns tot de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de externe audit van de inspectiediensten" (nr. 2271) 3

sprekers : de heren **Brouns**, **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen

4 Mondelinge vraag van de heer Jef Valkeniers aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de nieuwe normen voor de spoeddiensten" (nr. 2041) 4

sprekers : de heren **Valkeniers**, **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen

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

RÉUNION PUBLIQUE DU
MARDI 2 MARS 1999 ~

PRÉSIDENCE de
Mme Vanlerberghe

La séance est ouverte à 10.29 heures.

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID,
HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING

OPENBARE VERGADERING VAN
DINSdag 2 MAART 1999

VOORZITTER :
Mevrouw Vanlerberghe

De vergadering wordt geopend om 10.29 uur.

Mondelinge vraag van mevrouw Anne Van Haesendonck aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS)" (nr. 1952)

Question orale de Mme Anne Van Haesendonck au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "le syndrome de la fatigue chronique (SFC)" (n° 1952)

De **voorzitter** : Mevrouw Anne Van Haesendonck heeft het woord.

Mevrouw **Anne Van Haesendonck** (CVP) : Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik had de minister graag een aantal vragen gesteld in verband met uw houding ten opzichte van het chronische vermoeidheidssyndroom.

Het is niet de eerste keer dat dit onderwerp ter sprake komt in het parlement. Het chronisch vermoeidheidssyndroom is een vorm van aandoening die de fysieke mogelijkheden van patiënten fel kan aantasten en die bovendien de mentale vermogens van de patiënt in kwestie ondermijnt. De symptomen zijn zware vermoeidheid, concentratieproblemen en soms zelfs verwardheid. In heel erge gevallen kan dit syndroom leiden tot immobiliteit en diepe depressies.

Iedereen is het erover eens dat het chronisch vermoeidheidssyndroom een vlag is die vele ladingen dekt. Wij stellen vast dat er in medische kringen

niet altijd eensgezindheid heerst over de mogelijke oorzaken van deze aandoening en nog minder over een eventuele behandeling. De diagnosegroep is daarenboven moeilijk te bepalen. Eigenlijk gaat het om een heterogene groep met een gamma van klachten die bij ene patiënt al duidelijker is dan bij de andere.

Mijnheer de minister, de WHO heeft het syndroom in haar lijst van erkende ziekten opgenomen met de beperking dat het moet gaan om een post-viraal vermoeidheidssyndroom. Ook in België zijn de meningen verdeeld over het hoe en het waarom van deze ziekte. Bovendien bestaat er ook geen duidelijkheid over het aantal mensen dat het slachtoffer zou zijn van dit syndroom. Er circuleren dan ook allerlei cijfers. De patiëntenverenigingen beweren dat het gaat om zowat 15 000 patiënten. Professor Van Ouden-hove van de KUL houdt het op ongeveer 2 500 à 10 000 patiënten. Zelf hebt u reeds verklaard dat het vermoedelijk zou gaan om zowat 7 000 patiënten.

Ongeveer een jaar geleden hebt u op een studiedag als gastspreker een aantal initiatieven aangekondigd voor deze groep patiënten. Het gaat trouwens om een problematiek die niet alleen tot uw bevoegdheid behoort. U hebt toen aangekondigd dat om de oorzaken te kunnen achterhalen en een behandeling te kunnen vinden het belangrijk is de gegevens van de patiënten te verzamelen en ter beschikking te stellen van

patiëntenverenigingen en hulpverleners die met deze problematiek worden geconfronteerd. U hebt toen ook beloofd bijgewerkte informatiekanalen en financiële en logistieke ondersteuning ter beschikking te stellen van verenigingen en zelfhulpgroepen.

Daarenboven gaf u te kennen dat binnen de Hoge Gezondheidsraad een werkgroep zou waken over dit verzamelen en doorspelen van informatie. U kondigde het openen van een website aan waarop artsen, hulpverleners en betrokkenen 24 uur op 24 terecht zouden kunnen voor recente informatie over het syndroom. U kondigde ook het openen van een telefoonlijn aan waar patiënten en gezondheidswerkers terecht zouden kunnen om informatie op te vragen. Tenslotte dacht u er ook aan een beperkt aantal referentiecentra binnen ziekenhuizen op te richten die zouden moeten instaan voor de specifieke opvang van mensen die met dit syndroom kampen.

Tevens zou worden onderzocht om een aantal SP-bedden in de ziekenhuizen toe te wijzen aan dergelijke patiënten.

Mijnheer de minister, u hebt terecht melding gemaakt van een aantal maatregelen ten gunste van deze groep. Graag vernam ik van u wat de stand van zaken is en wat er al is gerealiseerd.

De **voorzitter** : De minister heeft het woord.

De heer **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen : Mevrouw de voorzitter, voorafgaand wijs is er voor

alle duidelijkheid op dat wij geen wettelijke lijst van erkende ziekten hebben. Het probleem is wel of er medicatie en therapie beschikbaar is, of er specialisten zijn en vooral of de symptomen ernstig worden genomen door de huisarts of de controlearts in geval van controle van de werkonbekwaamheid.

Mijns inziens moet men - dat heb ik geleerd uit de gesprekken die ik daaromtrent heb gevoerd, en uit het symposium terzake - het chronisch vermoeidheidssyndroom dat men voorheen al te zeer heeft onderschat, zeker ernstig nemen. Jammer genoeg heeft de naam een negatieve bijklank: de eerste reactie van degenen die de ziekte of patiënten kennen, luidt vaak dat men met een erkenning de poort open zet voor wie niet wil werken. Dit heeft ertoe bijgedragen dat de ziekte lang niet ernstig werd genomen.

Ik kom nu tot een overzicht van wat er met dit dossier al is gebeurd. Ik heb, zoals ik reeds zei, gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de organisatie die deze patiënten groepeerde, en kennis genomen van hun petitie. Op basis daarvan heb ik het initiatief tot een symposium ontplooid dat onder ruime belangstelling van allerhande experts, controleartsen, vertegenwoordigers van de farmaceutische industrie, de patiëntenorganisaties, de Orde der Geneesheren, de Academie voor Geneeskundig Personeel en van leden van de bevoegde parlementscommissies in april 1998 doorging.

Een van de conclusies van dit symposium luidde - u wijst daar terecht naar - dat er een geïnstitutionaliseerd overleg tussen de administratie en de betrokken organisaties op het getouw moest worden gezet. Dat is intussen gebeurd: er is inderdaad overleg, weliswaar soms met horten en stoten.

Een andere aanbeveling was om een follow-up van de gegevens te maken en een verzoek aan de Hoge Raad voor de Gezondheid en de gespecialiseerde sectie terzake te richten om een consensusrapport op te stellen. Ook dat is gebeurd. Er werd daartoe een expert van de Rijksuniversiteit van Gent aangesteld die zijn rapport tijdens de vergadering van 17 februari jongstleden van de Hoge Raad voorstelde. Volgens de procedure is er nu tijd om opmerkingen op de tekst te formuleren. Men heeft mij meegedeeld dat de Hoge Raad zijn werkzaamheden dienaangaande in de loop van de maand maart zal beëindigen.

Op dat moment zullen wij een rapport ter beschikking hebben met niet alleen een wetenschappelijke consensus over

het fenomeen en de manier om het aan te pakken, maar ook met de nodige gegevens om aan de geïnteresseerden mee te delen. Dan kan een volgende fase worden ingezet. De controleartsen kunnen van de wetenschappelijke basis op de hoogte worden gebracht, zodat het syndroom wordt toegevoegd aan de redenen tot arbeidsonbekwaamheid. Voorts moeten de huisartsen ervan in kennis worden gesteld, omdat zij als eerste met zulke patiënten in contact komen. Dan kan er ook desgevallend een speciaal telefoonnummer worden aangeboden. Er is wel een website op het ministerie van Volksgezondheid beschikbaar, maar de gegevens daarop of deze die via de telefoon worden verstrekt, moeten toch vrij betrouwbaar en correct zijn, zowel voor de zorgverstrekkers als voor de patiënten.

Dat betekent dat we deze informatiekanaalen zullen inschakelen vanaf het moment dat het consensusrapport van de Hoge Raad voor de Gezondheid beschikbaar is. Op basis van die gegevens zal worden vastgesteld welke informatie kan worden megedeeld. Een centrum heeft zich hierin geprofileerd, met name dat van Professor de Meirleir, en is werkzaam in het ziekenhuis van Vilvoorde. Er zijn besprekingen gaande om van dit centrum een eerste referentiecentrum te maken.

De **voorzitter**: Mevrouw Anne Van Haesendonck heeft het woord.

Mevrouw **Anne Van Haesendonck** (CVP): Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor zijn antwoord. Ik begrijp dat de aangekondigde maatregelen op de rails staan en dat tegen einde maart een basis wordt gelegd om later initiatieven te kunnen nemen.

De **voorzitter**: De heer Jan Van Erps heeft het woord.

De heer **Jan Van Erps** (CVP): Mevrouw de voorzitter, ik feliciteer de minister voor de serene benadering van de problematiek. Ik wil nog een kleine randopmerking in verband met de benaming maken. De naam "chronisch vermoeidheidssyndroom" leidt inderdaad tot niet-aanvaarding bij de publieke opinie. Het is wel de enige wetenschappelijke definitie die op dit ogenblik is aanvaard. Wat vaker voorkomt bij de publieke opinie is de term "myalgische encephalomyelitis", maar die benaming heeft dan weer geen enkele wetenschappelijke grond en leidt onder de wetenschappers tot niet-aanvaarding.

De **voorzitter**: Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Mondelinge vraag van mevrouw Anne Van Haesendonck aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de regelgeving tatoeage-piercing" (nr. 1955)

Question orale de Mme Anne Van Haesendonck au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "la réglementation relative au tatouage et au piercing" (n° 1955)

De **voorzitter**: Mevrouw Anne Van Haesendonck heeft het woord.

Mevrouw **Anne Van Haesendonck** (CVP): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, recent vroeg ik de minister van Justitie of scarificatie, een vorm van litteken tatoeage die uit Afrika via Groot-Brittannië naar onze streken is overgewaaid, al dan niet strafbaar is. Naar aanleiding daarvan ontstond in de pers een kleine hetze over body-art, piercing en aanverwanten. De vraag daarbij was of dit in de huidige vorm wel kan, of daaraan geen gevaren zijn verbonden. De overheid werd vanuit de sector gevraagd of regels in verband met de uitoefening van deze activiteiten niet zinvol zouden zijn. Ik denk bijvoorbeeld aan de plaats van uitoefening en het gebruikte materiaal. Volgens mensen uit de sector hebben op dit ogenblik rond de 800 000 mensen in België een vorm van body-art laten toepassen op zichzelf. Zelfs indien deze cijfers wat werden overtrokken, dan nog gaat het om een grote groep.

Voorts bleek dat op grote house-parties, eroticabeurzen en dergelijke, die een grote toeloop kennen, om het even wie een tatoeage en een piercing kan uitvoeren. Sommigen doen dit tegen de prijs van 300 frank, terwijl anderen, die meer hygiëne aan de dag leggen bij de uitvoering ervan, 1 200 frank per piercing vragen. De sector klaagt deze situatie aan en beschuldigt sommigen ervan als charlatans te werken en de meest elementaire gezondheidsregels te negeren. Ze zouden uitsluitend op winst uit zijn.

Zij brengen eigenlijk op een onverantwoorde manier piercings en tatoeages aan. De *Belgian Body Art Association* deelt mee dat zij daarna heel wat mensen over de vloer krijgt met allerhande klachten over ontstekingen, enzovoort.

In Nederland wordt door het departement van Volksgezondheid minimale controles op hygiëne bij de gekende tatoeabureaus uitgevoerd.

Ik voeg er nog aan toe dat het blijkbaar niet strookt met de wet dat mensen, die piercings aanbrengen, steriel materiaal zouden kunnen kopen. Zij zouden dit materiaal zelfs niet op een legale manier kunnen kopen. Dit zorgt voor bijkomende problemen.

Mijnheer de minister, via een persbericht in *De Morgen* heb ik vernomen dat een aantal mensen van uw kabinet contacten met leden van de sector hebben gehad. In dat artikel stond ook dat u eventueel bereid zou zijn om een aanzet tot regelgeving, in overleg met de sector, te nemen. Dit alles leidt tot mijn concrete vragen.

Ten eerste, bent u van plan, mijnheer de minister, om dienaangaande een regelgeving in te voeren? Zijn er gesprekken met de sector aan de gang?

Ten tweede, blijkbaar is er een Europese richtlijn in de maak, of al goedgekeurd, inzake medische technieken en gebruik van medisch materiaal. Kan deze richtlijn van toepassing zijn op mensen die piercings of tatoeages aanbrengen? Bestaat er een Europese regelgeving terzake?

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Ik stel voor bij de alternatieve geneeskunde een afzonderlijke kamer voor de tatoeages en de piercings op te richten. Op die manier is het probleem opgelost.

De **voorzitter**: Mijnheer Valkeniers, het antwoord wordt verwacht van de minister.

De minister heeft het woord.

De heer **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen: Mevrouw de voorzitter, collega's, ten eerste, wij beschikken niet over exacte cijfers over het aantal mensen dat getatoeëerd is of zich een piercing-techniek heeft laten welgevalen om de eenvoudige reden dat er helemaal geen registratie bestaat. Wij moeten dus gissen naar het aantal.

Ten tweede, voor zover mijn informatie strekt, is er geen Europese regelgeving inzake piercing en tatoeëering specifiek in voorbereiding.

Mevrouw Van Haesendonck, als u uw vraag plaatst in het kader van het koninklijk besluit met betrekking tot de omzetting van de Europese richtlijn inzake medische hulpmiddelen, dan wil ik dat nog eens nader bekijken.

Op het eerste gezicht kan ik geen verband met dit terrein vaststellen. Ik vermoedde echter niet dat de vraag in die context zou worden gesteld. Ik wens dat dus eens rustig te bekijken teneinde na te gaan of er iets kan worden gedaan.

Ten derde, ik heb via de krant vernomen dat er volgens het departement van justitie geen regelgeving terzake mogelijk is. Ik kan hen daarin volgen. Persoonlijk is het niet mijn smaak om getatoeëerd te worden of een ring door mijn neus te krijgen, maar over kleuren en smaken wordt niet gediscussieerd. Ik denk dat het gek is te denken aan een verbod of een limiet terzake, want dan ontstaat er een zwarte markt. Het is een kwestie van mode en smaak, van esthetisch gevoel. Ik meen dus dat u de mensen de vrijheid moet laten.

Vanuit juridisch oogpunt kan ik dus begrijpen dat men er zich niet wil mee bezighouden om terzake een reglementering in te voeren.

Vanuit het standpunt van volksgezondheid kan dit probleem natuurlijk op een andere manier worden benaderd, maar daar staat u iedere keer voor dezelfde soort van vraag. Tot waar en op welke domeinen maakt u regels ter bescherming van mensen?

Ik ben nogal geneigd om dat op bepaalde terreinen te doen, maar u weet evengoed als ik dat van het minste dat u op die terreinen doet, de regelgevingszakte een slogan is die op uw hoofd neerdaalt, tot er iets gebeurt en dan is het telkens weer de politiek die verantwoordelijk is omdat men niet tijdig regels heeft ingevoerd. Met deze situatie moet men nu eenmaal leren leven.

Het is echter juist dat er contacten zijn geweest tussen leden van mijn kabinet en een aantal vertegenwoordigers uit de sector. Wij hebben trouwens zelf het initiatief tot die contacten genomen.

Dat is niet gebeurd omdat we al een beslissing terzake hebben genomen, maar omdat ons vanuit de medische wereld werd signaleerd dat deze praktijken kwalijke gevolgen kunnen hebben. Door besmette naalden kan bijvoorbeeld hepatitis worden overgebracht.

De contacten met de sector verliepen tot nu toe informeel. Er zal evenwel een formele bijeenkomst plaatsvinden in de loop van de maand maart; de juiste datum moet nog worden bepaald. Uit de informele contacten is immers gebleken dat deze groeperingen vragende partij zijn voor bepaalde regels, teneinde een zeker "charlatanisme" te vermijden. Hoewel ik mij daartoe nog niet heb geëngageerd, zal een gesprek met hen plaatsvinden in aanwezigheid van artsen en mensen uit de administratie teneinde na te gaan of er al dan niet nood is aan bepaalde regels om besmettingsgevaar te vermijden. Als we die stap zouden zetten, moeten we ook

de problematiek van de medische hulpmiddelen nader bekijken. Om besmettingsgevaar te vermijden heeft men immers steriel materiaal nodig.

Het is niet aan mij om deze praktijken al dan niet te verbieden. Wel moeten wij ons de vraag stellen of er een bepaalde omkadering moet komen om te vermijden dat mensen daardoor ziek worden, hoewel er wellicht altijd een risicofactor zal zijn.

De **voorzitter**: Mevrouw Anne Van Haesendonck heeft het woord.

Mevrouw **Anne Van Haesendonck** (CVP): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb deze vraag niet gesteld om een spectaculair onderwerp aan bod te brengen in dit parlement, maar wel omwille van het feit dat het mij als parlements lid verwonderde dat heel wat mensen de stap zetten naar een of andere vorm van body-art en dat de controle hierop gering is. Als de overheid terzake een gedoogbeleid voert, moet zij er wel voor zorgen dat, hoewel men mensen uiteraard niet tegen zichzelf kan beschermen, vooral heel jonge mensen, die soms niet de nodige middelen ter beschikking hebben om goede bureaus op te zoeken, worden beschermd.

Naar aanleiding van deze vraag heb ik zeer vele telefoontjes gekregen. De verhalen die ik heb gehoord waren misschien enigszins overdreven maar wel hallucinant. Het is niet te onderschatten wat mensen soms laten doen en wat de gevolgen daarvan zijn voor hun gezondheid.

De **voorzitter**: Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Interpellatie van de heer Hubert Brouns tot de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de externe audit van de inspectiediensten" (nr. 2271)

Interpellation de M. Hubert Brouns au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "l'audit externe des services d'inspection" (n° 2271)

De **voorzitter**: De heer Hubert Brouns heeft het woord.

De heer **Hubert Brouns** (CVP): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, zoals zo vaak is de vraag minder belangrijk, daarentegen is het antwoord des te belangrijker. Ik zal dus zeer kort zijn. Voor degenen die de

werkzaamheden van de commissie inzake de vleesfraude hebben gevolgd, is het duidelijk dat binnen het IVK een aantal herstructureringen moeten plaatsvinden. Wij verheugen ons over het feit dat in de komende weken en maanden hiertoe de aanzet wordt gegeven. Er zijn althans voorbereidingen getroffen om de aanbevelingen om te zetten in effectieve besluiten.

Ik verwijs even naar het feit dat al een aankondiging is verschenen om de invulling van die twee leidende ambtenaren waar te maken. Er zal worden overgegaan tot de herziening van het aantal keurkringen en er komen ook inspecteurs bij. Zeker is, dat die trein op gang is gebracht, en dat was ook nodig.

Mijnheer de minister, de leden van de subcommissie inzake vleesfraude waren zich ervan bewust dat ze zich tot nog toe hebben beperkt tot het analyseren en bestuderen van de werking van het IVK en dat dit slechts een deel van de keten is. Dat had de Ministerraad ook begrepen en, wellicht onder uw stimulans, heeft de Ministerraad op 8 mei 1998 beslist een externe audit te laten uitvoeren van alle inspectiediensten met het oog op de algemene integrale vleesketenbewaking - ik zou zelfs verder gaan en spreken van de algemene voedselketenbewaking. Deze opdracht werd door Price-Waterhouse-Coopers uitgevoerd en wij menen te weten dat de studie af is en dat de besluiten zijn ingediend. De audit bestond uit twee fasen, namelijk het analyseren van alle punten die de integrale voedselketenbewaking in de weg kunnen staan en, daaruit voortvloeiend, het formuleren van voorstellen om tot een efficiënte integrale bewaking van de productieketen te komen. Het hoofddoel is uiteraard maximale garanties te bieden aan de consument dat hij met gezonde producten te doen heeft.

In de algemene bespreking naar aanleiding van het afsluiten van het rapport van de subcommissie inzake vleesfraude heb ik reeds gezegd dat het zeer opportuun en ook zeer efficiënt zou geweest zijn voor de verdere conclusies indien wij de besprekingen samen met de bespreking van het rapport van de externe audit hadden kunnen voeren. Midden januari bleek dat nog niet mogelijk te zijn, maar uit de informatie die ik heb ingewonnen meen ik te mogen begrijpen dat wij thans wel over de besluiten kunnen beschikken.

Mijnheer de minister, ik weet dat u mijn bezorgdheid terzake deelt, namelijk dat ter attentie van het IVK beslissingen worden genomen die de algemene

conclusies, die in de externe audit worden geformuleerd, niet doorkruisen. Een en ander zal dus goed op elkaar moeten worden afgestemd, zodanig dat wij niet bij voorbaat een aantal conflicten inbouwen in de korte termijnbesluitvorming, die ongetwijfeld noodzakelijk is, maar die uiteraard moet worden gezien in het geheel van besluiten die wij uit de externe audit zullen vernemen.

Mijnheer de minister, mijn concrete vragen zijn de volgende.

Ten eerste, welke zijn de conclusies die uit de externe audit werden getrokken met betrekking tot de huidige toestand in de voedselketen?

Ten tweede, welke zijn de aanbevelingen van de audit?

Ten derde, welke zijn de besluiten die u neemt in verband met de werking van deze diensten? Hebt u deze besluiten al voorgelegd aan de Ministerraad, die de oorspronkelijke opdrachtgever was?

Ten vierde, wat kan op korte termijn nog worden gerealiseerd?

De voorzitter: De minister heeft het woord.

De heer Colla, minister van Volksgezondheid en Pensioenen: Mevrouw de voorzitter, collega Brouns, ik wens in verband met dit dossier nog even geduld te vragen. Het studiebureau Price-Waterhouse-Coopers heeft zijn rapport op 29 januari ingediend. U weet dat de regering een stuurgroep had aangeduid waarin technici uit de verschillende departementen, zitting hadden. Deze stuurgroep heeft in de loop van februari kennis genomen van het rapport van de audit.

Bij mijn weten hebben zij geen fundamentele opmerkingen gemaakt maar vonden zij wel dat een aantal terreinen verder uitgediept moesten zijn. Dit werd aan ons overgemaakt. Ik heb dus het globale rapport en een samenvatting ontvangen. In alle eerlijkheid moet ik u zeggen dat ik het globale rapport nog eens grondig voor de tweede keer moet bekijken.

Aangezien het hier gaat om inspectie- en controlediensten van verschillende departementen, moet er nu een voorstel worden uitgewerkt dat door de verschillende betrokken ministers kan worden onderschreven. Wij trachten nu vanuit de verschillende departementen een tekst op te stellen waarmee wij naar de regering kunnen gaan.

Wat de informatie voor het parlement betreft, is mijn eerste reactie dat de conclusies van de audit sterk aanleunen

bij vroegere resoluties van de Kamer en bij de resultaten van de subcommissie. Zo is er bijvoorbeeld de evolutie naar één controledienst waarin alle controles geïntegreerd zijn.

Ik stel voor dat ik het rapport en de samenvatting aan de leden van de commissie bezorg op het ogenblik dat ik het aan mijn collega's uit de regering bezorg. Ten tweede zal ik er bij mijn collega's op aandringen om dit zo snel mogelijk af te ronden, het aan de regering voor te leggen en het onmiddellijk daarna aan u over te maken. Als het te lang aansleept om vanuit de verschillende departementen tot één tekst te komen, ben ik van plan het rapport op zich snel aan de regering en het parlement over te maken. Desnoods kunnen we in twee fasen werken.

De voorzitter: De heer Hubert Brouns heeft het woord.

De heer Hubert Brouns (CVP): Mijnheer de voorzitter, ik heb alle begrip voor het feit dat dit rapport geëvalueerd moet worden door de ministers die een bepaalde verantwoordelijkheid dragen voor de inspectieketen. Het zal belangrijk zijn om de herstructurering van het IVK te laten dragen door alle betrokkenen. Ook voor die achterban is het belangrijk dat zij kunnen vaststellen dat al deze beslissingen passen in een totale aanpak van de hele inspectieketen en dat zij door alle ministers worden gedragen. Zo kan men aangeven dat dit de wil is van de hele regering en niet van één verantwoordelijke binnen de keten. De herstructureringen binnen het IVK zullen immers op enige argwaan of zelfs verzet stuiten, wat menselijk is. Hiermee kan met verantwoordelijkheid worden omgegaan waarom één en ander in deze context moet gebeuren.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Mondelinge vraag van de heer Jef Valkeniers aan de minister van Volksgezondheid en Pensioenen over "de nieuwe normen voor de spoed-diensten" (nr. 2041)

Question orale de M. Jef Valkeniers au ministre de la Santé publique et des Pensions sur "les nouvelles normes pour les services d'urgence" (n° 2041)

De voorzitter: De heer Jef Valkeniers heeft het woord.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, de nieuwe normen voor de spoeddiensten hebben heel wat kwaad bloed gezet. De staking was in elk geval algemeen. In Halle bijvoorbeeld is men van oordeel dat de dienst spoedgevallen goed werkt en dat de normen van de minister geen verbetering betekenen. Mijnheer de minister, zo zouden daar volgens uw normen 4 specialisten op de 54 permanent aanwezig moeten zijn om exclusief één bepaalde functie uit te oefenen. Meer nog, men is van oordeel dat uw normen amateuristisch zijn opgesteld en niet overeenstemmen met de RIZIV-nomenclatuur. Mijnheer de minister, zijn uw normen wel haalbaar, niet alleen financieel maar ook menselijk en sociaal, zeker nu advocaat en medisch expert Filip Dewallens van oordeel is dat ziekenhuisartsen slechts onder zeer specifieke voorwaarden verplicht kunnen worden om aan de nieuwe regeling deel te nemen?

De **voorzitter**: Mijnheer Valkeniers, ik ben aangenaam verrast door de bondigheid van uw vraag.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Mevrouw de voorzitter, een tijdje geleden zei ik in de commissie dat er te veel mondelinge vragen werden gesteld, maar te weinig schriftelijke. Ik voegde er onmiddellijk aan toe dat indien dat zo gewenst was, ik voortaan ook al mijn vragen mondeling zou stellen.

Dat is de reden waarom ik deze vraag mondeling heb gesteld.

Het moge voor u een aansporing zijn, mevrouw de voorzitter, het aantal vragen te beperken.

De **voorzitter**: U hebt gelijk, mijnheer Valkeniers, maar ik vrees dat ik daaraan niet veel kan veranderen.

De minister heeft het woord.

De heer **Colla**, minister van Volksgezondheid en Pensioenen: Mevrouw de voorzitter, collega's, als men ervan uitgaat dat de regels die door het RIZIV worden opgesteld de waarheid bevatten, dan kan men eventueel ook beweren dat het departement van Volksgezondheid amateuristisch te werk gaat bij het opstellen van de regels.

Volgens mij moeten de regels inzake gezondheidszorg door het departement van Volksgezondheid worden opgesteld en moet het RIZIV ervoor zorgen dat de financiering conform verloopt, waardoor zij trouwens in haar normale rol zou treden.

Er werd gezegd dat de huidige normen de situatie niet ten goede komen. Maar vóór het verschijnen van de koninklijke besluiten over de intensieve spoeddiensten bestonden er niet eens normen; toen heerste terzake complete vrijheid, chaos en amateurisme. Immers, elk ziekenhuis kon beweren over een zware spoedgevallendienst te beschikken, aangezien ze aan geen enkele norm moesten beantwoorden. Het enige wat toen bestond was een "bijlage bij het scanner-besluit".

Van bij de aanvang vond ik het onverantwoord dat diensten die soms met leven en dood werden geconfronteerd, aan geen enkele norm moesten beantwoorden.

Er werden normen opgesteld en voorgelegd voor advies aan de Nationale Raad. Deze normen werd gepubliceerd in juni van vorig jaar, maar in december van hetzelfde jaar, toen zij eigenlijk al van toepassing moesten zijn, ontstond er herrie rond.

U zei dat er op alle vlakken herrie losbrak, mijnheer Valkeniers, maar dat moet ik tegenspreken. Er ontstond geen herrie omtrent de architecturale normen noch omtrent de verplichtingen opgelegd aan een verpleegkundig team. Wel ontstond er herrie met betrekking tot de dokters. Sta mij toe alles even op een rijtje te zetten. Er rijzen problemen met betrekking tot de kwalificatie - wie kan deelnemen aan de urgentiediensten - en betreffende permanentie en aanwezigheid.

Vanaf juni stelde ik voor, indien op het terrein problemen zouden ontstaan rond de praktische realiseerbaarheid, samen rond de tafel te gaan zitten en na te gaan of de koninklijke besluiten kunnen worden aangepast.

De zaken werden bemoeilijkt doordat een bepaald artsensyndicaat tussen juni en december brieven verstuurde naar de betrokkenen, waarbij zij werden aangespoord tot burgerlijke ongehoorzaamheid en waarin hen werd gezegd dat de soep niet zo heet zou worden gegeten als zij werd opgediend en dat de regels er toch niet zouden komen of althans niet zouden worden gehandhaafd.

Daarop werd opnieuw plaatsgenomen rond de tafel en op verzoek van dat artsensyndicaat werden aan de koninklijke besluiten een paar aanpassingen aangebracht. Het artsensyndicaat meldde schriftelijk dat de problemen waren opgelost, maar toen zij zich later tot een welbepaalde achterban wendden, verbraken zij het akkoord. Daarna kwamen wij opnieuw samen om te trachten de zaken op een volwassen

manier op te lossen, maar binnen de harde kern van het artsensyndicaat bleek geen consensus mogelijk. Op die manier wordt het uiteraard zeer moeilijk een degelijk debat te voeren.

Inzake permanentie en beschikbaarheid kan ik het volgende zeggen. De slogan die werd gelanceerd was "bestendige beschikbaarheid". Maar is het niet onverantwoord een dokter met zijn vingers te laten draaien op een spoedgevallendienst? Geen enkel ziekenhuis is verplicht een zware spoedgevallendienst te organiseren. In dat verband werd een koninklijk besluit opgesteld waarin wordt bepaald dat elk hospitaal over minimale accommodatie moet beschikken om een noodgeval op te vangen.

Als men een zware spoedgevallendienst wil organiseren, moet men aan bepaalde normen voldoen. Probleem is dat omzeggens elk ziekenhuis een spoedgevallendienst wenst in te richten, niet zozeer in het belang van de patiënten maar wel in belang van de eigen werking en inkomsten.

Een dikwijls gehoord verwijt is dat de dokter op de spoedafdeling de hele tijd beschikbaar moet zijn.

Het koninklijk besluit preciseert dat de dokter van wacht in het ziekenhuis aanwezig moet zijn en onmiddellijk beschikbaar. Op die manier biedt het koninklijk besluit de dokter de mogelijkheid zijn patiënten te bezoeken die in het ziekenhuis zijn opgenomen of - in het uiterste geval - consultaties te houden. Een aantal ziekenhuisdirecties gaan niet akkoord met deze mogelijkheid. Dit heeft meer te maken met een centenkwestie dan met échte inhoudelijke bezwaren.

Het aangepast koninklijk besluit bepaalt eveneens dat de permanentie van de dokter van wacht maximum 24 uur mag duren. Het koninklijk besluit laat het aan de betrokken doelgroep over te beslissen wat zij na de permanentie doen. We moeten echter realistisch zijn. Ik zou me niet graag laten opereren door een chirurg die er een zware 24-urenpermanentie op zitten heeft. Het koninklijk besluit laat de beslissing om na een permanentie gewoon de draad op te nemen over aan artsen.

Een andere dikwijls gehoorde klacht inzake de permanenties is dat er té veel artsen op hetzelfde ogenblik aanwezig moeten zijn. Men wijst op de poortwacht, de spoedgevallenwacht, de MUG en de intensieve zorgen.

Collega's, ik beklemtoon dat het eerste koninklijk besluit reeds toestond dat de permanentie van de poortwacht en de intensieve zorgen werd gecumuleerd.

Mevrouw de voorzitter, collega's, het is geenszins mijn bedoeling een oncomfortabele situatie te creëren. Mijn enige drijfveer heeft alles vandoen met het welzijn van de patiënt. Een ziekenhuis dat een zware spoedgevallendienst wenst te organiseren, moet voldoen aan een aantal normen. Het zou ongeoorloofd zijn dat een patiënt die zich in een dergelijk ziekenhuis aanbiedt een half uur moet wachten op de dokter. Dat is de reden waarom ik niet akkoord kon gaan met het voorstel om een permanentie te organiseren voor de spoedgevallen én de MUG. Het zou maar brute pech zijn als men zich op de spoedgevallendienst aanbood en het MUG-team net was uitgerukt. Dergelijke situaties zijn, mijns inziens, onaanvaardbaar.

Op dit ogenblik geldt het principe van de poortwacht. Dit betekent dat er 24 uur op 24 een arts in het ziekenhuis aanwezig moet zijn. Als dit ziekenhuis beschikt over een spoedgevallendienst, een MUG en een dienst intensieve zorgen, mag de poortwacht wegvallen. We gaan er immers van uit dat de dokter die permanentie doet op de spoedgevallendienst niet alleen de externe spoedgevallen kan opvangen maar ook de urgenties van patiënten die reeds in het ziekenhuis verblijven.

In het bovenvermeld voorbeeld zouden er drie permanenties moeten worden verzekerd. Mijn voorstel behoudt drie permanenties maar legt andere accenten. Er moet een permanentie zijn voor de spoedgevallen en een voor de MUG. De permanentie van de spoedgevallen mag ook de beddenwacht verzekeren. Concreet betekent dit dat het aantal artsen die de permanentie moeten verzekeren niet verhoogt.

Verkiest de sector een systeem van één permanentie voor spoedgevallen én MUG en een oproepsysteem als er iets ernstigs gebeurt? Welke parameter moet ik hanteren om dit toe te staan? Volstaat het dat de artsen binnen een straal van 5 km van het ziekenhuis wonen?

Collega's, dergelijke voorstellen gaan me echt té ver.

Als men de problematiek van spoedgevallendiensten aankaart, is het vrijwel zeker dat men vanuit zuiver economisch standpunt aan overregulering doet.

De vraag is wat de gemeenschap er voor over heeft om dergelijke noodsituaties te behandelen. Ik herhaal dat volgens het huidige voorstel 3 urgentieartsen volstaan. Een ziekenhuis dat zowel een poortwacht, spoedafdeling als MUG wenst zonder over een "zware"

intensieve afdeling te beschikken moet slechts over 2 urgentieartsen beschikken. Bovendien kan de arts van de spoedafdeling ook de binnenwacht op zich nemen. Concreet betekent dit dat er van de ziekenhuizen niet méér wordt verwacht dan wat er momenteel reeds werd bepaald.

Trouwens, ik durf hier niet herhalen wat urgentieartsen en specialisten in een vergadering tegen elkaar zeggen over de spoedgevallendiensten. Intern is er sprake van een heilige oorlog tussen twee soorten specialisten: enerzijds de algemene specialisten en anderzijds de urgentieartsen. Ik begrijp dat het soms een kwestie van centen is maar in een ziekenhuis moet men met volwassen mensen toch een zeker poolsysteem kunnen opstellen waarbij de specialist op de afdeling en de urgentiearts een zekere onderlinge regeling treffen.

Wat de kwalificaties betreft, zal niemand ontkennen dat een algemeen specialist in aanmerking komt voor de permanenties op de spoedgevallendienst. Niemand zal ontkennen dat een urgentiearts in opleiding eveneens in aanmerking komt. Iemand die het brevet "urgentiegeneseskunde" heeft, komt ook in aanmerking. Welke uitbreidingen hebben we toegestaan? In een overgangperiode van twee jaar mag het ook een specialist in opleiding zijn als hij minimaal twee jaar achter de rug heeft. Ik heb zelf voorgesteld - ik dacht dat de artsen het daarmee eens waren - ons niet blind te staren op het aantal jaren van de opleiding dat men achter de rug heeft. Het interesseert een patiënt vooral dat hij wordt geholpen door een dokter die over de vereiste kwalificaties beschikt. Om die reden werd een gemengde commissie opgericht met zowel urgentieartsen en specialisten die zal bepalen welke theoretische kennis en praktische ervaring nodig is om de permanentie op een spoedafdeling te kunnen verzekeren. Een specialist in opleiding die aan deze voorwaarden beantwoordt, mag dan de permanentie doen. Dit wil zeggen dat een specialist in opleiding die reeds na 1 jaar beantwoordt aan die voorwaarden, de permanentie mag verzekeren.

We hebben ook een assimilatie toegestaan waardoor specialisten waarvan de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis attesteert dat hij gedurende een periode van twee jaar geregeld heeft meegedraaid in de urgentiedienst, wordt geassimileerd met een arts die het brevet van urgentiearts heeft. Wat het hoofd van de urgentiedienst betreft, hebben we bepaald dat het gedurende de overgangperiode een specialist mag zijn die niet de titel van urgentiearts

heeft. Het hoofd van de dienst mag bovendien zowel de urgentieafdeling als de MUG onder zijn hoede hebben. Daarenboven wordt een hoofd van de urgentiedienst met vijf jaar ervaring gewoon geregulariseerd.

Als u dit nu allemaal op een rij zet, vraag ik mij af wat het probleem is. Een bepaald artsensyndicaat streeft vooral naar het comfort voor de dokter. Ik wil daaraan tegemoetkomen maar ik moet in eerste instantie aan het comfort van de patiënt denken.

Wat zijn mijn conclusies? Het aantal permanenties wordt verhoogd. Wij stellen minimale eisen aan personen die de permanentie doen, wat toch gerechtvaardigd is, niet? Ten slotte, door de assimilaties hebben wij een werkbare situatie op het terrein gecreëerd.

Ik moet toegeven dat de opmerking vanwege de specialisten dat het moet volstaan als zij kunnen worden opgeroepen, mij ten zeerste gestoord heeft. Het gaat immers om een zware urgentiedienst. Kunt u zich inbeelden dat een patiënt die binnenkomt, lang op een specialist moet wachten?

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): De inschatting van "lang wachten" is subjectief.

Minister **Colla**: Dat is niet zo. Ik zeg dat, wanneer een ziekenhuis een zware spoedgevallendienst wil hebben, er altijd een dokter ter beschikking moet zijn voor welke patiënt er, wanneer ook, binnenkomt. Dat wil niet zeggen dat deze in het lokaal aanwezig moet zijn; hij moet in het ziekenhuis zijn. Daar heeft de patiënt recht op.

De voorzitter: De heer Jef Valkeniers heeft het woord.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, laten wij even de praktijk onder de loep nemen. Mijnheer de minister, u stemt ermee in dat de poortwacht wordt gecombineerd met intensieve zorgen.

Minister **Colla**: Dat was voorheen al mogelijk. Nu hebben wij het ook mogelijk gemaakt dat wie permanentie heeft op spoedgevallen, de beddenwacht waarneemt.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Goed. Ik geef u een voorbeeld. Er is een patiënt met een hartstilstand op intensieve zorgen. De specialist kan daar twee uur bezig zijn. Intussen is er geen poortwacht.

Minister **Colla**: Mijnheer Valkeniers, bij uw inleiding hebt u mij bijna verweten dat ik er voorstander van was

dat er bestendig vier artsen aanwezig moeten zijn in een ziekenhuis die vier voornoemde afdelingen telt. Maar ik heb precies de normen versoepeld. Nu ontwikkelt u echter een redenering die ook de mijne was oorspronkelijk. Het is op vraag van de artsen dat er niet meer vier artsen aanwezig moeten zijn.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Ik zeg alleen dat, als u de puntjes op de i wilt zetten en alle mogelijke uitzonderingen in acht nemen, er inderdaad vier artsen aanwezig moeten zijn. Wil men volkomen zekerheid hebben, dan moeten ze alle vier minstens urgentist zijn. Bovendien mogen ze niet meer dan 24 uur de wacht doen. Dat betekent dat men minstens een ploeg van 8 urgentisten in het ziekenhuis moet hebben om aan de normen te voldoen.

Minister **Colla**: Maar dat eisen wij niet.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Mijnheer de minister, sta mij toe op te merken dat er geen enkele sector is in dit land die de voorbije jaren zo overgeregeld werd als de algemene en gespecialiseerde geneeskunde. Ging het voorheen dan zo slecht? Ik geloof niet in een chaos, zoals u die beschreef, want iedere geneesheer heeft zijn plicht. Een geneesheer die de eed van Hippocrates heeft gezworen, beseft welke plichten hij heeft en aan welke eisen hij moet voldoen. Het is te gemakkelijk te beweren dat men het comfort van de patiënt verkiest boven dat van de geneesheer. De eisen moeten toch ook zowel voor de geneesheer als voor het ziekenhuis kunnen worden vervuld? Als men de lat zo hoog legt, dan kunnen alleen universitaire ziekenhuizen nog spoedgevallendiensten openhouden.

Minister **Colla**: Dat is niet correct. Wij zijn het erover eens dat er vier soorten permanenties zijn: de beddenwacht - volgens de algemene erkenningsnormen moet er 24 uur op 24 uur een arts in het ziekenhuis aanwezig zijn -, de spoedgevallendienst, de MUG en de dienst van de zware intensieve zorgen. Een ziekenhuis is overigens niet verplicht om deze laatste afdeling in te richten; met drie bedden voor intensieve zorgen hoeft men die permanentie niet eens te doen. Mijnheer Valkeniers, u werpt op dat wij aan overregulering doen wanneer wij de verplichting opleggen dat voor elke permanentie een arts aanwezig moet zijn. Dat doen wij

niet. Wat we wel eisen, is dat wanneer er vier permanenties nodig zijn, er drie artsen aanwezig zijn. Vindt men dat nog teveel, dan is de vraag hoeveel artsen er uiteindelijk nog aanwezig hoeven te zijn. Hoeveel geneesheren moeten er dan permanent aanwezig zijn in een ziekenhuis met beddenwacht, MUG, spoedgevallendienst en zware intensieve zorgen?

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Mijnheer de minister, u stelt mij een vraag. Ik zal ze beantwoorden. Als een arts de poortwacht doet en er een goede urgentist aanwezig is, dan moet dit volstaan, want men kan binnen de vijf minuten een arts oproepen.

Minister **Colla**: Mijnheer Valkeniers, u beweert dat twee artsen voldoende zijn: iemand voor de poortwacht - daarvoor volstaat een huisarts; deze hoeft zelfs niet het brevet van urgentist te hebben - en een specialist. Beeldt u zich in dat de MUG moet uitrijden en de specialist dus mee is. Welnu, op dat ogenblik zitten zowel de spoedgevallendienst als de afdeling zware intensieve zorgen zonder arts.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Excuseer, als die MUG moet uitrijden, dan kan op ieder ogenblik een andere huisarts worden ingeroepen.

Het zou toch moeten lukken dat de MUG uitrijdt en gekruist wordt door een andere ziekenwagen met een zwaar zorgbehoevende patiënt.

Minister **Colla**: U moet het toch maar meemaken.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Het kan nu ook gebeuren.

Minister **Colla**: Volgt u dezelfde redenering voor de verpleegkundigen op de spoed- en intensieve afdelingen? Volgt u dezelfde redenering voor de brandweerlui in de kazerne? Moeten we die ook oproepen?

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Mijnheer de minister, er is toch een vrij groot verschil. Als een verpleegster een wachtdienst heeft gedaan, dan krijgt zij een speciaal regime en haar wedde is identiek dezelfde. Ik wil dit toch even onderstrepen.

De komedie is soms te groot. Men heeft mij jaren, minstens eenmaal per maand, laten inslapen, opdat het ziekenhuis een

bepaalde premie zou hebben getrokken. Dat weet u toch. Men zei mij dat ik er moest zijn en dat, indien het nodig was, nog iemand zou worden opgeroepen. Ik neem aan dat er een reglementering moet zijn, maar niet zodanig dat het beroep onmenselijk wordt. Als uw maatregel wordt gevolgd, dan moet men minstens over drie urgentisten beschikken.

Minister **Colla**: Maar nee, collega Valkeniers, toch niet. Er moeten geen drie urgentisten zijn. Voor een ziekenhuis dat die vier functies heeft, volstaat het dat er een specialist of urgentist is, een huisarts met brevet en een specialist in opleiding die aan de criteria beantwoordt. Dat volstaat. Dat is het *minimum minimorum* inzake kwaliteit.

De heer **Jef Valkeniers** (VLD): Wie heeft specialisten in opleiding? Alleen de universiteiten en hier en daar een groot ziekenhuis met academische ziekenhuisbedden! Ik vind dat het gemakkelijk is dergelijke zaken op papier te zetten, maar het moet in de praktijk werkbaar zijn.

We zijn werkelijk aan het overdrijven omdat we zoeken naar een geval op 100 000. Daarvoor eist men te strenge normen. Ik herhaal dat, wanneer de MUG uitrijdt, het een kleintje is om onmiddellijk iemand anders in te roepen.

De voorzitter: Mijnheer Valkeniers, ik sluit deze bespreking. Ik herinner u eraan dat het hier om een vraag ging.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Regeling van de werkzaamheden Ordre des travaux

De voorzitter: Aangezien de heer Jozef Van Eetvelt niet aanwezig is, zal zijn mondelinge vraag nr. 2031 vandaag niet plaatsvinden.

- De openbare commissievergadering wordt gesloten om 11.25 uur.

- La réunion publique de commission est levée à 11.25 heures.
