



Vlaams
Parlement

vergadering **C53 – WEL4**
zittingsjaar 2013-2014

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en
Armoedebeleid

van 5 november 2013

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ziekenhuisbacterie

- 127 (2013-2014)

Vraag om uitleg van de heer Erik Tack tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de recente studie van het European Centre for Disease Prevention and Control in verband met ziekenhuisinfecties

- 200 (2013-2014)

3

■

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ziekenhuisbacterie - 127 (2013-2014)

Vraag om uitleg van de heer Erik Tack tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de recente studie van het European Centre for Disease Prevention and Control in verband met ziekenhuisinfecties - 200 (2013-2014)

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Voorzitter, minister, een artikelenreeks heeft ons nog maar eens met de neus op de feiten gedrukt. Ziekenhuisinfecties in onze ziekenhuizen zijn jaarlijks verantwoordelijk voor 2500 overlijdens in België. Het aantal infecties ligt vele malen hoger. 111.000 mensen zouden jaarlijks in onze ziekenhuizen geïnfecteerd worden. We zijn wellicht allemaal al geconfronteerd met familie of vrienden die in het ziekenhuis belanden. Wie met een ziekenhuisinfectie te kampen krijgt, heeft weken en soms maanden langer nodig om te herstellen.

Na jarenlange campagnes inzake handhygiëne blijken verpleegkundigen de richtlijnen vrij goed op te volgen, maar – raar maar waar – artsen veel minder. We zouden nochtans van artsen mogen veronderstellen dat ze beter dan wie ook het belang daarvan zouden moeten erkennen. Artsen die patiënten in hun kamer bezoeken, maken onvoldoende gebruik van de alcoholgel voor de handhygiëne, ze dragen vaak ook nog altijd een ring, een horloge en ook de stethoscoop wordt te weinig ontsmet.

De federale overheid heeft het beleid inzake het antibioticagebruik bijgestuurd, heeft campagnes inzake handhygiëne in ziekenhuizen opgestart en introduceerde in ziekenhuizen de geneesheerhygiënist en de verpleegkundige-hygiënist. Vlaanderen heeft binnen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Toezicht Volksgezondheid, een werkgroep ziekenhuishygiëne, die onder meer betrokken is bij het auditeren van het ziekenhuishygiënebeleid. Vlaanderen subsidieert mee het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) met betrekking tot de surveillance van ziekenhuisinfecties. Vijfjaarlijks worden ziekenhuizen geauditeerd met onder meer de correcte handhygiëne als aandachtspunt. Ook in het nieuwe toezichtsmodel zou aandacht gaan naar handhygiëne. Zowel de federale als de Vlaamse overheid hebben dus al heel wat maatregelen genomen en volgen via inspecties de problematiek op. Er is vooral gefocust op sensibilisering, en dat heeft duidelijk ook effect gehad bij de verpleegkundigen, maar onvoldoende bij de artsen.

In de krant De Standaard werd de vraag gesteld of het ogenblik niet gekomen is om de volgende stap te zetten, namelijk het uitwerken van een sanctionerend beleid ten aanzien van ziekenhuizen waar de resultaten met betrekking tot de preventie van ziekenhuisinfecties niet goed zijn. Dit is tot nader order een federale aangelegenheid, maar er is een nieuw plan van federaal minister voor Volksgezondheid Onkelinx op komst rond de ziekenhuisfinanciering. Dit is een goed moment om daar aandacht voor te vragen.

Zoals ik al zei, het is zover gekomen dat een ziekenhuisopname voor bepaalde groepen van zwakke patiënten een risico is geworden.

Minister, gaat u in overleg met minister Onkelinx het sensibiliseringsbeleid inzake ziekenhuisinfecties bijsturen? Zult u daarbij in het bijzonder focussen op de hand- en materiaalhygiëne bij artsen in ziekenhuizen?

Welke maatregelen worden nu genomen als bij een inspectie in een ziekenhuis wordt vastgesteld dat de resultaten met betrekking tot ziekenhuisinfecties te wensen overlaten? Wordt met het ziekenhuis een plan opgesteld om de resultaten te verbeteren? Wordt zo'n ziekenhuis opgevolgd om na te gaan of de resultaten verbeteren? Wat gebeurt er als een ziekenhuis slecht blijft scoren?

Nederland kent het PREZIES-netwerk, het Netwerk Preventie van Ziekenhuisinfecties door Surveillance. Deelnemende ziekenhuizen genereren vergelijkbare en landelijk representatieve gegevens over ziekenhuisinfecties. Dat laat ziekenhuizen toe zich te positioneren ten aanzien van andere ziekenhuizen en het eigen beleid ter zake bij te sturen.

Worden ziekenhuizen in Vlaanderen op de hoogte gebracht van hun resultaten inzake ziekenhuisinfectie in vergelijking met andere ziekenhuizen?

Hoe evalueert u de beleidsoptie om na een sensibiliserend beleid ook een sanctionerend beleid uit te werken voor ziekenhuizen die onvoldoende scores voor ziekenhuishygiëne?

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Minister, we hebben het al uitgebreid gehad over deze thematiek. Ik zal niet alles herhalen. Mevrouw Van der Borgh heeft de cijfers al gegeven.

Jaarlijks zouden in de Belgische ziekenhuizen ongeveer 111.000 patiënten besmet worden met een ziekenhuisbacterie, met 2500 overlijdens per jaar tot gevolg. Die infecties doen zich hoofdzakelijk voor aan wonden en aan de lucht- en urinewegen.

Vroeger vroeg ik me als dokter af wanneer ik een patiënt naar het ziekenhuis moest sturen. Nu vraag ik me vooral af wanneer ik dat niet mag doen. We moeten ons daar eens vragen bij stellen. We moeten dan nog opletten dat we een patiënt niet te laat sturen. We moeten vermijden dat we bedenken: misschien had ik hem gisteren toch beter gestuurd.

Er zijn heel wat redenen voor deze infecties en de verspreiding van ziekenhuiskiem. Dat hebben we ook al verteld in vorige vergaderingen. Een zeer belangrijke reden is een onvoldoende handhygiëne en een gebrek aan hygiëne van het instrumentarium. Misschien zijn wegwerphulsjes om over de stethoscopen te schuiven een goed idee. Dat is een gat in de markt voor de medische industrie.

Een goede handhygiëne vergt geen uitgebreide investering, alleen aandacht en tijd en de juiste techniek. Die werd hier ook al vaker besproken. Weinig mensen – en zeker de bezoekers niet – weten hoe ze hun handen moeten ontsmetten. Ze denken dat ze gewoon een beetje in hun handen moeten wrijven. Dat klopt niet. Misschien is het aan de minister van Onderwijs om dat aan te leren aan jonge mensen. Men kan meteen benadrukken dat ze elke keer voor het eten hun handen moeten wassen. Dat is bij de jeugd niet meer het geval.

Volgens de aangehaalde studie zou bijna een kwart van de zorgverleners zijn handen niet voldoende ontsmetten. Bij de artsen zou dit cijfer reeds oplopen tot 37 procent. Nochtans is het reeds van in de 19e eeuw bekend dat mensen ziekteverwekkers kunnen overbrengen. In Wenen ontdekte Ignaz Semmelweis dat handen wassen – toen met bleekwater – levensreddend kon zijn op de afdeling materniteit, en dat reeds een halve eeuw voor de microbetheorie van Louis Pasteur. We zijn nu in de 21e eeuw, en blijkbaar is de boodschap nog steeds niet doorgedrongen.

Minister, er zijn meer doden in ziekenhuizen door infecties dan verkeersdoden. Dat laatste komt uitgebreid in de kranten en er wordt aan sensibilisatie gedaan. Er zijn ook meer doden in ziekenhuizen dan zelfmoorden. Nochtans haalt dat ook vaak de media, en terecht. Dit probleem is toch nog een beetje ernstiger.

Wat vindt u van deze cijfers? Bent u van plan om uw aanpak bij te sturen? Hoe kunnen zorgverleners en artsen nog beter overtuigd worden van de noodzaak van ontsmetting van hun handen? Op welke manier wilt u daarop inspelen?

In uw antwoord op mijn interpellatie van maart 2013 stelde u dat er in het ontwerp van het nationaal strategisch plan voor de bestrijding van multi-drug resistant organisms (MDRO) aanbevelingen geformuleerd waren om studies op te zetten bij huisartsen om de prevalentie van dragerschap van MDRO in de gemeenschap na te gaan. Is daar ondertussen al vooruitgang in geboekt? Plant de Vlaamse Regering daar ondertussen budgetten voor?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Het is kristalhelder dat zorginfecties een belangrijke bedreiging zijn, niet alleen in Vlaanderen en België trouwens, maar wereldwijd. In de commissievergadering van 19 maart 2013 gaf ik reeds aan dat ik mij in mijn beleidsnota 2009-2014 heb geëngageerd om verder te werken aan de aanpak van methicillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) en andere zorginfecties in woonzorgcentra en ziekenhuizen. Ik heb toen verwezen naar de verschillende acties die met betrekking tot deze problematiek worden gevoerd.

Ondertussen heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 30 september 2013 het nationaal strategisch plan voor de bestrijding van multidrugresistente organismen (MDRO) goedgekeurd. Dit plan omvat onder meer elementen van het antibioticabeleid, surveillance, studies en handhygiënecampagnes in ziekenhuizen en in woon- en zorgcentra. Daarnaast is ook voorzien in de oprichting van een 'outbreak support team' (OST).

Het MDRO-OST heeft als doel uitbraken van MDRO in zorgvoorzieningen in te dijken en te beheersen. Hiervoor worden, afhankelijk van de situatie, verschillende actieniveaus gehanteerd. Het gaat om de inzichtelijke ondersteuning van de zorgvoorzieningen, de sturing van de voorzieningen, de interventie ter plaatse en, indien nodig, de handhaving. Ik kom hier straks nog op terug.

Voor de uitrol van het plan, inclusief het OST, hebben we uiteraard menselijke en financiële middelen nodig. Dat is in deze budgettaire moeilijke tijden geen vanzelfsprekendheid. Zoals in de vraagstelling terecht gesteld, gaat het hier echter om een bijzonder ernstige bedreiging van de volksgezondheid. Bovendien merken we dat de handhygiënecampagnes een duidelijk positief resultaat hebben. In een recente Vlaamse studie is met betrekking tot het OST-principe een sterk positieve kosten-batenanalyse gemaakt.

Zoals daarnet al is opgemerkt, wordt tweejaarlijks een nationale handhygiënecampagne in de Belgische ziekenhuizen gelanceerd. De FOD Volksgezondheid stuurt die campagne. Iedere campagne heeft een andere focus. Tijdens de voorgaande campagne is de aandacht specifiek op de artsen gericht. Met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid is een taakverdeling afgesproken. Het agentschap informeert en sensibiliseert periodiek de sector van de woonzorgcentra. Ik kom hier zo dadelijk op terug.

In het mede door mij ondertekend protocolakkoord 'Nationaal strategisch plan voor de bestrijding van MDRO' wordt naar de resultaten van de vier voorgaande campagnes verwezen. Deze resultaten zijn in Eurosurveillance gepubliceerd.

Ondanks het vrijwillig karakter van de campagnes zijn de deelnamecijfers uitstekend. Meer dan 90 procent van de acute ziekenhuizen, twee derde van de categorale ziekenhuizen en twee derde van de psychiatrische ziekenhuizen heeft hieraan deelgenomen. Bovendien is de compliance doorheen de jaren sterk gestegen, meer bepaald van 49,6 procent voor de eerste campagne tot 62,3 procent voor de vierde campagne. We kunnen dan ook van een blijvend positief effect spreken.

In het protocolakkoord is een aanbeveling geformuleerd om veeleer de campagnes regelmatig te hernemen en de inspanningen onverminderd voort te zetten dan de sensibilisering bij te sturen. Daarnaast stuurt het protocol ook in de richting van een voortzetting van de activiteiten van de regionale samenwerkingsplatforms voor ziekenhuishygiëne en van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne. Ook op die plaatsen is de aandacht voor handhygiëne een agendapunt. Tot slot benadrukt het protocol het belang van de implementatie van sets van kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne. Dit is een belangrijk gegeven waarmee we binnen Vlaanderen volop bezig zijn.

Tijdens de commissievergadering van 19 maart 2013 heb ik naar de audits in de ziekenhuizen verwezen. De voorbije jaren zijn de ziekenhuizen vijfjaarlijks geauditteerd. Een van de belangrijke aandachtspunten in de auditcycli bestaat uit de voorwaarden om een correcte

handhygiëne te kunnen uitvoeren. Dit omvat korte en propere nagels, juwelenvrije handen en voorarmen, de afwezigheid van gel- of kunstnagels, van nagellak en van polshorloges en tot slot ook het dragen van korte mouwen. Tijdens deze audits zijn ook de infrastructurele voorzieningen gecontroleerd om een goede handhygiëne te kunnen uitvoeren. Sinds maart 2013 zijn de ziekenhuizen aan het nieuw toezichtmodel, het nalevingstoezicht, onderworpen. Ook in dit verband worden aspecten van de handhygiëne gecontroleerd.

De woonzorgcentra worden ook geïnspecteerd. Het agentschap Zorginspectie heeft hierbij aandacht voor deze hygiëne-elementen. Bovendien heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid in 2009, 2010 en 2012 op de woonzorgcentra afgestemde infosessies georganiseerd. Tijdens elke infosessie is een ander aspect van de handhygiëne aan bod gekomen. Meer informatie over deze infosessies is te vinden op de website www.zorginfecties.be.

In mijn opdracht heeft het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde (ACHG) het 'Draaiboek infectiebeleid in de Vlaamse woonzorgcentra' ontwikkeld. Na een wetenschappelijke verfijning en een praktijktoetsing door het werkveld is dit draaiboek in 2012 definitief afgewerkt. Dit draaiboek, waarin ook aandacht aan handhygiëne wordt besteed, is in mei 2012 gelanceerd en kan gratis worden gedownload.

Tot slot wordt bij outbreaks in ziekenhuizen vaak een bijkomende handhygiëneaudit uitgevoerd. Soms worden hierbij zelfs stalen van handen genomen. Ik verwijs in dit verband naar het daarnet vermelde OST.

Er bestaan ongetwijfeld geen toverformules. Op basis van al deze elementen meen ik te mogen stellen dat Vlaanderen al heel wat inspanningen voor de promotie en de implementatie van een broodnodige correcte handhygiëne levert. Het komt er nu op aan die inspanningen onverminderd te kunnen voortzetten.

Er is me gevraagd welke maatregelen worden getroffen indien wordt vastgesteld dat de gesuggereerde aanpak van de ziekenhuisinfecties niet wordt gerespecteerd. Ik moet in dit verband naar de daarnet besproken audits verwijzen.

Tijdens inspecties onder normale omstandigheden vormen de voorwaarden om een correcte handhygiëne te kunnen uitvoeren een belangrijk element. Dit geldt eveneens voor de infrastructurele voorzieningen hiertoe. Het is uiteraard de bedoeling dat ziekenhuizen de tijdens audits vastgestelde tekorten of non-conformiteiten remediëren.

Daarnaast worden ook onder uitbraakomstandigheden inspecties verricht. Het MDRO-OST heeft als doel uitbraken van MDRO in zorgvoorzieningen in te dijken en te beheersen. Dit heeft uiteraard in belangrijke mate ook met handhygiëne te maken.

Wat Vlaanderen betreft, is het de bedoeling dat de dienst Infectieziektebestrijding van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid de kern van het OST vormt. Indien nodig, kan deze dienst zich laten bijstaan door experts van het WIV, door andere experts in het domein van de ziekenhuisinfectiebeheersing en door het relevante nationale referentiecentrum (NRC).

Indien een uitbraak wordt vastgesteld, wordt de situatie in eerste instantie ter plekke met de verantwoordelijken van het ziekenhuis en met de leden van het comité voor ziekenhuishygiëne besproken. Er volgt een analyse van de situatie en een handhygiëneaudit met bemonstering. Er worden een aantal verbetervoorstellen geïnitieerd.

Doorgaans werpt een dergelijke interventie vruchten af. Indien uit de monitoring zou blijken dat de resultaten niet of onvoldoende verbeteren, kan de inspecteur op basis van het tijdens deze legislatuur goedgekeurde Mozaïekdecreet opleggen bepaalde afdelingen te isoleren, met een compartimentering met eigen personeel, bepaalde ruimten buiten gebruik te stellen of zelfs een opnamestop op welbepaalde risicoafdelingen door te voeren.

Bij wijze van proef heeft het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid het afgelopen jaar al enkele Vlaamse ziekenhuizen bijgestaan in hun strijd tegen MDRO-uitbraken. Ik zal even opsommen welke maatregelen toen zijn genomen.

Er is feedback gegeven op de dagelijkse rapportering door het ziekenhuis met betrekking tot het aantal en de plaats van de besmettingen. Er is feedback gegeven aan het ziekenhuis na elke meting door het OST. Er zijn specifieke vragen met betrekking tot deze problematiek beantwoord. Tijdens bezoeken ter plaatse zijn specifieke audits met betrekking tot handhygiëne uitgevoerd. Hierbij zijn stalen genomen van de handen en van de omgeving. De resultaten van deze stalen zijn geanalyseerd en geïnterpreteerd. De aanpak van het ziekenhuis is bijgestuurd, bijvoorbeeld in de richting van isolatieverpleging en van opleidingen in handhygiëne.

Ik denk dan ook te mogen stellen dat Vlaanderen al heel wat inspanningen levert. Die inspanningen hebben niet enkel betrekking op de promotie, maar ook op de implementatie en de handhaving van een broodnodige correcte handhygiëne. Dit gebeurt onder normale en onder uitbraakomstandigheden. Het komt er nu op aan die inspanningen met betrekking tot de normale omstandigheden onverminderd te kunnen voortzetten en met betrekking tot de uitbraakomstandigheden verder te kunnen ontwikkelen.

Er is daarnet tevens verwezen naar de aanpak in Nederland. Volgens het recent goedgekeurd protocolakkoord moeten acute ziekenhuizen verplicht een aantal bewakingsprotocollen volgen. Die protocollen hebben betrekking op MRSA, op septicemieën in het hele ziekenhuis en op de surveillance van multiresistente gramnegatieve bacteriën. Daarnaast moeten acute ziekenhuizen nog een bijkomend protocol kiezen. Ze hebben keuze uit protocollen met betrekking tot *Clostridium difficile*, tot Vancomycineresistente enterokokken (VRE), tot pneumonieën en tot bacteriëmieën in de eenheden voor intensieve zorg of tot infecties van de operatiewonden. Dit bijkomend verplicht protocol is een toevoeging. Er zijn verplichte protocollen en keuzeprotocollen. In vergelijking met de huidige toestand gaat het in elk geval om een verstrenging.

Het WIV analyseert de verplichte meldingen en koppelt op zijn beurt terug naar de ziekenhuizen. Deze surveillance laat de ziekenhuizen toe de eigen resultaten in de tijd op te volgen en met de nationale resultaten te vergelijken.

Handhaving heeft inderdaad een plaats, en ik heb dat daarnet aangehaald naar aanleiding van de toekomstige OST-werking. Als de Zorginspectie non-conformiteiten vaststelt, dan wordt het ziekenhuis geacht te remediëren, en dat wordt ook gecontroleerd. Maar ik ben ervan overtuigd dat de grote meerderheid van de ziekenhuizen meer dan voldoende verantwoordelijkheidszin heeft om indien nodig hun eigen beleid bij te sturen en de gepaste maatregelen te nemen. Zo nodig zal evenwel drang worden gebruikt om ze daarin te responsabiliseren en pas in laatste instantie zal dwang worden gebruikt. Het is dus een systeem van opvolging.

Zoals ik daarnet stelde, is het nationaal strategisch plan pas onlangs goedgekeurd. We moeten nu stelselmatig aan de uitvoering ervan werken. Het protocolakkoord van het strategisch plan bevat onder andere de oprichting van een technische commissie voor de surveillances met betrekking tot MDRO's in de schoot van het WIV. De commissie bestaat uit het WIV en de relevante NRC's. De opdrachten van de commissie houden onder meer de bewaking in van MDRO's in de acute en chronische zorgvoorzieningen en in de ambulante geneeskunde, het toezicht op en de optimalisatie van de bestaande controles alsook het uitwerken en implementeren van nieuwe controlesystemen en epidemiologische en microbiologische studies. Welke deze studies juist moeten zijn en hoe ze uitgevoerd moeten worden, is aan de experts om voor te bereiden.

Waar het OST en handhygiëncampagnes in WZC's een door de gemeenschap te financieren deel van het nationaal plan zijn, is dat voor surveillance en studies eerder een gemengd gegeven met de federale overheid. Wat betreft zorginfecties ontvangt het WIV van de Vlaamse Regering, binnen een bredere samenwerkingsovereenkomst, reeds een aantal jaren een subsidie. Dit jaar bedraagt deze subsidie 94.900 euro.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Minister, ik dank u voor uw zeer uitgebreid antwoord. We zijn dat intussen gewend. We moeten altijd zeer goed het verslag nalezen om te weten wat er allemaal is gezegd.

U hebt het veel gehad over de WZC's en over de aanpak bij een uitbraak, maar voor mij was de essentie van de vraag de vaststelling dat artsen zich vaak te weinig bewust zijn van het belang van deze hygiënemaatregel of er te nonchalant mee omgaan. Dat was mijn insteek: hoe gaan we ermee om? Ik zal het antwoord eens goed moeten nalezen, maar ik heb weinig gehoord over maatregelen, specifiek voor de artsen. U hebt het zeer algemeen gehad over de WZC's enzovoort. Als blijkt dat de sensibilisering goed heeft gewerkt bij de verpleegkundigen en het personeel, maar te weinig bij de artsen, dan mis ik toch concrete maatregelen in uw antwoord.

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Voorzitter, minister, collega's, ik sluit me aan bij het betoog van mevrouw Van der Borgh, met het risico scheef bekeken te worden door een aantal van mijn collega's. Ik denk dat er toch een groep artsen is die onvoldoende overtuigd is van deze problematiek. Ik kan minder over de ziekenhuizen spreken, maar meer over de woonzorgcentra. In bijna elke kamer van een WZC staat een fles alcoholgel met de bedoeling dat iemand die lijfelijk contact heeft gehad met een patiënt bij een onderzoek of een verzorgingsbeurt, die fles gebruikt. Mijn ervaring is regionaal, maar ik vermoed dat ik mijn ervaring kan uitbreiden naar de rest van Vlaanderen. Ik stel vast dat die flesjes bijna iedere keer verstopt zijn omdat de flesjes al een tijdje niet of onvoldoende zijn gebruikt.

De Zorginspectie gaat na of de faciliteiten voorhanden zijn. Natuurlijk zijn ze voorhanden, maar worden ze gebruikt? Dat is een andere vraag. Misschien moet de Zorginspectie eens vragen naar de facturen van het aantal flesjes dat per jaar wordt aangekocht. Als de aankoop beperkt is, zal blijken dat de flesjes niet of onvoldoende worden gebruikt.

Minister, misschien moet niet alleen worden nagegaan of de flesjes er zijn, maar ook of ze worden gebruikt. Een aantal artsen zal zeker telkens zijn handen ontsmetten, maar een aantal niet of onvoldoende.

Ik hoor van de verpleegkundigen in de WZC's dat ik een van de weinigen ben die het stelselmatig doe. Ik wil mezelf geen bloemen toegooien, maar ik ben door mijn aanwezigheid in deze commissie er misschien van overtuigd geraakt dat het zo belangrijk is. Velen doen het dus niet, en dus is er nog werk aan de winkel.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Ik wil aan de Zorginspectie wel eens vragen op welke manier wordt nagegaan of de regels rond handhygiëne en beschikbare infrastructuur effectief worden toegepast. Ik kan er niet op antwoorden omdat ik niet weet hoe men dat in de praktijk doet.

Het andere punt is natuurlijk meer principieel. De Vlaamse overheid staat in voor het naleven van de erkenningsvoorwaarden van ziekenhuizen en voor het toezicht op de kwaliteit in ziekenhuizen, maar spreekt daarvoor uiteraard de beheerder van het ziekenhuis aan. Als we naar de redenering gaan dat de Vlaamse overheid zich, langs de beheerder van het ziekenhuis heen, rechtstreeks moet wenden tot het niveau van de individuele artsen die zijn toegelaten in een ziekenhuis en toezicht moet houden op dat niveau, dan moeten we een heel ander verhaal schrijven.

Er bestaan regels in de ziekenhuizen, want de medische organisatie is uitdrukkelijk beschreven in de Ziekenhuiswet evenals in de besluitvorming rond het formuleren van protocollen en organisatorische elementen, de betrokkenheid van de medische raad, de functie van de hoofdgeneesheer en zo meer. Het is niet aan de overheid om daarlangs te fietsen. Het zijn dingen die men in het ziekenhuis zelf moet opvolgen. Het is niet de bedoeling, hoe complex de besluitvorming in het ziekenhuis ook is, dat een ziekenhuis zegt

dat het het wel zou willen, maar dat een aantal artsen het niet doen, dat het dat weet, maar niet optreedt, want dat kan natuurlijk niet.

Wij spreken degene aan die door ons kan worden aangesproken, met respect voor de interne regels, die trouwens in de Ziekenhuiswet worden beschreven wat betreft het overleg en de relatie tussen individuele artsen of het korps in het algemeen, en de beheerder.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Ik ga niet helemaal akkoord, minister, want u kunt perfect iets doen vanuit het beleid via de financiering. Ik heb u gevraagd of u daar in het overleg met uw collega over wilt praten op basis van wat we vaststellen. Er komt een nieuwe manier van ziekenhuisfinanciering. Het zou dus perfect kunnen. Zo wordt volgens mij de arts die verantwoordelijk is voor de hygiëne, voor een stuk vergoed via de financiering. U zou perfect kunnen zeggen dat ziekenhuizen die slecht scoren, die financiering niet meer krijgen. Het is de verantwoordelijkheid van de arts die daarvoor instaat om zijn collega's erop aan te spreken. De enige manier om resultaat te boeken, is geld afnemen of geld erbij geven.

Minister Jo Vandeuren: U weet dat de Federale Regering een heel traject heeft opgezet om de nieuwe financiering van de ziekenhuizen te bespreken. Het is een legitieme suggestie, want in het traject is ook opgenomen dat er overleg zal zijn met de gemeenschappen, al was het maar omdat we na de staatshervorming verantwoordelijk zullen zijn voor een aantal onderdelen van de ziekenhuisfinanciering die met investeringen te maken hebben. Ik heb er absoluut geen probleem mee om te zeggen dat er in het licht van het kwaliteitsbeleid vragen zijn ten aanzien van de ziekenhuizen, maar de verantwoordelijkheid om dat ten gronde op te nemen met de artsen en de ziekenhuisbeheerders, moet federaal worden genomen. En ik heb begrepen uit het besluit van de Federale Regering dat wij daarin zullen worden betrokken. We zullen dit meenemen.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

■