

# VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1997-1998

23 oktober 1997

## HANDELINGEN

### COMMISSIEVERGADERING

#### COMMISSIE VOOR WELZIJN, GEZONDHEID EN GEZIN

Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het preventiebeleid met betrekking tot ouderdomsziekten bij vrouwen

Interpellatie van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het investeringsbeleid in de rustoordsector

Interpellatie van de heer Johan Malcorps tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, en tot de heer Theo Kelchtermans, Vlaams minister van Leefmilieu en Tewerkstelling, over de registratie van gezondheidsklachten en de nood aan epidemiologisch onderzoek, onder meer in de omgeving van verbrandingsinstallaties

Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de mogelijke schadelijke gevolgen van de vervuiling door de verbrandingsovens te Edegem en Wilrijk  
Met redenen omklede motie

Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de invoering van een zorgverzekering voor ouderen in Vlaanderen  
Interpellatie van de heer Etienne Van Vaerenbergh tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, en tot de heer Luc Martens, Vlaams minister van Cultuur, Gezin en Welzijn, over de invoering van een zorgverzekering voor ouderen in Vlaanderen

## Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin

Donderdag 23 oktober 1997

### **WAARNEMEND VOORZITTER : De heer Leo Cannaerts**

– *De interpellatie wordt gehouden om 14.10 uur.*

#### **Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het preventiebeleid met betrekking tot ouderdomsziekten bij vrouwen**

**De voorzitter :** Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Avontroodt tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het preventiebeleid met betrekking tot ouderdomsziekten bij vrouwen.

Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

**Mevrouw Yolande Avontroodt :** Mevrouw de minister, ik heb mijn interpellatie samengevat in vier punten. Een eerste punt heeft betrekking op het rapport van het European Institute for Women's Health, u wellicht bekend, waarin een aantal duidelijke beleidsaanbevelingen zijn opgenomen. Dit rapport dateert van 1996 en is ondertussen reeds in één land, namelijk Ierland, geïmplementeerd. In Ierland heeft men dus aan de hand van dit rapport een concreet plan opgesteld.

Dit sluit aan, en daarmee ben ik bij mijn tweede punt aanbeland, bij de demografische evolutie die over heel Europa analoog verloopt. De bevolking wordt steeds ouder en het zijn vooral de vrouwen die steeds langer leven. De keerzijde daarvan is evenwel dat de vrouwen daarbij in steeds minder goede gezondheid langer leven. Dit oefent niet alleen een invloed uit op de kwaliteit van hun eigen leven, maar belast ook de kwaliteit van hun omgeving. En omdat vrouwen – en ik heb het hier meer bepaald over oudere vrouwen – vaker alleen overblijven, zullen ze ook vaker een beroep moeten doen op staatsdiensten en -zorgen. Een tweede

negatief effect met betrekking tot die oudere vrouwen is dat ze dan zelf wegvallen als informele zorgverleners ten aanzien van ouders of partners. Dit houdt uiteraard implicaties in zowel voor de gezondheidszorgen als voor het aanbod aan en de belasting van de gezondheidsvoorzieningen.

Een derde punt heeft betrekking op de brede consensus die werd bereikt inzake de vier domeinen die in het rapport heel duidelijk naar voren worden geschoven. Het eerste deel was dat van het risico op hart- en vaatziekten, nog steeds de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen boven de vijftig jaar. Toch wordt het cardiovasculaire lijden nog steeds bestempeld als een typisch mannelijke aandoening. Dit uit zich in enerzijds verminderde aandacht voor en anderzijds laattijdige diagnose en onvoldoende adequate behandeling van de cardiovasculaire aandoeningen bij vrouwen. Schrijnend is ook het absolute tekort aan research met betrekking tot het cardiovasculaire lijden bij vrouwen. Die cardiovasculaire aandoeningen zijn immers de voornaamste oorzaak van zowel morbiditeit als mortaliteit.

Het tweede deel omvat de kankers, met als eerste ovariumkanker. Beleidsmatig is op dat vlak helaas weinig aan preventie te doen. Tegen de tweede belangrijkste doodsoorzaak in die categorie, namelijk borstkanker, is daarentegen wel heel veel te doen. Ik heb gelezen dat daartoe in de begroting 1998 middelen zijn ingeschreven zodat ook in Vlaanderen de Europese richtlijn terzake zal kunnen worden toegepast.

Wat longkanker, de derde categorie, betreft, stelt men in België bij vrouwen een spectaculaire stijging van het aantal gevallen vast, namelijk 40 procent. Dit cijfer dwingt ons om hiervan een prioriteit te maken.

Wat ten slotte het beleid met betrekking tot het opsporen en screenen van cervixkanker betreft,

## Avontroodt

denk ik dat Vlaanderen de betreffende Europese richtlijn wel wil volgen, maar dat de participatiegraad inferieur blijft aan die welke we zouden moeten kunnen bereiken om tot een maximale kostenefficiëntie van een veralgemeende en georganiseerde screening te kunnen komen.

Het derde aspect dat aan de orde komt, is osteoporose of botontkalking waarmee een derde van de vrouwen te maken krijgt. Osteoporose houdt een fractuurrisico in van 40 percent. Die fracturen leiden dan op hun beurt tot een verminderde zelfredzaamheid en tot het uitvallen van de informele zorg, naast uiteraard de directe kosten aan gezondheidszorgen en hospitalisatie. Ook op dit vlak gebeurt veel te weinig, zeker wat de research en de preventie betreft. Het is nochtans heel belangrijk dat met die preventie op adolescentieleeftijd – bij jonge meisjes bij wie een tekort aan beweging en een onvoldoende calciuminname wordt vastgesteld – wordt gestart.

Het vierde aspect is de depressie, een van de voornaamste oorzaken waarom vrouwen als informele verzorgers uitvallen en aan levenskwaliteit inboeten. Depressie bij vrouwen wordt vaak onvoldoende en onjuist behandeld. Er worden met name te kwistig tranquillizers voorgeschreven en er schort duidelijk iets met de erkenning van de juiste diagnoses. Ook daar hebben socio-economische evaluaties en gezondheidseconomische studies aangetoond dat er op dit vlak nog heel wat verbeteringen kunnen worden aangebracht, gezien de comorbiditeit en de comortaliteit van depressies.

Er zijn duidelijke strategieën mogelijk en in dit verband verwijs ik naar uw pleidooi tijdens het congres voor de Europese jeugd waar u pleitte voor een Europese jeugdgezondheidsnorm. U stelde toen dat prioriteit dient uit te gaan naar preventiemodellen en -strategieën die hun werkzaamheid reeds hebben bewezen. U zei voorts: 'Een intersectoraal beleid moet de basis vormen van het preventiebeleid. Samenwerking moet resulteren in een meer eenduidige communicatie waarbij dezelfde boodschappen door zo veel mogelijk instanties – huisartsen, gezondheidswerkers, woordvoerders uit verschillende maatschappelijke sectoren, enzovoort – worden uitgedragen.' Wat ik hier in deze interpellatie aanhaal, sluit perfect aan bij de prioriteiten die u daar hebt gesteld.

Vooraleer wat dieper op het rapport in te gaan, wil ik even stilstaan bij verklaringen met betrekking tot de man/vrouw-verschillen in gezondheidsbele-

ving. Indien we er inderdaad van uitgaan dat morbiditeitscijfers een patroon van de mortaliteit voorafgaan, dan komen we er niet. Mannen zijn niet meer ziek dan vrouwen, het tegendeel is waar. In de landen die over een uitgebreide morbiditeitsregistratie beschikken, zien we duidelijk een hogere score bij vrouwen. Dit is een gegeven dat nog niet voldoende bij de mensen is doorgedrongen. Men vermoedde dat de kloof in levensverwachting door de participatie van de vrouw in de arbeidsmarkt zou dichten. De literatuur stelt echter dat dit absoluut niet zo zal zijn. Dienaangaande hebben de vrouwen, ook al werken ze, nog een goede prognose. De meeste studies wijzen erop dat werkende vrouwen zich beter voelen of hun gezondheid als beter ervaren.

De belangrijkste risicofactoren voor een slechte gezondheidstoestand bleken: de oudere leeftijd, roken, niet-werken, rolontevredenheid, algemene stress, lage zelfcontrole, erg hoge tijdsdruk en een gevoel van kwetsbaarheid. Dit bevestigt opnieuw dat de aspecten van het sociale leven die de gezondheid het sterkst beïnvloeden, ook het meest uitgesproken verschillen naargelang het geslacht.

De studies over de verschillen tussen man en vrouw qua gezondheid staan over het algemeen nog teveel naast de studies over de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het is een uitdaging deze twee beter te integreren.

De studie die werd uitgevoerd door mevrouw De Noove en de heer Deliens bij 1.631 Vlamingen, bevestigt dat de sociaal-economische kenmerken bij man-vrouwverschillen inzake ervaren gezondheid statistisch het meest verschillen in de leeftijdscategorie van 51 tot 70 jaar. Hierin zie ik een bevestiging dat het rapport ook in Vlaanderen kan worden geïmplementeerd. De sociale gradiënt die zegt dat de kans op een minder goede ervaren gezondheid hoger is naarmate de sociaal-economische status lager is, is het sterkst uitgesproken bij vrouwen.

Over de rol van het betaald en onbetaald werk zal ik het wegens tijdsgebrek niet meer hebben. Ik ga meteen over naar het rapport en de concrete aanbevelingen en gedachten die men daaromtrent kan ontwikkelen. Ik beschouw deze interpellatie immers veeleer als een uitnodiging tot debat dan als een manier om op fouten te wijzen.

Hart- en vaatziekten zijn in de geesten van zowel zorgverstrekkers als patiënten, nog teveel een mannelijke aandoening. Dit heeft te maken met het feit dat vrouwen voor de menopauze zijn beschermd

## Avontroodt

met oestrogenen en daardoor minder risico lopen op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten. Uiteraard vervalt die bescherming na de menopauze.

Ten eerste bestaan er twee vormen van ongelijke behandeling : voor vrouwen die zijn opgenomen als ambulante patiënten, en voor vrouwen met een risico op coronair lijden. Ten tweede bestaat er nauwelijks research naar cardiovasculaire aandoeningen bij vrouwen. De meeste studies gaan over mannen. Een voorbeeld hiervan is een recente grootschalige preventiecampagne van de Academie voor Algemene Geneeskunde van België door middel van een folder die wordt verspreid in artsenwachtkamers. Hierin worden vrouwen onomwonden aangemaand om hun echtgenoot of vader te stimuleren aan cardiovasculaire preventie te doen. Dit staat diametraal tegenover de inhoud van het Europees rapport.

Ik overloop kort wat bijvoorbeeld in een preventie-enveloppe kan worden gebracht : een systematische controle van de cholesterolbepalingen om de risico's in te schatten, en het screenen van diabetes bij oudere vrouwen. Hieraan is een absoluut tekort, zoals u ook weet, mevrouw de minister. Dit kan met één eenvoudige nuchtere waardebeoordeling om de drie jaar. Als er hypertensie is, kan dit eventueel jaarlijks worden herhaald. Zo kan men verhelpen aan de risico's, de directe en de indirecte kosten van cardiovasculaire aandoeningen.

De andere richtlijnen hebben meer te maken met de levensstijl, namelijk nicotine, alcohol en sedentair leven. Via algemene sensibilisering kan hieraan nog behoorlijk wat worden gedaan.

De juiste therapie wordt nog onvoldoende gebruikt, namelijk een oestrogeenbehandeling die vrouwen beschermt tegen het risico op cardiovasculaire aandoeningen. De huidige vrouw brengt één derde van haar tijd door na de menopauze en één derde van de vrouwen bevindt zich in de menopauze. Het is dus niet onachtzaam om aan deze zaken belang te hechten.

Het tweede deel betreft kanker. Eén op twaalf of veertien vrouwen wordt in de loop van het leven geconfronteerd met borstkanker. Een duidelijke strategie en een duidelijk protocol kan worden ontwikkeld, namelijk het screenen om de twee jaar van vrouwen boven de 50 en de 69 jaar. Hierbij moet men de Europese richtlijn implementeren en aandacht hebben voor kwaliteitscontrole door inachtneming van een dubbele check als er een

afwijkende mammografie is, door voldoende ervaring van de radiologen en door voldoende kwaliteitszekerheid van de toestellen. Ik heb gelezen dat dit alles zou worden nagevolgd.

Mevrouw de minister, in 1998 zou u overgaan tot die veralgemeende screening. De begrotingscijfers zouden tussen 300 en 380 miljoen frank bedragen. Hierdoor zouden we een winst kunnen hebben van 30 procent morbiditeit en mortaliteit, indien de participatiegraad op 65 procent kan worden gerealiseerd. Mevrouw de minister, ik ben er voorstander van dat u deze richtlijnen zou waarmaken, temeer België bij de koplopers zit wat betreft de incidentie van borstkanker. Wat de mortaliteit betreft zouden we zelfs koploper zijn.

Behalve screening kan men ook dieetmaatregelen voorhouden. Hier is een rol weggelegd voor de sociaal-culturele bewegingen, waarvoor zo breed mogelijke programma's moeten worden opgezet. Zult u een veralgemeende screening kunnen opstarten in 1998 ? Zal dat gebeuren via de lokale radiologen, wat volgens een studie het goedkoopste model is ?

**De voorzitter** : Mevrouw Avontroodt, gelieve af te ronden.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Ik zal bij de volgende vragen zeer kort zijn. Inzake baarmoederskanker zullen we de Europese richtlijnen wel volgen, en ik hoop dat we dan ook kunnen deelnemen aan de Europese standaarden. We kunnen dan komen tot een uniforme registratie, zodat we ons kunnen meten aan de terzake geldende Europese standaarden. De participatiegraad wordt nog steeds niet bereikt. Een driejaarlijkse uitnodiging van vrouwen tussen 25 en 64 jaar moet haalbaar zijn. Vooral veilig seksueel gedrag moet worden gepromoot.

Longkanker kent een toename met 45 procent bij vrouwen. Het staat bovenaan mijn lijst, aangezien longkanker in de toekomst doodsoorzaak nummer 1 bij vrouwen zal worden. Ik weet dat dit ook voor u een gevoelig onderwerp is, mevrouw de minister, en dat u steeds opnieuw tracht de mensen te sensibiliseren op dat vlak.

Over osteoporose heb ik net al het voornaamste gezegd. De campagnes moeten zich richten op de adolescenten, vooral op de meisjes. De aanleg van het bot vindt plaats tijdens de tienerjaren. Dat is dan ook het moment om de strijd tegen sedentarisiteit en een te lage kalkinname aan te vatten. Daarvoor kan misschien best het MST worden ingescha-

## Avontroodt

keld. Daarnaast lijkt de promotie van sojamelkproducten geen slecht idee. Sojamelk is hét middel tegen osteoporose.

Het is enorm jammer dat de federale minister de terugbetaling voor botdensytometrie afschafte. Dit gebeurde zonder enig voorafgaand onderzoek. Wat is het gevolg? Ofwel moet de patiënt de 825 frank voor het onderzoek zelf betalen, ofwel worden hormonen voorgeschreven, zonder onderzoek en terwijl het misschien niet nodig is. Wat is de kostenbatenanalyse van dergelijke situatie? De curatieve sector kan daar evenmin als ikzelf begrip voor opbrengen. Ik pleit ervoor botdensytometrie op te nemen in het preventiepakket voor vrouwen vanaf vijftig jaar, om het risicoprofiel te kunnen vastleggen. Ik heb de directe kosten al aangegeven: de 12.000 heupfracturen die men nu registreert, zijn enkel en alleen aan osteoporose te wijten.

Over depressie heb ik al een en ander gezegd. 7,5 percent van de vrouwelijke bevolking tegenover 2,7 percent van de mannen lijdt hieraan. Preventie is dus nodig. Die is niet los te koppelen van de analyse van de sociaal-economische effecten en de sociale gradiënt, die voor vrouwen het sterkst is uitgesproken. Men zou hier doelgroepen kunnen vooropstellen: alleenstaande vrouwen, gescheiden vrouwen, weduwen en huurders lopen het grootste risico. Uit alle studies blijkt dat vrouwen die huren, het slechtst scoren qua gezondheid. Huren of niet zou een van de meest valide parameters zijn voor gezondheid. De neveneffecten op economisch vlak, comortaliteit-comorbiditeit, heb ik al aangehaald.

Mevrouw de minister, op uw Vlaams Preventiecongres hebt u heel duidelijk een aantal beleidslijnen vooropgesteld: de ontwikkeling van een beslissingskader, dat u inmiddels hebt gerealiseerd; de uitbouw van de preventieve rol van de huisarts, waaraan u momenteel werkt; het intersectoraal beleid; het verzoenen van de individuele vrijheid; het tot stand brengen van samenhangende bevoegdheidspakketten. Dat alles kan uitstekend samengaan met mijn voorstellen en ideeën.

Tot besluit wil ik een zevental puntjes aanhalen. Ik zou u willen voorstellen om time-based targets voorop te stellen voor cardiovasculaire aandoeningen, kanker, osteoporose en depressie, conform aan de richtlijnen van het Europese rapport. Zowel de kwaliteit van het leven van de vrouwen en hun omgeving, als de economische draagkracht van de samenleving zou daar baat bij vinden.

Men zal ook brede gezondheidsdoelstellingen nodig hebben, die zich niet op details richten. Momenteel heeft 10 percent van de 65-plussers langdurige verzorging nodig. Men zou bijvoorbeeld als gezondheidsdoel kunnen vooropstellen om dat percentage zorgafhankelijkheid voor de 75-plussers te realiseren. Dat is hoog gegrepen maar zinvol. Een ander voorbeeld van een brede gezondheidsdoelstelling: men zou ook gedeeltelijk alleen de premature mortaliteit, voor kanker en hart- en vaatziekten kunnen verlagen.

Het volgende is voor mij een gevoelig punt. Ik vind dat we echt werk moeten maken van een uniforme registratie. U zei vorig jaar in deze commissie dat u daar middelen voor had vrijgemaakt.

Vierde punt: de krachtlijn is uiteraard de duur van de afhankelijkheid te verlagen, wat een positieve weerslag zou hebben op de gezondheidsuitgaven en op de gezondheid zelf.

De sociale gradiënt vormt mijn vijfde punt, in verband met de risicogroepen die ik net heb aangehaald. De acties op dit vlak kunnen worden ondersteund door de Health-for-all van de WGO.

Als laatste puntjes zie ik de inbreng van de media om de langetermijnprogramma's te helpen uitvoeren. De sensibilisering over een gezonde levenswijze speelt daarin de hoofdrol. Ook de zorgverstrekkers moeten in die zin worden opgeleid. De research moet worden omgebogen en meer op vrouwen gericht, met aandacht voor detectie en vroege behandeling.

Tot slot zou ik aan de mannen hier aanwezig willen zeggen dat het niet mijn bedoeling is om vrouwen een voorkeursbehandeling te geven. Integendeel, als het goed gaat met de vrouwen, gaat het ook beter met de mannen.

**De voorzitter:** De heer Strackx heeft het woord.

**De heer Felix Strackx:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dames en heren, misschien heb ik een verklaring voor de mindere aandacht voor cardiovasculaire problemen bij vrouwen.

Ik kreeg indertijd les van professor Joossens. Volgens zijn theorie waren vrouwen genetisch beschermd tegen cardiovasculaire aandoeningen. Ik zal u niet vervelen met de wetenschappelijke details. Maar hier zocht men een verklaring voor het feit dat vrouwen veel ouder werden dan mannen. Een volledige generatie van studenten werd opgeleid met de theorie dat vrouwen eigenlijk geen

**Strackx**

hart- en vaatziekten krijgen. Misschien is dit een van de redenen waarom er nu minder aandacht voor is.

**De voorzitter** : Minister Demeester heeft het woord.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Mevrouw Avontroodt, ik hoop dat u het me niet kwalijk neemt dat ik niet op al uw vragen kan antwoorden. Ik zal wel mijn uiterste best doen om een zo volledig mogelijk antwoord te formuleren.

De bron voor uw interpellatie was de publicatie 'Women in Europe, towards healthy ageing, in 1996 opgesteld door het European Institute of Women's Health in Dublin. Vlaanderen was niet betrokken bij de samenstelling van deze publicatie. Bij de voorbereidende vergadering van de Europese ministers van Volksgezondheid, waar de gezondheid van de Europese vrouw op de agenda staat, werden we wel betrokken.

U weet dat de Vlaamse overheid jaarlijks de gezondheidsindicatoren publiceert. De bedoeling is om progressief over die gezondheidsindicatoren te beschikken. Deze moeten dan een voortgangsbewaking mogelijk maken van de doelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dit geldt zowel in het algemeen, als specifiek voor vrouwen. Op die manier kunnen we bijdragen tot een wederzijdse kwaliteitsbewaking en tot een nauwere samenwerking van de verschillende registraties die momenteel in Vlaanderen aanwezig zijn. Mijn verwachting is dat dit vrij goed zal vlotten. Ik kom hier straks nog op terug.

Ik heb de cijfers laten analyseren met betrekking tot een aantal ziekten. In 1995 overleden 9.203 mannen en 6.514 vrouwen aan de gevolgen van alle vormen van kanker samen. Aan de gevolgen van hart- en vaatziekten stierven 9.883 mannen en 11.566 vrouwen. Het gaat hier dus om meer vrouwen dan mannen. In totaal zijn er in 1995 28.790 mannen en 27.161 vrouwen overleden.

Ik geef al deze cijfers om te bevestigen dat uw stellingen inderdaad juist zijn. Kanker en hart- en vaataandoeningen maken op dit ogenblik meer dan 70 percent uit van de overlijdens in de leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar. Bij vrouwen vinden we de percentages van 56 percent voor kanker en 19 percent voor hart- en vaataandoeningen. Bij mannen gaat het respectievelijk om 45 en 27 per-

cent. Dit alles geldt dus voor de groep van de 45- tot 64-jarigen.

Voor de leeftijdsgroep van 64 tot 74 jaar blijven hart- en vaataandoeningen en kanker de twee belangrijkste doodsoorzaken. Samen zijn ze verantwoordelijk voor drie vierde van de overlijdens. Het gaat dan vooral om ischemische hartaandoeningen, cerebrovasculaire aandoeningen, longkanker en borstkanker, maar ook om chronische longaandoeningen. Vanaf 75 jaar kunnen twee derde van de overlijdens worden toegeschreven aan hart- en vaataandoeningen en kanker.

Op deze gegevens moeten we ons in de toekomst baseren om verder onderzoek te doen. Wanneer we verder staan in onze registratie, kunnen we meer focussen op bepaalde onderdelen van specifieke onderzoeken. Daar zal ik straks nog iets meer over zeggen.

Een mogelijke verhoging van de morbiditeit door osteoporose enerzijds en depressie anderzijds kan je vandaag nog niet systematisch vertaald zien in een verhoogde mortaliteit. Daarover hebben we dus ook geen gegevens in de overlijdensstatistieken. Rekening houdend met de fysiologische veranderingen, eigen aan de menopauze, kunnen we wel vermoeden dat die aandoeningen een verhoogde prevalentie zullen vertonen.

Bij de omschrijving van het oorzaakspecifiek en leeftijdsgestandaardiseerd sterftcijfer per geslacht bepalen voornamelijk chronische aandoeningen het sterftepatroon. Dit is trouwens ook te verwachten. Het gaat dan om ischemische hartziekten, cerebrovasculaire aandoeningen, hartinsufficiëntie en colorectale kanker, zowel bij mannen als bij vrouwen. Andere belangrijke oorzaken bij vrouwen zijn borstkanker en dementie. Bij mannen gaat het ook nog om longkanker, chronische obstructieve longziekten en prostaatkanker. Ik herhaal dat dit de gegevens zijn waarover we vandaag beschikken en die we zullen gebruiken als basis voor het verdere onderzoek.

Ik ga even dieper in op de hart- en vaatziekten. Hierover kunnen we ook informatie krijgen via het zogenaamde Monica-register. Dit is het "Multinational Monitoring of trends and determinants of Cardiovascular Diseases". Dit project wordt gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap en gecoördineerd door de Wereldgezondheidsorganisatie. Het registreert determinanten, incidentie en mortaliteit door ischemische hartaandoeningen voor de stad Gent. De Vlaamse Gemeenschap par-

**Demeester-De Meyer**

ticipeert dus met dit Gentse project in het programma van de WGO.

Specifiek voor kanker is de Vlaamse Gemeenschap reeds verschillende jaren betrokken bij de multicenterstudie in verband met borstkankerscreening en de voorbereiding van de implementatie op Vlaams niveau. Dit is mede gebeurd in overleg met de deelnemende centra volgens de "European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening". Aan deze problematiek werd dit jaar 52 miljoen frank besteed. De kankercentra verbonden aan de volgende openbare en niet-openbare centra zijn : de UIA, de RUG, de Leuvense Universitaire Dienst – LUCK -, de Vereniging Opsporing Borstkanker VZW van West-Vlaanderen en de VUB. Al deze centra participeren hier dus in. Dat zijn de momenteel lopende onderzoeken die ons gegevens zullen verstrekken over deze problemen.

Inzake de preventie van baarmoederhalskanker en de screening op baarmoederhalskanker is er overleg geweest tussen de vijf provincies. Dat werd gecoördineerd door de Koepel Cervixscreening in het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid Louis Pasteur. Dit is het vroegere IHE. Hieraan is in totaal 19,5 miljoen frank besteed.

Ook in de Europese Week tegen Kanker, van 6 tot 10 oktober jongstleden, werd dit jaar specifiek aandacht besteed aan het preventief informeren van de bevolking inzake baarmoederhals- en borstkankerscreening. Via de Vlaamse Kankerliga hebben we deelgenomen aan de voorbereidende gesprekken. De Vlaamse Gemeenschap laat haar werkzaamheden via organisaties verlopen. De Vlaamse Kankerliga krijgt van de overheid 13 miljoen frank. Daarnaast worden ook provinciale preventiewerkers gefinancierd, die samenwerken met de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen voor de uitbouw van dat preventiewerk in het kankerbeleid.

Ik zeg dus eerst wat er nu allemaal gebeurt, om dan te komen tot wat we in de toekomst allemaal kunnen doen. Ik ga nu even dieper in op het probleem van de osteoporose. Bij osteoporose is er bij een val veel meer gevaar op een heupfractuur. Er zijn een aantal projecten, maar deze zijn niet echt gericht op de osteoporose zelf. Ze leggen vooral de nadruk op het voorzichtig zijn in huis. Zo is er het project met de naam 'Vaste voet in huis'. Een ander project is : 'Preventie van ongevallen bij de ouderen in de woning via de thuisverzorgers : een

haalbare kaart ?' Deze zijn ook gesubsidieerd en zouden eigenlijk moeten voorkomen dat ouderen vallen. Maar dat is natuurlijk niet uw zorg.

We moeten toegeven : met osteoporose zijn meerdere instanties zeer actief bezig. Zo is er onder meer de Women's Medical Association. Allen zullen ze u zeggen dat er zeer veel theorieën over bestaan. Dat geldt ook voor andere specialisten. Het in verband met osteoporose toedienen van oestrogenen na de menopauze is niet steeds voor de hand liggend. Wanneer men osteoporose op zichzelf bekijkt, is het naar mijn weten belangrijk dat men dat kan doen. Toch heb ik me duidelijk laten voorlichten : voor bepaalde groepen van vrouwen ontstaat er door het innemen van oestrogenen een verhoogde kans op borstkanker. Door dat gebrek aan eenduidigheid wordt het onmogelijk terzake zomaar een algemene campagne te voeren. Dokter Buytaert, de specialist-gynaecoloog verbonden aan het universitair ziekenhuis van de UIA heeft terzake een aantal artikels geschreven. Midden dit jaar heb ik in Brugge een korte toespraak gehouden op een congres georganiseerd door allerlei specialisten op het gebied van borstkankerpreventie. Tijdens de vrij lange rit huiswaarts heb ik al de artikels terzake gelezen, zowel over de stellingen van de heer Buytaert als over andere. Deze reiken zeker geen eenduidige werkwijze aan ten aanzien van borstkankerpreventie en -screening bij vrouwen. Er bestaan bepaalde Europese richtlijnen, maar deze zijn al evenmin zeer eenduidig gebaseerd op goed bewijsmateriaal. Het is dus niet zo eenvoudig.

Uit persoonlijke interesse heb ik geprobeerd eens te bekijken wat er nu aan preventie bestaat. Het congres werd voorbereid door specialisten uit Limburg en Antwerpen. U hebt het verslag ervan misschien gelezen. Ik heb mezelf na het lezen een aantal vragen gesteld. Kon ik daaruit als individu opmaken welke de richtlijnen zouden zijn die ik voor mezelf zou aanhouden ? Kon ik als beleidsverantwoordelijke opmaken wat ik moet doen ? Mocht ik huisarts zijn, zou ik weten welke raad ik aan mijn patiënten moet geven ? Op geen van die vragen kon ik eenduidig bevestigend antwoorden. Met andere woorden, het antwoord zou ook genuanceerd zijn, mocht ik huisarts zijn en een vrouw van middelbare of om het even welke leeftijd vraagt me om raad. Ook beeldde ik me even in dat ik gynaecoloog zou zijn. Mocht ik in die hoedanigheid het artikel van Buytaert hebben gelezen, dan zou het antwoord op dezelfde vragen helemaal niet eenduidig zijn geweest. De overheid moet conclusies trekken voor het voeren van een op bewijsma-

## Demeester-De Meyer

teriaal gebaseerde politiek : ik heb wel een antwoord, maar het is zeer genuanceerd.

In verband met depressie hebt u naar een zeer belangrijk element verwezen : vrouwen worden er veel meer mee geconfronteerd dan mannen. Typisch voor die categorie is dat het over vrouwen gaat die niet actief zijn in arbeidsverband. Ook het gebruik van tranquillizers ligt veel hoger bij vrouwen, meestal bij vrouwen die minder actief zijn in de buitenuitwerk, die dus meer op zichzelf zijn aangewezen. Het is belangrijk dat we aandacht besteden aan deze zeer hoge cijfers. Wel vind ik het een bijzonder moeilijke opdracht voor de overheid, die ik vertegenwoordig, om daarop een antwoord te bieden en terzake op te treden. Ik kan u alleen dit zeggen : ik heb het initiatief genomen om rondetafelgesprekken te organiseren in het kader van het geestelijke gezondheidsbeleid. Op die manier zal ik, analoog aan mijn werkwijze bij het ziekenhuisconcept, een concept hebben voor de geestelijke gezondheidszorg : een continuüm van zorg, zodat binnen enkele jaren tenminste een plan kan worden doorgevoerd op basis van mijn huidige bevindingen. Nu bestaat er inzake depressie bij vrouwen zeker geen dergelijk continuüm : enerzijds zijn er de psychiatrische voorzieningen en de vormen daarbinnen, anderzijds de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Wel heb ik specifiek het initiatief genomen met betrekking tot zelfmoordpreventie : ik zeg niet dat het hier over zeer velen gaat, maar de cijfers van ons land zijn terzake nog steeds veel te hoog. Ik zal dus laten nagaan in welke mate er binnen de sector van de geestelijke gezondheidszorg een steunpunt voor zelfmoordpreventie kan worden opgericht. Dit punt zou de verscheidene centra die zich daarop toespitsen, ondersteunen.

Sinds 1997 is de Vlaamse Gezondheidsraad in werking getreden. In het begin was het een zoeken en moest men elkaar ook proberen te vinden, maar op dit ogenblik begint deze raad goed te werken. Ik antwoord heel concreet op een van uw vragen wanneer ik zeg dat die raad nu eraan werkt om, tegen het einde van dit jaar, de gezondheidsdoelstellingen voor de komende vijf jaar uit te stippen. Mijn eerste idee was : voor de eerste vijf jaar minstens vijf algemene, gemeenschappelijke gezondheidsdoelstellingen ontwikkelen. Nu ik bezig ben het terrein te verkennen, meen ik dat het goed zou zijn dat we ons voor die termijn tot maximaal drie dergelijke doelstellingen beperken. Mevrouw Avontroodt, ik vind de door u gestelde vragen dus wel zeer boeiend en terecht, maar om

dat nu allemaal in gezondheidsdoelstellingen om te zetten... dat kunnen we niet aan. Daarvoor zou zeker nog de duur van een mandaat nodig zijn.

Het is belangrijk dat we de realiteit onder ogen zien. Als we er via onze lokale gezondheidsoverlegstructuren in slagen om drie gemeenschappelijke gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken en in de komende vijf jaar binnen die marges te werken, dan meen ik dat we een verbazingwekkend programma waarmaken. Ik had dan nog de idee opgevat de lokale gezondheidsoverlegstructuren de gelegenheid te bieden om er telkens nog een of twee van hun eigen specifieke doelstellingen aan toe te voegen, zodat hen toch ook die vrijheid wordt gelaten. Immers, men kan wel een hele redevoering houden, maar het is niet mogelijk zomaar alles op te leggen. De verantwoordelijkheid van de mensen is ook zeer fundamenteel : men kan niet zomaar van bovenaf de richtlijnen voor de komende periode opleggen. Ik meen dat we het daarover eens kunnen zijn. Toch was ik verrast door het einde van uw betoog : als we dit alles in het programma moeten opnemen, dan denk ik niet dat we er in zullen slagen iets goeds tot stand te brengen. Het is belangrijk dat men in Vlaanderen de komende vijf jaar rond drie thema's werkt. Ik onderhoud wel uw suggestie voor de Vlaamse Gezondheidsraad dat er minstens een specifiek op vrouwen gericht thema moet worden geselecteerd : dit lijkt me wel haalbaar. Of dat dan baarmoederhalskanker- of borstkankerscreening is, zal door hen moeten worden uitgemaakt. Zij moeten onderzoeken waarin we het verst zijn gevorderd met het volgen van dezelfde doelstelling. Heel belangrijk is dat men op dezelfde wijze te werk gaat. U zegt terecht dat het inzake baarmoederhalskanker goed is te werken met het systeem van een driejaarlijkse screening vanaf 25 jaar. Men is het er echter niet over eens dat dit vanaf 25 jaar dient te gebeuren. De meeste projecten die ik ter plekke heb bekeken, werken met vrouwen van ouder dan vijftig jaar. Als er geen specifieke aanwijzingen zijn, dan zou het al een mooi resultaat zijn als we alle vrouwen in deze leeftijdscategorie op baarmoederhalskanker zouden kunnen screenen op call-recallbasis. Dat zou een enorme vooruitgang betekenen. Want op dit ogenblik bereiken we in sommige streken een veel te laag percentage van de vrouwen.

Onze doelstellingen moeten zo zijn opgesteld dat ze haalbaar zijn. We moeten weten waaraan we beginnen. En we moeten na vijf jaar kunnen zeggen dat we in Vlaanderen vooruitgang hebben geboekt. We weten zelf niet hoeveel vrouwen we vandaag bereiken ; de toestand verschilt van streek tot streek. Zo bereikte men in een kleine regio die



**Demeester-De Meyer**

ik heb bezocht, 60 percent van de vrouwen boven de vijftig jaar. Het gaat wel om een landelijke regio.

Stel dat we als doelstelling het bereik van 80 percent van de vrouwen in Vlaanderen binnen een periode van vijf jaar zouden hanteren. Dat zou een enorm goed resultaat zijn. Ik weet niet wat de gezondheidsraad daarover zal zeggen. Maar ik zou alleszins de doelstellingen erg realistisch willen houden.

Eenmaal de gezondheidsdoelstellingen zijn vastgelegd, moet via het lokaal gezondheidsoverleg elke gezondheidswerker, te beginnen met de huisarts, bij de realisatie ervan worden betrokken. Het moet de bedoeling zijn dat we een zeer laagdrempelige communicatie tot stand brengen. Ook de media moeten daarbij worden betrokken. Iedereen moet participeren aan dergelijke preventiecampagnes.

Ik geef een voorbeeld. In de gemeente Brasschaat is een mooi onderzoek verricht. Daaruit blijkt dat bepaalde groepen heel moeilijk worden bereikt. Men stelt dat men daar pas in zal slagen als we een begrijpelijke taal spreken en als de betrokken mensen vertrouwen wekken. Dat is zeer belangrijk.

Het organisatiemodel voor de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen zal op twee niveaus worden gerealiseerd. Op het Vlaams niveau zullen de doelstellingen worden bepaald. Op het lokale niveau zullen alle gezondheidswerkers die doelstellingen moeten implementeren. Zowel het MST als Kind en Gezin, de centra voor geestelijke gezondheidszorg en uiteraard ook de huisartsen moeten daaraan meewerken.

U stelde concrete vragen over de aan een tijdschema gebonden doelstellingen rond de bestrijding van vier aandoeningen. Ik heb u daar ten dele reeds op geantwoord. Als we erin zouden slagen om drie doelstellingen te formuleren, en aangeven hoe we ze kunnen waarmaken, kunnen we nagaan wat er na vijf jaar is bereikt. Ik veronderstel dat u dat bedoelde met time-based targets. Zo een doelstelling zou er bijvoorbeeld kunnen bestaan om in een periode van vijf jaar van 50 naar 80 percent te evolueren. Maar het is erg belangrijk dat we op voorhand vastleggen wat haalbaar is. In dat verband moeten we ons ook baseren op wat de gezondheidsraad uitstippelt.

De uniforme registratie is een plan dat zich minstens over een periode van vijf jaar uitstrekt. Zoals

ik u heb beloofd, is dat project in de administratie op gang getrokken, onder leiding van de dienstdoende directeur-generaal. Ik kan u vandaag nog geen resultaten voorleggen, en zal dat ook volgend jaar nog niet kunnen. Misschien zal ik u midden volgend jaar kunnen meedelen wat er allemaal is opgestart, en wat er allemaal zal kunnen worden gemeten.

Het gaat om een dubbele registratie. Enerzijds moet worden geregistreerd wat er op het terrein zelf gebeurt. Dat is het moeilijkste aspect, dat in een latere fase aan bod zal komen. Anderzijds is er de registratie van de manier waarop de administratie zelf een en ander aanpakt. Het plan is natuurlijk heel wat ingewikkelder. Als u daarin bent geïnteresseerd, kunnen de ambtenaren dat gerust eens komen uitleggen.

U had het over het verminderen van de afhankelijkheidsduur. Dat lijkt me een van de belangrijkste opgaven. Maar dat moet het resultaat zijn van alles wat we doen.

**De voorzitter** : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Dat zou mijns inziens een heel mooie doelstelling kunnen zijn. Straks zullen we debatteren over de onafhankelijkheidsverzekering. Maar om de daarvoor vereiste metingen te verrichten, hebt u reeds op dit moment een cijfermatig inzicht nodig. We moeten bijvoorbeeld nu al weten hoeveel afhankelijke personen er, in procenten uitgedrukt, in de groep van de 65-plussers zijn. Stel dat 10 percent van die groep behoefte heeft aan langdurige zorg, en dus zorgafhankelijk is. Dergelijk inzicht is onontbeerlijk om een zorgverzekering te kunnen uitwerken.

Wel, op basis van die cijfers zou men dan gezondheidsdoelstellingen kunnen vastleggen. Die doelstelling zou er dan in kunnen bestaan om binnen de vijf jaar dat percentage van zorgafhankelijken in de groep van 70-plussers te realiseren ; om in die groep het aantal zorgonafhankelijken op te trekken tot 90 percent. Enkel op basis van die cijfers kunnen we realistische doelstellingen vastleggen.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Als u als lid van de Vlaamse Gezondheidsraad dit voorstel zou lanceren, zou ik dat niet als een doelstelling weerhouden. Mijns inziens levert het een veel te ruime en te vage doelstelling op, die men niet in de praktijk kan omzetten. Ik wil realistisch zijn.

## Demeester-De Meyer

– *De heer Bart Vandendriessche treedt als voorzitter op.*

Ik zou u hier een berekening kunnen maken die onder meer de bevolkingspiramide als factor bevat. Daarbovenop zou een enorm aantal actuaariaatsstudies nodig zijn. Dat is allemaal mogelijk. Maar ik zou dit nooit als een doelstelling durven formuleren, omdat de mensen die ze in de praktijk moeten brengen, dat niet kunnen. Als ik met de lokale overlegorganen voor de gezondheidszorg convenanten wil afsluiten, moet ik aangeven hoe de doelstellingen moeten worden gerealiseerd. Wel, over dergelijke vage doelstellingen zou niemand met de overheid een convenant durven afsluiten.

Als men stelt dat 80 percent van alle vrouwen boven de vijftig jaar om de drie jaar voor baarmoederhalskanker moeten worden gescreend, hebben we daarentegen wel te maken met een klaar en duidelijk geformuleerde gezondheidsdoelstelling. De realisatie van die doelstelling zal ertoe leiden dat er minder vrouwen aan baarmoederhalskanker sterven. Maar een vage doelstelling zal men zoals gezegd aan de andere zijde van de tafel niet in een convenant willen vertaald zien. Zo een convenant moet duidelijk zijn, en een meetbare opdracht behelzen. De indicatoren moeten duidelijk geformuleerd en meetbaar zijn. *(Opmerking van mevrouw Yolande Avontroodt)*

Op internationaal niveau zijn er vele gegevens beschikbaar. Maar we moeten realistisch blijven.

We zullen nadenken over de inbreng van de media. We geloven dat de intermenselijke benadering belangrijk is. Ik wil hier nogmaals het voorbeeld aanhalen van die sociaal zwakke groep die moest worden bereikt en overtuigd. Men heeft alles geprobeerd, zelfs sociaal-economische incentives. De vrouwen konden echter niet worden overtuigd. Een vrouwelijke arts van 64 jaar boezemde wel vertrouwen in en kon deze groepen overtuigen. Elke mediacampagne ten spijt zullen deze groepen niet worden bereikt. We moeten dus duidelijk uitmaken welke richting we kiezen.

De opleiding van zorgverstrekkers in deze thematiek zit vervat in het plan. Het betekent dat we via het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie zullen trachten specifieke opleidingen te geven om bepaalde onderdelen van de thematiek te kunnen benaderen.

Wat de researchopbouw betreft die specifiek op de vrouwen is gericht, weet u dat het wetenschapsbeleid in de Vlaamse regering tot de bevoegdheid behoort van minister-president Van den Brande. Ik zal er bij hem op aandringen dat een aantal vrouwgerelateerde onderzoeken worden ingeschreven, zodat we na 4 à 5 jaar kunnen zien waar we beter kunnen scoren.

**De voorzitter** : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Ik dank de minister voor haar antwoord, en ik denk dat het een boeiende discussie is geworden. Ik besef wel dat we niet te ambitieus mogen zijn.

Ik heb echter geen punctueel antwoord gehad inzake de botdensitometrie. Bent u bereid om ook daarover overleg te plegen met mevrouw De Galan ? Ik denk dat dit toch een van de essentiële punten is.

**Minister Wivina De Meester-De Meyer** : Daar zou ik graag onmiddellijk op willen antwoorden. Ik wil van deze zittingsperiode gebruik maken om de Vlaamse gezondheidszorg goed voor te bereiden. Ik wil zo weinig mogelijk tijd besteden aan overleg om tot protocollen te komen die toch niet worden gehonoreerd.

Mijn antwoord is zeer duidelijk. We hebben zeven of acht protocollen ondertekend waarvan, op één na, geen enkel is uitgevoerd. Ik ben het beu. Mijn medewerkers en ikzelf hebben besloten dat we onze tijd hier niet langer aan besteden. De ministers voeren niet uit wat is ondertekend, maar er wordt wel uren en dagen gediscussieerd in het Riziv-comité om iets uit te voeren.

Twee jaar geleden, bij het begin van deze zittingsperiode, hebben we enorm hard gewerkt aan het zogenaamde overleg inzake drugsbeleid. In de federale Kamer werd een rapport van 1.000 bladzijden opgesteld, waaraan iedereen had geparticipeerd. Vanuit het federale niveau is daar blijkbaar bijzonder weinig interesse voor. Het rapport maakt onder meer melding van de fameuze medisch-sociale centra die elk 25 miljoen frank moesten krijgen voor de begeleiding van de toxicomanen. Nu blijkt dat de normen zodanig hoog liggen dat maximum vier centra kunnen worden erkend. Ik word daar heel cynisch van. De drempel voor toediening van methadon is zo groot dat er onvoldoende toxicomanen zijn om zeven centra te kunnen erkennen.

**Demeester-De Meyer**

Nu hoor ik weer dat in het Riziv-comité wordt gediscussieerd over de criteria die moeten worden ontworpen om de palliatieve netwerken en de palliatieve thuiszorgequipes te erkennen, terwijl in het protocol is overeengekomen dat de erkende centra in Vlaanderen gewoon zouden worden gefinancierd met 4,5 miljoen frank per netwerk. De federale programmawet bepaalt in artikel 72 dat vanaf 1 januari 1998 de thuiszorgequipes van de palliatieve netwerken moeten worden erkend. Maar om dit mogelijk te maken, moeten de federale minister van Volksgezondheid en de federale minister van Sociale Zaken nog een gemeenschappelijk besluit opstellen waarin de criteria vermeld zullen staan. Dan vraag ik me af waartoe het protocol waaraan we dagen en uren hebben gewerkt, heeft gediend.

Als bovendien, ondanks de programmawet, nog een akkoord moet worden bereikt tussen die twee ministers op basis van criteria die nu nog moeten worden besproken in het Riziv-comité, dan geloof ik er niet meer in. Er is waarschijnlijk geen enkele Vlaming die weet dat die palliatieve netwerken eigenlijk vanuit het federaal niveau moeten worden gefinancierd. Ik ben mijn belofte, namelijk 1 miljoen frank extra, nagekomen. Dit is echter niet voldoende. Hier moet werk worden geleverd. In die zin wil ik me met deze discussies niet langer bezighouden.

**De heer Etienne De Groot** : Ik hoop dat diegenen die de beslissingen over de palliatieve zorg moeten nemen, een akkoord bereiken voor ze er zelf een beroep moeten op doen.

**De voorzitter** : Ik heb de indruk dat we van ons onderwerp afwijken.

Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Wat de botdensitometrie betreft, moet er misschien een andere enveloppe worden gevonden. Het is toch een essentieel instrument om gericht aan preventie te kunnen doen. Ik hoop dat dit voor de adolescenten deel zal uitmaken van het medisch schooltoezicht.

Wat uw antwoord betreft inzake het borstkankeronderzoek, neem ik aan dat dit zal afhangen van de doelstellingen. Er is dus nog geen zekerheid over het al dan niet toepassen van een veralgemeende screening. De juiste participatiegraad aan het cervixkankeronderzoek kent u waarschijnlijk ook niet.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : We hebben geen algemene participatiegraad. Daarom is het zo belangrijk een algemene doelstelling te hebben in heel Vlaanderen in verband met een aantal thema's. In dit geval zijn er drie thema's.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Ik denk dat u heel juist en met cijfers hebt geargumenteed dat zowel de hart- en vaatziekten als borstkanker bij oudere vrouwen een van de prioriteiten zullen zijn.

**De voorzitter** : De heer De Groot heeft het woord.

**De heer Etienne De Groot** : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik vind het bijzonder boeiend dat mevrouw Avontroodt deze problematiek aansnijdt. Er zijn immers een aantal punten die zeer belangrijk zijn maar waar nog steeds te vaak de klassieke paden worden bewandeld. De overheid heeft inzake preventie een belangrijke taak te vervullen. Wat de preventie betreft, heb ik de indruk dat men vaak niet alleen naast het doel schiet, maar zelfs weg van het doel. Men krijgt met andere woorden een averechts effect, zoals bij de drugspreventie.

Dit is hier echter niet aan de orde. Men moet de psychologie bekijken van de mensen waar het om gaat. Wanneer over borstkanker wordt gesproken, zijn er nog altijd heel wat mensen in dit land en in Vlaanderen die, ondanks VT4, Kanaal 2 en onze strandcultuur, verlegen worden. Ook onze artsen zijn nog steeds te verlegen om een vrouwenborst degelijk te onderzoeken.

Ik stel tevens vast dat een aantal vrouwen, als ze een gezwel voelen waarvan ze veronderstellen dat het verdacht is, hiermee blijven rondlopen in plaats van een arts te raadplegen. Ze gaan er nog altijd van uit dat een knobbel alleen kan leiden tot amputatie. In de huidige stand van de chirurgie is het nochtans best mogelijk dat alleen de tumor zelf moet worden verwijderd en de vrouw dus niet wordt verminkt. Het is een enorme psychologische stap die ze nog moeten overwinnen.

Het is bijzonder belangrijk dat er wetenschappelijk onderzoek wordt verricht over de manier waarop deze zaken moeten worden aangepakt. Het is niet voldoende dat er adviesraden zijn waar men soms gewoon voor de eigen kapel komt pleiten, er moet ook feedback zijn.

Ik wil het ook even hebben over migrantenvrouwen. Een migrantenvrouw is voor mij evenveel waard als een andere vrouw. Ze zijn wel vaak moeilijk te bereiken, niet alleen wegens de taalbar-

## De Groot

rière. Ook veel Vlaamse vrouwen zijn verlegen om hun slipje uit te trekken voor een baarmoederhals-screening, ongeacht of ze voor een mannelijke of vrouwelijke arts staan. Hoe moet men dit dan wel niet aan migrantenvrouwen uitleggen? Men heeft bijna een tolk nodig om dit delicate onderwerp met hen te bespreken. De overheid moet over deze belangrijke elementen nadenken, zodat ze de mensen beter kan overtuigen.

Ik wil ook benadrukken dat vrouwen die verschillende partners hebben, er goed aan doen een condoom te gebruiken. Deze vrouwen zouden gemakkelijker baarmoederhalskanker krijgen. Dit zou zelfs statistisch zijn bewezen. Men moet zoveel mogelijk preventieve elementen naar voren schuiven. Mevrouw de minister, ik weet van de aids-campagne dat u niet verlegen bent om de dingen bij hun naam te noemen.

Een ander onderwerp is de botdensitometrie. Wij artsen voeren dat onderzoek niet vaak genoeg uit. We worden voortdurend onder druk gezet. Vroeger was er vrijheid van diagnose en therapie. Nu krijgen we van het Riziv lijsten met cijfers over labo- en radiologische onderzoeken. De botdensitometrie is eigenlijk niet zo goedkoop. Daarom waarschijnlijk dat sommige artsen het onderzoek niet onmiddellijk uitvoeren. Zoals mevrouw Avontroodt zegt, is een concrete diagnose nochtans nodig voor een aangepaste behandeling. Men moet geen medicijnen voorschrijven als dat niet nodig is. Men moet natuurlijk wel de juiste behandeling geven.

Tot besluit wil ik benadrukken dat de overheid op een positievere manier kan optreden. Mevrouw de minister, ik begrijp dat u grijs haar krijgt van al dat overleg, maar het kan niet door de beugel dat federale ministers meestal niet antwoorden op brieven van regionale parlementsleden.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer :** Zelfs ik krijg geen antwoord.

**De heer Etienne De Groot :** Ook op het federale niveau moet men beseffen dat een zekere vrijheid van therapie en diagnose nodig is om onderzoeken uit te voeren die veel geld kunnen besparen en de levenskwaliteit verhogen.

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

## Interpellatie van mevrouw Riet Van Cleuvenbergen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het investeringsbeleid in de rustoordsector

**De voorzitter :** Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Van Cleuvenbergen tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het investeringsbeleid in de rustoordsector.

Mevrouw Van Cleuvenbergen heeft het woord.

**Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen :** Mijnheer de voorzitter, eind 1996 werd een omzendbrief over het VIPA verspreid. Daarin werd meegedeeld dat er voorlopig geen investeringen in de rusthuissector meer worden gesubsidieerd. Die omzendbrief dateert van 22 november 1996. Ik verwijs ook naar de begrotingsbespreking en de bespreking van het programmadecreet, waar dit probleem ook al aan bod is gekomen.

De stopzetting van de investeringen in de rusthuissector veroorzaakt bij verschillende initiatiefnemers die een subsidie aanvroegen en een volledig dossier indienden, ongenoegen en financiële problemen. Ze hebben immers zware uitgaven gedaan om aan de dossiervereisten te voldoen. Er komt veel kijken bij de samenstelling van een VIPA-dossier : een stedenbouwkundig attest, notariskosten, een advies van de brandweer, onderzoekskosten en eventueel de oprichting van een VZW en verkavelingskosten. De prijs van zo een dossier loopt dan ook al snel op tot 300.000 tot 500.000 frank. Pas als aan alle vereisten is voldaan en het dossier is samengesteld, kan men een subsidie krijgen.

Deze lineaire maatregel die voor de hele sector geldt, heeft de objectieve achterstand op het vlak van de voorzieningen in bepaalde regio's gedeeltelijk verkracht. Limburg heeft bijvoorbeeld een eigen demografisch profiel. Iedereen weet dat het aantal tachtigplussers er gedurende de volgende tien jaar zal verdubbelen. In vergelijking met de rest van Vlaanderen, waar men vaak boven het programmatiecijfer zit, zijn de bejaardenvoorzieningen in Limburg maar voor 50 tot 60 percent ingevuld. De provincie Antwerpen heeft bijvoorbeeld een programmatienorm van 14.047 bedden en beschikt over 14.797 bedden. In Limburg waren er daarentegen op 1 januari 1997 maar 3.507 erkende bedden. Er is daar een achterstand van bijna 2.000 bedden ten opzichte van het aantal geprogrammeerde bedden.

### Van Cleuvenbergen

Door deze lineaire maatregel zijn een aantal projecten die in ontwikkeling waren, gekortwiekt. Het was dus geen goede maatregel om de VIPA-subsidiëring lineair stop te zetten. Er werd immers geen rekening gehouden met de sterkere vergrijzing in bepaalde regio's, met de afbrokkelende mantelzorg en met het tekort aan rusthuisbedden en RVT-voorzieningen. Op pagina 179 van de Toelichtingen bij de middelen- en de algemene uitgavenbegroting van de Vlaamse Gemeenschap voor het begrotingsjaar 1997 (stuk 13 (1996-1997) – Nr. 1) staat bij de beleidsdoelstellingen van het VIPA dat de toegankelijkheid moet worden vergroot, dat er meer doorzichtigheid, responsabilisering en rechtszekerheid voor de initiatiefnemer moeten komen, dat de procedure moet worden vereenvoudigd en dat de overheid een duidelijk financieel engagement moet aangaan.

De kern van het probleem is dat personen die hun dossier voor de verspreiding van de omzendbrief hebben ingediend, plots worden geconfronteerd met de voorlopige stopzetting van de procedure. Dit is ook tegenstrijdig met het beleidsperspectief dat op pagina 179 van de Toelichtingen staat : "Ook in de bejaardensector is men reeds in 1996 gestart met het toetsen van de ingediende dossiers aan nieuwe mogelijke programmatiecijfers". In de beleidsdoelstellingen heeft men het daarentegen over rechtszekerheid. Volgens mij verwijst rechtszekerheid naar gekende programmatiecijfers. In de voormelde Toelichtingen die we vorig jaar, op het ogenblik dat de omzendbrief werd verspreid, hebben besproken, lees ik verder : "Dit is gebeurd met de bedoeling de beschikbare gelden vooral aan te wenden in die regio's waar een dringende nood is, en waar de bestaande instellingen ... duidelijke tekorten vertonen qua brandveiligheid". Bij nader toezien blijkt de omzendbrief alleen maar in te gaan op de prioriteit voor de noden van brandveiligheid. De regio's waar een bepaalde nood is, staan er niet meer in vermeld.

Deze omzendbrief is getekend door secretaris-generaal Hertecant en niet door de minister. Wat is de juridische waarde ervan ? Waarom is deze brief getekend door de secretaris-generaal en niet door de minister ? Er wordt nochtans naar de minister verwezen. De motivatie in deze omzendbrief om deze stopzetting eenzijdig te verantwoorden, staat volgens mij haaks ten opzichte van andere beleidsverklaringen die we op hetzelfde ogenblik hier bespraken. Ik had graag hierop een reactie gehad.

De programmatie die werd gedaan door de minister van Welzijn gebeurt op basis van een inhoudelijke normering per sector. Daarbij komen dan onbekende programmatienormen voor de concrete subsidieaanvraag, gehanteerd door de minister die is bevoegd voor het VIPA. Zou u dat nader kunnen toelichten ?

Wat is de verantwoordelijkheid van de minister ten overstaan van de initiatiefnemers ? Deze mensen deden reeds investeringen, na een voorafgaande vergunning en in overleg met de adviserende administratie, om een dossier samen te stellen. Nadien werd dat dossier niet ernstig genomen of het werd opgeschort voor een jaar, met het risico dat hun erkenning eventueel vervalt.

**De voorzitter** : De heer Swennen heeft het woord.

– *De heer Etienne De Groot, ondervoorzitter, treedt als voorzitter op.*

**De heer Guy Swennen** : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik wens me bij deze interpellatie aan te sluiten. Ik kijk evenwel meer genuanceerd tegen de omzendbrief in kwestie aan.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Het gaat hier inderdaad om een compleet onjuiste interpretatie.

**De heer Guy Swennen** : Dat wou ik net zeggen. Ik steiger soms ook, maar deze keer niet. Uit de brief heb ik begrepen dat het investeringsbeleid als dusdanig niet wordt stopgezet, maar wel de uitbreiding van de capaciteit.

Ik verwijs hierbij naar het protocolakkoord van 9 juni 1997 tussen de federale overheid enerzijds en de gemeenschappen en gewesten anderzijds. De gemeenschappen en gewesten hebben er zich toen toe verbonden geen nieuwe, voorafgaande vergunningen te verlenen. Het is niet populair om te zeggen, maar eerlijkheidshalve moeten we toegeven dat de capaciteit inzake rustoordbedden zeker tot 2010 voldoende is. Er doen zich wel een drietal knelpunten voor.

Het eerste knelpunt wordt gevormd door de regionale verschillen en de blinde vlekken qua capaciteit. Het tweede grote knelpunt is de kwaliteit. We menen dat investeringen en infrastructurele aanpassingen op dat vlak een belangrijke voorwaarde vormen voor het uitvoeren van de grote principes die we hier hebben geponeerd inzake het kwaliteitsdecreet. Het derde knelpunt wordt gevormd

## Swennen

door de capaciteitsproblemen in de dagverzorgingscentra en de dienstencentra.

Hoe is de toestand van deze drie knelpunten geëvolueerd in het kader van de heroriëntering van het investeringsprogramma ?

**De voorzitter** : Minister Demeester heeft het woord.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Mijnheer de voorzitter, collega's, ik wil de sprekers danken voor deze interpellatie, want een en ander laat toe om een paar misverstanden op te klaren. Er is een duidelijk onderscheid tussen het erkennen van plaatsen enerzijds en het investeren in de sector anderzijds. Er is geen sprake van het stopzetten van investeringen, absoluut niet. We investeren elk jaar 1,5 miljard frank in de ouderensector en daar is dit jaar nog 500 miljoen frank aan toegevoegd.

Omzendbrieven worden bij delegatie meestal ondertekend door secretarissen-generaal of directeurs-generaal. De waarde van een omzendbrief hangt niet af van het al dan niet ondertekenen ervan door de minister. Op dat vlak is er geen enkel probleem.

Ik denk dat er een misverstand bestaat over de problematiek. We moeten samen nog eens bekijken waar dat misverstand zit. De bevoegdheid waarover het vandaag gaat is de investeringsbevoegdheid. Het VIPA-decreet handelt over de subsidieregeling. Er is in ongeveer 1,5 miljard frank voorzien aan investeringen voor volgend jaar. Deze omzendbrief zegt alleen dat we vanaf nu de beslissing tot subsidiëring op dezelfde manier afhandelen als bij de ziekenhuizen.

Van zodra er een aanvraag is moet er een zorgstrategisch plan worden gemaakt. Op basis van dit zorgstrategisch plan beslist men dan eventueel of de investering kan geschieden, en er wordt dan een masterplan ingediend, waarna de kredieten definitief worden vastgelegd om dit masterplan van een bepaald bejaardentehuis te realiseren. Dat is de eigenlijke draagwijdte van deze omzendbrief.

Op 9 juni 1997 hebben we een protocol ondertekend met de federale regering voor de omzetting van ROB- naar RVT-bedden. Het betreft een vijf-jarenplan waarbij jaarlijks 5.000 bedden worden omgezet van ROB naar RVT, binnen het bestaande contingent van toegekende ROB-bedden. Het protocol is afgesloten, met dien verstande dat er ook

een akkoord is over de beheersing van de bestaande capaciteit. Minister Martens en ikzelf hebben dat natuurlijk samen gedaan, want hij is bevoegd voor het afleveren van de vergunningen. Minister Martens heeft, zoals afgesproken, de jongste twee jaar geen nieuwe vergunningen meer afgeleverd. Dit is logisch : wie een bepaalde capaciteit heeft, moet eerst zien of hij meer bedden nodig heeft dan thans voorzien.

Via alternatieve financiering hebben we sinds 1992 5.000 bijkomende serviceflats en 5.000 rustoordbedden gerealiseerd. Dit betekent dat we sinds 1992 een extra investering hebben gedaan van 7,125 miljard frank voor de serviceflats en 7,074 miljard frank voor de rustoordbedden. Samengevat hebben we van 1992 tot 1997 22 miljard frank geïnvesteerd in deze sector. Er is dus geen sprake van stopzetting.

Begin november zullen we aan de leden van de commissie de resultaten van het VIPA voorstellen. Daarbij komen ook gegevens uit de sector om te weten waar er nog investeringen moeten gebeuren. We zullen de investeringen in de komende periode even intensief verderzetten als in het verleden, waarbij de investeringen worden gerangschikt volgens bepaalde prioriteiten. De eerste prioriteit is het brandveilig maken van bestaande instellingen, daarna komen de aanpassingen aan de erkenningsnormen, dan de aanpassingen aan de hedendaagse eisen inzake comfort en materiële zorgomkadering en ten slotte de nieuwbouw van dagverzorgings- en dienstencentra.

Alles samen zijn er ongeveer 55.000 plaatsen ten behoeve van ouderen. Ik denk niet dat we daarmee een tekort hebben. U moet er ook rekening mee houden dat de 5.000 serviceflats en de serviceflats die in Bevaks zitten, erbij komen en dat dit allemaal plaatsen zijn waar ouderen in goede en comfortabele omstandigheden kunnen wonen. Ik nodig de commissieleden uit om naar de nieuwe serviceflats te gaan kijken. Ze zijn bijzonder goed en ad rem voor ouderen ingericht. De eerste projecten binnen de Bevaks zijn gerealiseerd. Met de nieuwe domotica (woningautomatisering) functioneren ze zeer goed. Ze zijn ook zeer efficiënt en het is mogelijk ze heel snel te bouwen. Op die manier komen we echt tegemoet aan de heersende noden. Heel wat van de bedden voor ouderen in rustoordbedden die niet noodzakelijk in rustoordbedden moeten verblijven, worden nu mee ingenomen door plaatsen in serviceflats.

Ik heb bij het begin van de vorige zittingsperiode gezegd dat meer dan 50 percent van de ouderen in

**Demeester-De Meyer**

rustoorden niet echt in rustoorden dienen te verblijven maar zeker in een serviceflat terecht konden. Nu is daar een zeer grote verschuiving bezig. Het zou boeiend zijn om die verschuiving eens omgezet in cijfers te zien. Misschien heeft men de cijfers wel bij minister Martens. Er is inderdaad een stijging van B, C en C+-bedden merkbaar. Ik dacht dat het goed was prioriteit toe te kennen aan die omschakeling van ROB naar RVT-bedden, omdat veel meer C-patiënten, dus zwaar-zorgbehoevenden, in de rustoorden aanwezig zijn die nog niet volgens het RVT-statuut betaald worden. Dat is een gezamenlijke politiek geweest.

De programmatie van 5.000 per jaar kunnen we voor het einde van het jaar meedelen aan al de rustoorden zodat ze zich daar ook kunnen opstellen. Dat moet hen toelaten om nog meer zorgbehoevenden te begeleiden. Dat maakt ook mogelijk dat meer mensen zich onafhankelijk zullen kunnen gedragen, ook in serviceflats.

Ik begrijp de bekommernis van mevrouw Van Cleuvenbergen en de heer Swennen goed. Het zou kunnen dat er hier en daar wat regionale verschillen zijn ten gevolge van een bepaalde voorgeschiedenis. Er zijn hier en daar ook nog blinde vlekken. De regionale verschillen hebben onder meer te maken met bepaalde culturen en met de ouderdom van de bevolking. De bevolking van Limburg is nog jonger. Met andere woorden, de nood aan rustoorden was daar in het verleden misschien lager zodat de cijfers daar misschien nog wat laag liggen.

Heel typisch voor Limburg is dat zij een veel sterker ontwikkelde thuiszorg kennen. Dat weet u wellicht ook. Daardoor is dus inderdaad in een bepaalde periode de vraag naar rustoorden gedaald. Het is ook merkwaardig dat men in Limburg nog veel minder serviceflats heeft en men er nu pas aan denkt om dergelijke projecten op het getouw te zetten. Daar heb ik geen verklaring voor. U zou het eens moeten gaan bekijken.

Er is geen enkel probleem van stopzetting van de investeringen. Men heeft vervolgens nog gevraagd naar de kwaliteit. Ik stel voor dat men een dag uittrekt om in heel Vlaanderen een vijftal of meer ouderenvoorzieningen te bezoeken. Er is een enorm verschil met tien jaar geleden. De voorzieningen zijn zeer goed uitgebouwd. Het spreekt natuurlijk vanzelf dat, als men kan werken in een aangenaam kader dat efficiënt gestructureerd is, dit dan ook veel makkelijker is.

In sommige regio's heeft men zelfs te maken met onderbezetting. Er is dus geen tekort in het algemeen, maar het is mogelijk dat er regionale verschillen zijn. Die zullen op een of andere manier moeten worden gecorrigeerd. De kwaliteit is sterk toegenomen, al is het maar omdat de omgeving sterk verbeterd is. Maar het is juist dat er wellicht nog wat nieuwbouw zal nodig zijn. Dat is ook een van de prioriteiten : dagverzorgingscentra, dienstencentra, enzovoort.

Bij de beoordeling van de nieuwe dossiers die volgens het zorgstrategisch plan zullen moeten worden opgemaakt en door de zorgstrategische commissie zullen moeten worden beoordeeld, krijgen we wellicht de gelegenheid om de regionale verschillen op te sporen en de blinde vlekken te zien. In overleg met minister Martens kunnen daar misschien correcties worden aangebracht.

**De voorzitter** : Mevrouw Van Cleuvenbergen heeft het woord.

**Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen** : Eerst iets over de omzendbrief gekoppeld aan de bespreking die we vorig jaar hielden in het kader van de begroting. In de toelichtingen bij de begroting stond dat de beschikbare gelden moesten worden aangewend in de regio's waar zich een dringende nood voordoet. Verder hebt u ook brandveiligheid en dergelijke aangehaald. In de omzendbrief lees ik ook alleen dat het gaat om brandveiligheid en dergelijke. Er stond niets in over de regio's waar er een dringende nood is.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : U hebt het dan over uibreiding, mevrouw.

**Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen** : Ik lees wat er staat in stuk dertien dat we vorig jaar bij de begroting kregen. "Ook in de bejaardensector is men in 1996 gestart met de toetsing van de ingediende dossiers aan nieuwe mogelijke programmatiecijfers. Dit is gebeurd met de bedoeling de beschikbare gelden vooral aan te wenden in die regio's waar er een dringende nood is." Er is dus wel sprake van een dringende nood, terwijl daarover in de omzendbrief niets staat.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Ik probeer op mijn terrein te blijven. Minister Martens is samen met de administratie een onderzoek aan het uitvoeren over de nood aan en de verspreiding van de voorzieningen voor bejaarden en het is op basis daarvan dat zal moeten worden nagegaan waar eventueel nog nieuwe vestigingen moeten komen.



### **Demeester-De Meyer**

U hebt in de commissie al de gelegenheid gehad om hem daarover te spreken. Ik geloof niet dat er daaromtrent een zorg leeft en er is zeker geen tekort aan middelen. Als er 1,5 miljard frank per jaar is uitgetrokken om daarin te investeren, dan zullen we naast de vervangingsnieuwbouw, brandveiligheid en dergelijke, ook nog kunnen tegemoetkomen – indien noodzakelijk – aan die specifieke noden. We moeten dan wel rekening houden met het protocol dat we hebben afgesloten.

**Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen** : Dan iets over de omzendbrief zelf die gedateerd was op 22 november 1996 en waarin werd verwezen naar het gestarte overleg. Dit overleg is pas in de zomer uitgemond in een protocol. Het blijft de vraag waarom men moet vooruitlopen op een protocol. Dat is waarschijnlijk in Wallonië ook niet gebeurd.

In de marge daarvan : dossiers die ingediend werden voor die regelgeving bekend was, kunnen toch niet en cours de route genomen worden en volgens heel nieuwe normen, volgens een strategisch plan, waarvan ik de waarde niet betwist, omgeturnd worden. Die dossiers werden ingediend voor hiervan sprake was. Dit heeft gedeeltelijk te maken met rechtszekerheid. Ik zou graag hebben dat u hierover nog eens nadenkt.

Over de regioaanpassingen werd in het protocol van deze zomer bepaald dat de rustoordbedden zullen worden omgezet, en dat er 5.000 RVT-bedden per jaar zullen bijkomen. De rustoordbedden vangen nu diegenen die zware hulp behoeven op. Maar we moeten er rekening mee houden dat er nu reeds een tekort aan rustoordbedden bestaat, en er bijgevolg een nieuw tekort zal ontstaan. Dit vormt een groot probleem. Als er in bepaalde regio's nu al minder bedden beschikbaar zijn dan in andere, dan zullen minder bedden kunnen worden omgezet. We zullen qua hulp aan de zware-hulpbehoevenden opnieuw een achterstand oplopen, indien er niet op korte termijn in een herinvestering voor de andere bedden wordt voorzien.

De regio blijft een knelpunt en het is erg belangrijk dat de planningscriteria die nodig zijn voor het omzetten van de rustoorden in RVT-bedden, zo snel mogelijk bekend worden gemaakt. Ik meen gelezen te hebben dat de omzetting tegen het eind van het jaar moet voltooid zijn. Als men de criteria niet kent, dan vormt dit een echte moeilijkheid.

Ik wil aan deze problemen ook die van de leeftijds-curve koppelen. Het aantal 80-jarigen in Limburg

zal over tien jaar verdubbeld zijn. Er bestaan nu reeds problemen. Men kan dus geen tien jaar wachten om met de investeringen van start te gaan. Bouwen is één zaak, het dossier en de bouw hebben tijd nodig, maar ook het personeel moet worden aangemoedigd om opleidingen te volgen.

Het meten van kwaliteit gebeurt nu vooral door het nagaan van de brandbeveiliging en met normen die niet in stenen gemeten kunnen worden. Er wordt nog te weinig rekening gehouden met de aanpassingen van hedendaagse gebouwen. Ik weet dat het heel moeilijk is om dit te meten, maar als er veel klachten komen via de bejaardeninfofoon over het niet-werken van de inspraakmogelijkheden, dan is het misschien niet op zijn plaats om die mensen te belonen met iets nieuws. We moeten dat nu niet ten gronde bespreken, we kunnen hierop later terugkomen.

**De voorzitter** : Minister Demeester heeft het woord.

**Minister Demeester-De Meyer** : Mijnheer de voorzitter, om misverstanden te vermijden, wil ik nogmaals antwoorden op de vragen van mevrouw Van Cleuvenbergen. In de ouderensector werd er gestart met het verlenen van voorafgaande vergunningen. Deze vergunningen kunnen worden toegekend door minister Martens. Straks kunt u hem wellicht vragen wanneer hij een zicht kan hebben op de noden zoals die zijn verdeeld over het hele Vlaamse land. Er stond altijd heel duidelijk vermeld in de brieven van de vorige ministerraad dat een voorafgaande vergunning nooit een engagement kan betekenen voor wat daarna moet komen.

Mevrouw Van Cleuvenbergen, er werden ook veel vergunningen verleend die bleven liggen. Ik zal u hiervan een voorbeeld geven. Er waren ongeveer 7.700 aanvragen voor serviceflats en rustoordbedden binnengekomen. Bij het verlenen van voorafgaande vergunningen werd reeds heel selectief te werk gegaan door mijn voorgangers, zoals de heer Lenssens. Sommige vergunningen blokkeerden echter alle andere, en dat was natuurlijk geen goeie zaak. Al doende leert men echter, en nu springen we veel zorgzamer om met het verlenen van vergunningen.

Ik herhaal dat u minister Martens kunt vragen hoever het staat met het overzicht. Volgens mij heeft men reeds prachtig werk geleverd om te bepalen wat nodig is en waar de blinde vlekken zich bevinden. Eenmaal dit overzicht gekend is, kunnen we bepalen welke financiële middelen vrijgemaakt moeten worden voor investeringen.



**Demeester-De Meyer**

Ik begrijp uw bezorgdheid over de RVT's. U zegt dat een achterstand in een bepaalde regio qua aantal ROB-bedden, ook een achterstand doet ontstaan in het aantal RVT's. Alle nodige gegevens zullen tegen 15 november gekend zijn. De criteria zijn van die aard dat er rekening wordt gehouden met de mensen die al vijf jaar, tien jaar of langer hebben gewerkt met de zwaar zorgbehoevenden die het steeds hebben moeten stellen met ROB-forfaits. Deze mensen zullen in het vervolg RVT-forfaits krijgen. Dit is het meest logische wat we op dit ogenblik kunnen doen : zorg dragen in functie van de noden.

Uw laatste opmerking is terecht. Het is echter het gekende systeem in Vlaanderen. De overheid kan niet alle normen inzake de kwaliteit van de architectuur vastleggen, omdat wij zelf geen bouwheren zijn. Ik vind het boeiend om de afgewerkte serviceflats te bezoeken en vind dat deze heel goed geconcepieerd werden. De flats zijn ergonomisch, hygiënisch, praktisch en comfortabel. Voor de bewoners wordt het wonen makkelijker gemaakt.

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

---

**Interpellatie van de heer Johan Malcorps tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, en tot de heer Theo Kelchtermans, Vlaams minister van Leefmilieu en Tewerkstelling, over de registratie van gezondheidsklachten en de nood aan epidemiologisch onderzoek, onder meer in de omgeving van verbrandingsinstallaties**

**Mondelinge vraag van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de mogelijke schadelijke gevolgen van de vervuiling door de verbrandingsovens te Edegem en Wilrijk**

**De voorzitter :** Aan de orde is de interpellatie van de heer Malcorps tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, en tot de heer Kelchtermans, Vlaams minister van Leefmilieu en Tewerkstelling, over de registratie van gezondheidsklachten en de nood aan epidemiologisch onderzoek, onder meer in de omgeving van verbrandingsinstallaties met daaraan toegevoegd de mondelinge

vraag van mevrouw Avontroodt tot minister Demeester-De Meyer, over de mogelijke schadelijke gevolgen van de vervuiling door de verbrandingsovens te Edegem en Wilrijk.

De heer Malcorps heeft het woord.

**De heer Johan Malcorps :** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, jarenlang hebben verbrandingsovens in Vlaanderen gewerkt zonder elementaire vormen van rookgasreiniging. Bij een meetcampagne van de milieu-inspectie in 1993 bleek dat de uitstoot van de meeste verbrandingsovens voor huishoudelijk afval in Vlaanderen ver boven de wettelijke normen lag die garant moeten staan voor de volksgezondheid. Hoewel de meest vervuulende ovens intussen zijn gesloten, blijkt uit parlementaire vragen en recente metingen dat verschillende huishoudelijke verbrandingsovens nog altijd een stuk boven de veilige norm zitten. Hetzelfde geldt voor een aantal industriële verbrandingsinstallaties en voor haast alle installaties voor het verbranden van ziekenhuisafval. Het is een cynisch gegeven dat de ziekenhuizen op deze manier bijdragen aan de problemen voor de volksgezondheid.

De jarenlange uitstoot en accumulatie – bijvoorbeeld in de bodem, maar ook in het menselijk lichaam – van vervuilende stoffen zoals zware metalen, PAK's en dioxines/furanen vormt een niet te miskennen gezondheidsrisico. Vandaar dat verwacht mag worden dat de overheid zeer alert reageert als in de buurt van vroegere of nog bestaande verbrandingsinstallaties clusters van gezondheidsklachten gemeld worden.

In de wijken Neerland te Wilrijk en Ysselaer te Aartselaar worden allang diverse gezondheidsklachten gemeld van mensen die in de buurt wonen van twee bestaande verbrandingsovens van de intercommunales Isvag en IHK, en van een inmiddels gesloten installatie voor de verbranding van ziekenhuisafval van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Het meeste indruk maakten de getuigenissen van enkele jonge ouders met kinderen die geboren werden met uiterst zeldzame genetische afwijkingen : een kindje geboren zonder schildklier, een kindje met groeistoornissen, één met spina bifida, één met gastrochisis, één met hypoglycemie, één met een chromosomenafwijking, één met een unieke metabolische afwijking, één met een neurologische afwijking en één met continentia pigmente. In totaal zou het over een tiental kindjes gaan. Het soort van aandoeningen kan volgens professor Luc Hens van de VUB in verband staan met dioxinevervuiling. Zoveel afwij-

## Malcorps

kingen in een wijk van amper 3.000 mensen is een statistisch relevant gegeven. Daarnaast stierven in dezelfde wijk onlangs drie kinderen aan leukemie. Al deze kinderen hadden één gemeenschappelijk kenmerk : hun moeder of hun beide ouders woonden tijdens hun puberteit en adolescentiejaren in de wijk Neerland.

Daarnaast bestaat een hele reeks van andere gezondheidsklachten, gaande van astmatische aandoeningen bij kinderen tot een vermoeden van hogere kankerincidentie in de wijk, ook bij volwassenen. De bewoners leggen zelf de band met de jarenlange uitstoot ver boven de veilige normen, van de verbrandingsinstallaties in de buurt.

Maar daarnaast bestaan er ook nog andere risicofactoren in de omgeving. Zo is er de uitstoot van zwaar autoverkeer op de Boomse Steenweg of de A12. Er zijn bedrijven in de buurt zoals de verfspuiterij van Atlas Copco, die de grootste van Europa is. Ook Metallurgie Hoboken ligt binnen een straal van vijf kilometer. Ik kan u nog heel wat risicofactoren opsommen.

Mevrouw de minister, het is een goede zaak dat u ter plaatse kennis hebt genomen van de feiten en er met het plaatselijk comité en met enkele ouders hebt gepraat. Het is goed dat u de problemen verder wilt onderzoeken. Maar u mag in geen geval de schijn geven alsof men in Neerland in Wilrijk en Ysselaer in Aartselaar van nul begint. Er zijn al heel wat bezwarende gegevens verzameld, voldoende om nu onmiddellijk beslissingen te nemen. Daartoe moet de Vlaamse regering het voorzorgsprincipe ook echt ernstig nemen. Dat principe stelt dat men in geval van twijfel elk gezondheidsrisico moet uitsluiten.

Verder milieuonderzoek is uiteraard gewenst, alhoewel ook hier reeds gegevens beschikbaar zijn, uit het onderzoek van de stad Antwerpen en de provincie. Vandaar dat ik mijn vraag ook richt tot minister Kelchtermans. Ik veronderstel dat u een gecoördineerd antwoord zult geven, mevrouw de minister. Uit het onderzoek van de stad en de provincie blijkt nu al dat er ongezond hoge concentraties aan zware metalen, gevaarlijke koolwaterstoffen en dioxines in de bodem van de wijk Neerland voorkomen.

Een onderzoek van de luchtkwaliteit is ook zeker zinvol. Zo constateerde het Provinciaal Instituut voor Hygiëne een slechte kwaliteit van de omgevingslucht in Aartselaar, te wijten aan de uitstoot

van stof, zwaveldioxide, stikstofdioxiden, chloriden en fluoriden. Men mag de mensen echter ook niets wijsmaken : de gevaarlijkste vervuiler, namelijk dioxine, is via luchtmetingen nauwelijks aan te tonen.

Al deze onderzoeken zijn nodig, maar kunnen of mogen niet als voorwendsels worden gebruikt. De eerste en belangrijkste stap is een halt toeroepen aan de nog steeds voortdurende vervuiling. Op dat vlak kunnen de bevoegde ministers geen verstopperje spelen. U ging hierover met minister Kelchtermans overleg plegen. Ik hoop dat u dat hebt gedaan en daarbij de risico's voor de volksgezondheid maximaal hebt benadrukt. Misschien bent u al tot bepaalde conclusies gekomen.

Er is nu vooral nood aan een volwaardig epidemiologisch onderzoek in een grote straal rond de verbrandingsovens, dat rekening houdt met de bijkomende overlast die bijvoorbeeld door de Boomsesteenweg wordt veroorzaakt. Verder is een medisch onderzoek nodig bij bewoners, zeker bij de meest kwetsbare groepen zoals kinderen en zwangere vrouwen. Als men dioxines wil opsporen in het lichaam, is het onderzoek van moedermelkstalen de meest betrouwbare techniek. Dat vindt ook professor Paul Schepens, toxicoloog aan de UIA, die de zaak op de voet volgt. Daartoe moeten de nodige middelen worden vrijgemaakt. Daarnaast kan en moet worden gewerkt aan bloedonderzoeken of longfunctietesten bij kinderen, in het verlengde van de onderzoeken die reeds vervuiling door zware metalen, stof, stikstofdioxiden en chloriden hebben vastgesteld.

Tegelijk wil ik de minister vragen dat ze uit wat te Neerland gebeurde de nodige lessen zou trekken. Het is onvergeeflijk dat de Neerlandse ouders jaren hebben moeten wachten om gehoor te vinden. Zoiets mag nooit meer gebeuren. Het uitbouwen van een meldpuntennetwerk dat klachten rond milieu en gezondheid vroegtijdig moet registreren, is absoluut noodzakelijk. Daarnaast is er ook nood aan een beleid inzake epidemiologisch en gezondheidsonderzoek op risicolocaties.

Eerst wil ik het hebben over het meldpuntennetwerk. Ik zie daarin twee componenten. De registratie van gezondheidsklachten die zijn gerelateerd aan milieuproblemen, moet zo onafhankelijk mogelijk geschieden. Ik volg daarin het model van de Nederlandse Stichting Gezondheid en Milieu. Die heeft al een werkzaam systeem op poten gezet. Ik heb een meldpuntenboek en een folder bij. Uiteraard moet zo een meldpuntennetwerk worden opgezet los van het bedrijfsleven, maar ook

## Malcorps

voldoende onafhankelijk van de overheid. Die overheid is namelijk dikwijls rechter en partij tegelijk. Dat is het geval bij verbrandingsovens, die worden beheerd door intercommunales waarin de overheid participeert.

Een organisatie als de Vlaamse Artsen voor het Milieu of een ruimer verband van soortgelijke verenigingen kan met zo een onafhankelijke registratie worden belast, en moet daarvoor dan ook worden betoelaagd. Het gaat hier dan om registratie van onderuit, om nuldelijnssignalisatie. Op zeer laag niveau moeten de klachten worden geregistreerd, eventueel tot op wijk- of straatniveau, uitgaande van de deskundigheid van de burgers met betrekking tot hun eigen leefomgeving en gezondheid. Vele klachten zijn niet te bewijzen, maar toch moet men in zo een geval het aanvoelen van mensen ernstig nemen.

Daarnaast kan de overheid een officiële registratie opzetten in samenwerking met huisartsen, arbeidsgeneesheren en ziekenhuizen : een eerste lijns- en een tweedelijnsregistratie. Hierbij kunnen de gezondheidsinspecteurs een cruciale rol spelen. In de pers heb ik gelezen dat u spreekt van twintig meldpunten, of één per 300.000 inwoners, en van structuren voor lokaal of regionaal gezondheids-overleg.

Zowel de meer informele als de officiële klachtenregistratie kan en moet worden gekoppeld aan het Vlaams GIS-netwerk. Gezondheidsklachten, incidentie van ziekten of afwijkingen en oversterfte kunnen dan in verband worden gebracht met de reeds overvloedig verzamelde informatie van de Vlaamse Milieumaatschappij over lucht-en waterkwaliteit en de informatie van de OVAM over black points. Via het GIS moet het mogelijk zijn milieu- en gezondheidskaartjes tegenover elkaar te leggen. Er zijn uiteraard ook gezondheidsindicatoren.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Bedoelt u met het GIS het Geografisch Informatiesysteem of het Geïntegreerd Informatiesysteem ?

**De heer Johan Malcorps** : Ik heb het over het eerste, dat met kaarten werkt. Al dit informaticageweld heeft pas zin als de drempel voor de registratie van klachten zeer laag wordt gehouden en als er ook meer stimulansen komen voor alle gezondheidswerkers om daadwerkelijk te participeren in een formele registratie van klachten. In feite behoort dit mee tot hun paramedische opdracht. Ik

hoor echter dat daaromtrent op het veld problemen bestaan. Dit onderwerp zou kunnen worden opgenomen in de federale discussie rond een gedeeltelijke forfaitair maken van de vergoeding die gezondheidswerkers krijgen voor hun preventie- en voorlichtingstaken.

In tweede instantie wil ik het nog even kort hebben over de nood aan een beleid van epidemiologisch onderzoek bij bestaande en historische vervuiling. In het boek 'Moorddadig Milieu in Vlaanderen' hebben de heren Raf Willems, Bob Van Laerhoven en Peter Cremers een indrukwekkende lijst van gezondheidsproblemen verzameld, die naar alle waarschijnlijkheid in verband moeten worden gebracht met vervuiling uit het verleden. In een aantal gevallen duurt deze vervuiling nog steeds voort. Het falend beleid inzake bodemsanering heeft hier natuurlijk veel mee te maken. Volgens de heer Parent van OVAM zullen met de huidige middelen pas in 2034 de voor de gezondheid gevaarlijkste black points zijn gesaneerd.

Mevrouw de minister, de overheid en zeker uzelf blijven fundamenteel in gebreke als u gewoon blijft afwachten tot er reeksen van klachten opduiken via informele of formele registratiemodellen. We weten immers met zekerheid dat er evidente risicogebieden zijn. Daar hadden we het boek 'Moorddadig Milieu in Vlaanderen' eigenlijk niet voor nodig.

Denken we bijvoorbeeld aan de sites van andere verbrandingsovens, zeker van die waar bij een recente meetcampagne van de dioxinedepositie in neerslagkruiken, hoge deposities of zelfs normoverschrijdingen werden opgetekend. Ik denk aan Sint-Niklaas en aan Menen, ook al ligt de fout in het tweede geval wellicht bij de Franse oven in Haluin. Ook de gezondheidseffecten van de superoven in Neder-Over-Heembeek moeten dringend nader worden onderzocht. Er is ook onderzoek nodig in de buurt van dioxinekampioenen uit het verleden. Die ovens zijn nu gelukkig dicht, maar de mensen in de omgeving hebben er wellicht een kwalijke erfenis meegekregen. Ik heb het nu over Heist-Op-Den-Berg, Burcht, Zwijndrecht, Willebroek, Merksem, Ronse en Izegem.

Ook bij andere milieuproblemen en emissies is er dringend nood aan meer duidelijkheid over mogelijke gezondheidseffecten. Ik geef nog een voorbeeld buiten de verbrandingssfeer. Er wordt op dit moment heftig gediscussieerd over de pesticidenvervuiling in de Limburgse fruitstreek. Professor Eric Pluygers verwekte in Limburg de voorbije weken enige consternatie door opnieuw met grote

## Malcorps

nadruk te stellen dat de hoge kankerincidentie wellicht te wijten is aan insecten- en onkruidverdelgende middelen. Ook professor Marc Bogaerts van de KU Leuven heeft al meermaals dit verband gelegd. Deze mensen zijn deskundigen op hun vakterrein en kletsen niet zomaar uit hun nek. Toch kunnen ze dit niet echt hard maken. Daarvoor is meer onderzoek nodig en daar loopt het nu dikwijls spaak.

Een ander voorbeeld is dat van de gezondheidsproblemen die worden gemeld in Zelzate. Ook qua communicatie met de bevolking was dit een fiasco.

Er is dus de problematiek in Neerland in Wilrijk en Ysselaer in Aartselaar over de verbrandingsovens. Daarnaast is er het vraagstuk van alle verbrandingsovens. Nog ruimer is de kwestie van de bekende blackpoints. Het gaat daar niet enkel om bodemvervuiling, maar om allerlei vormen van vervuiling en risicoplaatsen. In de toekomst zouden we het misschien kunnen hebben over een gebiedsgericht beleid. Dat is een milieuterm die wordt gebruikt om kwetsbare gebieden aan te duiden waar zorgvuldiger moet worden omgesprongen met pesticiden en dergelijke. Door het samenleggen van milieuhinder- en gezondheidskaarten zouden we eigenlijk ook moeten komen tot voor de volksgezondheid gevoelige zones. Als men het voorzorgprincipe au sérieux neemt, zouden we daar bij het vergunningenbeleid in de toekomst rekening mee moeten houden. Men zou dat los moeten zien van de bestaande normen die ervan uitgaan dat er nog niet te veel overlast is inzake milieu.

Ik heb dan ook enkele vragen voor de minister. Is de minister het opzetten van een meldpuntensysteem over gezondheid en milieu genegen en zal er worden ingegaan op de vraag van de Vlaamse Artsen voor het Milieu om hiervan werk te maken? Bent u mijn voorstel genegen voor een meer informele onafhankelijke registratie en een meer formele registratie via gezondheidsinspecteurs?

Welke concrete maatregelen worden genomen in Neerland in Wilrijk in verband met een officiële registratie van gezondheidsklachten enerzijds en het uitvoeren van een volwaardig epidemiologisch onderzoek en aanvullende gezondheidsonderzoeken anderzijds?

Welke initiatieven worden genomen om in de toekomst bij het vaststellen van clusters van gezondheidsklachten in relatie tot milieuvervuiling onmid-

dellijk verder onderzoek te garanderen aan de betrokkenen?

In welke mate heeft de minister reeds zicht op de gezondheidseffecten van de historische vervuiling veroorzaakt door verschillende oude en nog bestaande verbrandingsovens? Worden er initiatieven genomen om hier beter zicht op te krijgen?

Is de minister vanuit het standpunt van de volksgezondheid van oordeel dat in de gegeven omstandigheden de twee ovens IHK en Isvag operationeel kunnen blijven?

**De voorzitter:** We zullen nu de mondelinge vraag van mevrouw Avontroodt tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de bodemvervuiling in Zelzate behandelen.

Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

**Mevrouw Yolande Avontroodt:** Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, de deskundigheid van de heer Malcorps moet niet meer worden benadrukt. Men mag de aard van de vervuiling die men zou hebben vastgesteld niet veronachtzamen. Ik ga daarover echter niet akkoord met de heer Malcorps. Hij vertrekt vanuit de vaststelling dat er clusters zouden zijn, maar dat moet men net bewijzen. In Nederland heeft men inderdaad een aantal clusters kunnen vaststellen. Mijnheer Malcorps, u hebt wel gelijk als u stelt dat men daar heel omzichtig mee moet omspringen.

Mevrouw de minister, hierover hebt u de volle bevoegdheid. Men weet wanneer er gemeten wordt: de apparatuur staat klaar, de administratie en de ambtenaren zijn aanwezig. Zelfs dan stelt men vast dat de emissienormen worden overschreden. Men kan dan ook veronderstellen dat de emissies nog hoger zouden liggen indien men niet of continu zou meten.

Ik ben voorstander van een onderzoek. Het is belangrijk effectief bodemanalyses te doen en ze te vergelijken met analyses rond de A12 en double blind in een niet-verdacht milieu. Ook de vegetatie moet worden onderzocht evenals het bloed van kinderen en volwassenen. Indien men na die drie analyses vaststelt dat er inderdaad een verhoging is, moet er een uitgebreid epidemiologisch onderzoek worden gestart.

Het is zeer gemakkelijk en evident een verband vast te stellen tussen bijvoorbeeld benzeen en een verhoogde incidentie van leukemie. Het verband

**Avontroodt**

met dioxine is echter veel moeilijker aan te tonen. TCDD is een zeer gevaarlijk en dodelijk product. Het kan leiden tot hepatische celnecrose, tumoren en teratogene verwickelingen.

Wat het andere gamma inhoudt, is nog een groot vraagteken. Het is nog te vroeg om te zeggen dat er een cluster van ontwikkelingsstoornissen is. Er zijn inderdaad veel gevallen, en het is immoreel om tegen ouders van kinderen met ontwikkelingsstoornissen te zeggen dat het er niets mee te maken heeft. Daarin treed ik u bij, maar toch pleit ik ervoor eerst aan te tonen dat er een cluster bestaat.

Mevrouw de minister, er is een verschil tussen de IHK-oven in Edegem en de Isvag-oven in Wilrijk. Men is het er, denk ik, unaniem over eens dat men de IHK niet kan behouden op de huidige plaats. De meetgegevens tonen dat aan, en de participerende gemeenten vragen dat ook niet. De oven ligt nu drie weken stil. De investeringen om de oven aan de vigerende normen te laten voldoen is door datzelfde VITO in vraag gesteld. Men kan daar niet omheen.

In de Isvag-oven is enorm geïnvesteerd : 650 miljoen frank voor de dioxinewasinstallatie, 750 miljoen frank voor het energierecuperatiesysteem. Dat zijn fenomenale bedragen. Als men op lange termijn niet zeker is dat die oven in een woongebied kan blijven staan, dan stel ik me daar ernstige vragen bij. Inzake preventie zijn dat cijfers om te duizelen. Voor een preventieproject waarvoor men de helft van dit bedrag nodig heeft, moeten we soms langer pleiten. Mevrouw de minister, ik stel dan ook voor dat u hierover overleg pleegt met minister Kelchtermans. U zit op hetzelfde niveau zodat dit volgens mij geen probleem kan vormen.

De heer Malcorps heeft de problematiek zeer grondig behandeld. Toch herhaal ik mijn vragen. Wat zijn de krachtlijnen en de opdracht die u hebt gegeven aan het VITO ? Werd er een termijn bepaald voor het openbaar maken van de resultaten ? Dat is het minimum waarop die mensen recht hebben. Wordt er voorzien in een tussentijdse evaluatie ? Bent u na beperkte testen bereid om zowel over fysische als epidemiologische gegevens een onderzoek aan te vatten ?

**De voorzitter** : Minister Demeester heeft het woord.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Mijnheer de voorzitter, ik wens eerst en vooral de collega's te danken voor hun interpellatie.

Naar aanleiding van mijn bezoek aan de Neerlandwijk, waar ik de eerste steen heb gelegd van een schooltje, heb ik gesprekken kunnen voeren met een aantal vertegenwoordigers van de regio en met een aantal ouders. Ik had toen ook al ervaringen met Zelzate, zij het van een iets andere aard. Ik heb toen onmiddellijk de beslissing genomen om een meldpuntensysteem uit te bouwen.

Uiteraard zet je zo iets niet in één dag op. De uitwerking ervan is momenteel in volle gang en tegen eind november zullen we klaar zijn met één meldpunt in Vlaanderen. Een juiste datum durf ik er niet op kleven, want alles hangt af van een aantal voorbereidende werkzaamheden. Voor 1998 voorziet ik in één meldpunt, en vanaf 1999 hoop ik dat alle lokale gezondheidsoverlegstructuren zijn opgestart en dat het meldpuntensysteem dichterbij de bevolking zal staan.

Een en ander laat ons toe de evaluatie te maken van de eerste start van dit meldpunt. Het wordt dus een meldpunt voor gezondheidsproblemen die gerelateerd zijn aan milieuproblemen. Het is dus geen meldpunt over milieupunten op zich. Zo iets uitbouwen is uiteraard niet gemakkelijk. De mate waarin klachten over de kwaliteit van het milieu worden gemeld, hangt immers af van een hele reeks elementen. Zowel de persoonlijke factoren van de melder als de omgevingsfactoren spelen daarbij een rol. Het is daarbij niet irrealistisch te veronderstellen dat het aantal klachten in een bepaald gebied per definitie representatief zal zijn voor de werkelijke blootstelling of de hinder die door de gehele lokale bevolking wordt ondervonden. Trends in de tijd zeggen reeds meer, maar ook daar moet men aandacht besteden aan een aantal versturende variabelen.

We zijn daarom onmiddellijk rond de tafel gaan zitten met mensen van de administratie Volksgezondheid en met mensen van de gezondheidsinspectie. Het is immers logisch dat, als bijvoorbeeld vanaf 1 december het meldpunt in werking treedt, we allerlei gegevens zullen krijgen. Het is dan inderdaad niet vanzelfsprekend dat het aantal meldingen uit een bepaalde regio duidt op specifieke problemen. Deze signalen moeten worden nagegaan en onderzocht.

We hebben dus gekozen voor een gefaseerde aanpak die gekoppeld is aan de uitwerking van een wetenschappelijke en van een maatschappelijk ver-

### **Demeester-De Meyer**

antwoorde procedure voor de registratie, de verwerking en de feedback van de meldingen.

Dan kom ik nu tot het probleem van de clusteranalyse. Bij de oprichting van een dergelijk meldpunt moeten we nagaan hoe we de uitbouw van een dergelijke gestructureerde procedure voor de analyse van de meldingen en de vermoede clusters zullen opzetten. We moeten vermijden dat het meldpunt resulteert in een onevenwichtige aanwending van de middelen. Er moet dus een maatschappelijk verantwoorde analyse volgen van de opgevangen signalen.

Overmatige aandacht voor punten waar bijvoorbeeld veel publieke belangstelling voor bestaat, maar waarbij weinig wetenschappelijke redenen zijn voor reële volksgezondheidsproblemen, is immers niet denkbeeldig indien we niet heel doordacht optreden. Een actiecomité zou zoveel aandacht naar het eigen probleem toe kunnen trekken, waarvoor ik begrip kan opbrengen, dat daardoor de andere problemen niet de nodige aandacht krijgen. Een dergelijke werkwijze moet beletten dat bepaalde acties in bepaalde zones wel een risico aangeven, terwijl door de afwezigheid van een actieplan een ander risico niet wordt aangegeven. Het is onze taak als overheid ervoor te zorgen dat op een juiste – in de zin van rechtvaardige – manier wordt vastgesteld wat precies de problemen zijn.

We hebben dus onmiddellijk actie ondernomen en zijn daarom gestart met de uitbouw van het netwerk van meldpunten waarvan een eerste binnenkort in werking zal treden. Eind 1998, zodra alle lokale gezondheidsoverlegstructuren zijn opgericht, moet dat netwerk dan volledig operationeel zijn. Dat is toch het vertrekpunt.

Wat nu concreet Edegem en Wilrijk betreft, heb ik onmiddellijk na dat weekend het VITO gecontacteerd met de vraag op korte termijn een onderzoek in te stellen. Dat onderzoek bestaat uit een drietal onderdelen. Er is ten eerste de opstelling van een emissiehistoriek waarmee we de raming van de blootstelling aan dioxine in de afgelopen decennia, met name voor de exploitatieperiode van de verbrandingsovens, zullen nagaan. Het VITO zal dus de emissiehistoriek opstellen, de emissieconcentratie en de dioxinedeposities berekenen en de dioxineblootstelling evalueren.

Het VITO-onderzoek bestaat verder uit een onderzoek van de waargenomen gezondheidseffecten en

de mogelijke relaties met de dioxineproblematiek. Dit zal gebeuren door middel van de inventarisatie van de ziektegevallen in de Neerlandwijk, de lijst van de effecten van dioxines en een vergelijking met andere regio's.

Een derde element in het onderzoek wordt de monitoring van de genetische afwijkingen in de Neerlandwijk door middel van een onderzoek naar de verhoogde DNA-schade via cytogenetisch onderzoek op bloedcellen van inwoners van de wijk, gevolgd door een vergelijking met een controlepopulatie. Ik heb aan het VITO gevraagd om dit cytogenetisch onderzoek in overleg met het Centrum voor Menselijke Erfelijkheid uit te voeren.

Ik heb ook beslist om met het VITO niet langer contracten ad hoc, maar een permanent contract af te sluiten. Als onze meldpunten signalen krijgen, moeten we immers ook onmiddellijk kunnen ingrijpen. Het VITO heeft dit reeds gedaan voor Union Minière en voor Zelzate en doet het nu ook voor Neerland. Ik vind het noodzakelijk te kunnen beschikken over een permanent onderzoekslijn met het VITO dat daarin is gespecialiseerd.

Wat de relatie met het milieu betreft, heb ik ondertussen gesprekken gevoerd met minister Kelchtermans. Zodra we over de resultaten van het onderzoek beschikken waaruit gezondheidsproblemen blijken die met het milieu gerelateerd zijn, zullen ook door de minister voor Milieu de nodige beslissingen worden getroffen. Minister Kelchtermans heeft mij uitdrukkelijk gezegd dat, indien blijkt dat de effecten van een verbrandingsoven van die aard zijn dat de oven niet meer kan blijven functioneren, hij onmiddellijk zijn verantwoordelijkheid zal opnemen. U weet dat de IHK-oven inmiddels niet langer functioneert.

**De heer Johan Malcorps** : De oven werd tijdelijk stopgezet, voor een periode van drie weken.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Over drie weken zullen we meer weten. Ik zal me daar nu niet over uitspreken. Ik kan u vandaag nog geen uitsluitsel geven over de vraag of we in een latere fase een epidemiologisch onderzoek zullen laten uitvoeren. Ik moet de resultaten afwachten van de drie eerste delen van het onderzoek. Een epidemiologisch onderzoek kan belangrijk zijn voorzover daarbij een aantal factoren effectief kunnen worden gemeten. Dat zult u wel met me eens zijn. Epidemiologisch onderzoek op zich is zeer belangrijk, vooral ten aanzien van de toekomst. Mogelijk komt het in verband met reeds in het verleden ont-

**Demeester-De Meyer**

stane problemen minder van pas. We zullen dit hoe dan ook bespreken met de provinciale overheden. Het lijkt me vooral belangrijk ons te concentreren op de huidige situatie en op de toekomst.

Om een zicht te krijgen op de algemene relatie tussen gezondheid en milieu, houdt de Vlaamse Gemeenschap de mortaliteitsgegevens bij. Deze studie gaat tot op het arrondissementsniveau. We vergelijken de sterftecijfers in verschillende zones met gemiddelden in Vlaanderen. We kunnen die relateren aan bepaalde effecten in bepaalde regio's. Die analyse moet ons inzicht verschaffen in belangrijke verschillen in de volksgezondheid in de verschillende regio's, al dan niet als gevolg van bepaalde milieu-effecten. Bij de voorstelling van de gezondheidsindices van 1995 springen daarbij twee regio's eruit. We weten niet waarom. Een milieu-probleem zou de oorzaak kunnen zijn. Het is dus belangrijk om in deze indicatoren de significante verschillen op te merken.

Analyses in kleinere gebieden, zoals die rond verbrandingsovens, geven om statistische redenen vaak weinig duidelijkheid en worden niet routinematig uitgevoerd. Internationaal gereputeerde statistische experts, zoals Olsen en Rothman, zeggen dat clusteranalyses vaak inefficiënt zijn in het identificeren van ziekteoorzaken en dientengevolge met de nodige soberheid moeten worden gehanteerd.

Bovendien is dit een zogenaamde end-of-the-pipe-aanpak. Ware preventie van milieuziekten begint bij een goed overdacht vergunningenbeleid en toezicht op de handhaving van de emissienormen. Wat de verbrandingsovens betreft, op dat vlak begint de ware preventie als er zo weinig mogelijk afval wordt geproduceerd.

**De voorzitter** : De heer Malcorps heeft het woord.

**De heer Johan Malcorps** : Wat is de timing van de reeks van onderzoeken die nu is aangekondigd ? Dit belangt de mensen erg aan.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : De eerste twee onderdelen zijn vrij gemakkelijk uit te voeren. Aangezien het VITO zeer efficiënt werkt, verwacht ik de resultaten over vijf tot zes weken. Het derde onderdeel, de monitoring van genetische afwijkingen, zal een periode van drie maanden in beslag nemen.

**De voorzitter** : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Zult u het biologische en het genetische onderzoek ook door het VITO laten uitvoeren ?

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Het VITO zal de monitoring van genetische afwijkingen in de Neerlandwijk voor zijn rekening nemen. De genetische afwijkingen zijn het resultaat van beschadiging van het DNA. Als de beschadiging voorkomt in geslachtscellen of in een vroeg stadium in de ontwikkeling van het embryo optreedt, kan dit aanleiding geven tot misvormingen. Een ander gevolg kan zijn dat kanker ontstaat, als de DNA-schade voorkomt in andere lichaamscellen dan geslachtscellen. Indien de genetische afwijkingen, vastgesteld bij kinderen in de Neerlandwijk, te wijten zijn aan DNA-schade door verontreiniging van het lokale milieu, moet ook bij andere bewoners van de wijk een verhoogde DNA-schade in de cellen terug te vinden zijn, zonder dat dit noodzakelijk resulteert in een pathologie. Immers, men verwacht bij verhoogde concentraties van genotoxische stoffen in het lichaam verhoogde DNA-schade, die onder meer in perifere bloedcellen kan worden waargenomen. Dat zal natuurlijk worden onderzocht.

Deze verhoogde DNA-schade kan uiteindelijk leiden tot een verhoogde incidentie van genetische afwijkingen. De relatie tussen die incidentie en milieuverontreiniging is statistisch niet rechtstreeks aan te tonen als de populaties die worden blootgesteld, klein zijn. De relatie tussen verontreiniging met genotoxische stoffen en een verhoogd voorkomen van genetische afwijkingen in bloedcellen is met een beperkte steekproef wel aan te tonen, waarbij de relatie tussen een verhoogd voorkomen van DNA-schade en een verhoogde kans op het optreden van genetische effecten wel algemeen wordt aanvaard.

Het voorkomen van verhoogde DNA-schade kan worden geëvalueerd via cytogenetisch onderzoek op bloedcellen van de inwoners van de wijk in vergelijking met een controlepopulatie van elders. Vertonen de inwoners van de wijk geen verhoogde frequentie van afwijkingen, dan is de kans klein dat lokale verontreiniging de oorzaak is van de genetische afwijkingen die in het cluster worden waargenomen.

Het VITO stelt een monitoring voor om na te gaan of er een verhoogde DNA-schade voorkomt bij inwoners van de Neerlandwijk. Meer bepaald gaat

### **Demeester-De Meyer**

het om een beperkte studie met twintig mensen uit de Neerlandwijk en twintig mensen uit een zorgvuldig geselecteerde controlegroep. De analyse wordt uitgevoerd op een bloedcelstaal waaruit de witte bloedcellen zullen worden geïsoleerd. Er wordt een preparaat van de chromosomen gemaakt. Om op een gevoelige wijze een eventuele chromosoomafwijking te visualiseren, zal de chromosoombandingstechniek worden toegepast, waardoor eventuele veranderingen in de structuur van de chromosomen kunnen worden geanalyseerd en gekwantificeerd.

Het VITO voert dit alles uit. Het is een instelling die uitstekend functioneert.

**De voorzitter** : De heer Béghin heeft het woord.

**De heer Jan Béghin** : Mevrouw de minister, wilt u deze interpellatie, en de vele andere waarin de relatie wordt gelegd tussen het milieu en de gezondheid, indachtig zijn als de regering het dossier van de verbrandingsovens behandelt ? Ik denk onder meer aan het dossier van de provincie Vlaams-Brabant, die het heeft bedacht om ten zuidwesten van de hoofdstad van de Vlaamse Gemeenschap een verbrandingsoven te installeren. Met absolute zekerheid zullen alle uitlaatgassen van die oven door de wind in de woonzones belanden, waar 1 miljoen mensen wonen. Ik vraag u om samen met uw collega op het goede moment te herinneren aan de mogelijke schadelijke gevolgen hiervan.

Ten tweede wil ik vandaag het goede nieuws medelen dat het Brussels Gewest eindelijk zijn verantwoordelijkheid heeft opgenomen ten aanzien van de verbrandingsoven in Neder-Over-Heembeek. De rookgaswasinstallatie is in aanbouw.

**De voorzitter** : De heer Malcorps heeft het woord.

**De heer Johan Malcorps** : We zitten met een urgente situatie en toch reageert u alsof we met legale installaties te maken hebben. Dat is niet het geval. Ik heb vroeger al gezegd dat de IHK-oven de dioxinenorm veertig keer overschrijdt. Voor Isvag geldt hetzelfde. Uit de meeste recente meting van maart 1997 blijkt dat ook de Isvag-oven, een nieuwe en betere oven, de norm veertig keer overschrijdt.

Het is niet zeker of door de investeringen het verwachte resultaat inzake dioxine-uitstoot wordt gehaald. Zelfs mensen van het VITO betwijfelen of

men zo een oude ovens kan oplappen. Het duurt in elk geval nog een jaar tot twee jaar vooraleer de aanpassingswerken rond zijn. De ovens zullen nog twee jaar functioneren in overtreding met de huidige Vlarem- en Europese richtlijnen. Dat gebeurt in een gebied dat ik zou willen omschrijven als 'een voor de volksgezondheid gevoelige' zone. Dat is voor mij het probleem. Ik vind dat u en minister Kelchtermans en de hele regering de verantwoordelijkheden moeten opnemen.

### **Met redenen omklede motie**

**De voorzitter** : Door de heer Malcorps werd tot besluit van deze interpellatie een met redenen omklede motie ingediend. Ze zal worden gedrukt en rondgedeeld.

Het parlement zal zich daarover tijdens een volgende plenaire vergadering uitspreken.

Het incident is gesloten.

---

– *Mevrouw Trees Merckx-Van Goey, voorzitter, treedt als voorzitter op.*

### **Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de invoering van een zorgverzekering voor ouderen in Vlaanderen**

### **Interpellatie van de heer Etienne Van Vaerenbergh tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, en tot de heer Luc Martens, Vlaams minister van Cultuur, Gezin en Welzijn, over de invoering van een zorgverzekering voor ouderen in Vlaanderen**

**De voorzitter** : Aan de orde zijn de samengevoegde interpellaties van mevrouw Avontroodt tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de invoering van een zorgverzekering voor ouderen in Vlaanderen, en van de heer Van Vaerenbergh tot minister Demeester-De Meyer en tot de heer Martens, Vlaams minister van Cultuur, Gezin en Welzijn, over de invoering van een zorgverzekering voor ouderen in Vlaanderen.

Mevrouw Avontroodt heeft het woord.



**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Mevrouw de voorzitter, geachte ministers, de laatste jaren werd heel wat nagedacht over de mogelijkheden tot invoering van wat ik tot hiertoe een afhankelijkheidsverzekering heb genoemd. Dit feit alleen illustreert heel duidelijk de behoefte aan zo een instrument, dat de oplossing kan bieden voor de uitdaging van de volgende decennia. Met die uitdaging bedoel ik de vergrijzing, de toenemende afhankelijkheid, maar ook de betaalbaarheid van medische en niet-medische zorgen, die voor velen een probleem vormt. Dit kwam reeds vaak aan bod in deze commissie. Deze debatten hebben inmiddels geleid tot de toezegging om een beleidsbrief over ouderenbeleid uit te werken. Ook zou er een decreet houdende de thuiszorg in de maak zijn. Ik denk dat dit wel beantwoordt aan de verwachtingen.

Het zou echter fout zijn om de vergrijzing als enige oorzaak van die stijgende uitgaven in de zorgverzekering te bestempelen. De verhoogde medische consumptie en de technische vooruitgang brengen eveneens een verhoging mee. Maar ook het feit dat men tegenwoordig minder kan terugvallen op de mantelzorg, is een factor. De vereenzaming eist zijn tol.

Het aanbod van medische zorgen leidde tot een uitgavengroei in de gezondheidszorg. We kunnen niet ontkennen dat dit ook heeft geleid tot een hogere gemiddelde levensverwachting. We kunnen daarentegen niet spreken van een explosieve uitgavengroei in het aanbod van niet-medische zorgen. Deze zorgen zijn immers nog voor te velen onbetaalbaar of ontoegankelijk, waardoor er eerder sprake is van onderconsumptie. Voor steeds meer zorgen moeten de mensen zelf kosten dragen of sluiten ze een verzekering af. Dit blijft niet altijd zonder gevolgen. Zo waren in verband met de thuisgezondheidszorg de chronisch en langdurig zieken de laatste weken vaak in de pers. Er zijn zorgintensieve situaties waardoor wat door het kleine risico werd gedekt, in de praktijk gemakkelijk op een groot risico kan neerkomen, door de accumulatie van de uitgaven. Het is zorgwekkend dat de getroffen en vooral alleenstaanden zijn zoals weduwen, weduwnaars, en gescheiden of kinderloze ouderen, waarbij een belangrijk overwicht van vrouwen te constateren valt. Dat laatste hebben we daarnet uitvoerig kunnen bespreken.

Ook als een van beide partners zorgafhankelijk wordt, is de betaalbaarheid een groot probleem, waarvoor tot nu toe nog geen oplossing werd aangereikt. De financiële draagkracht is voor velen te gering. Dit alles mag toch niet tot de verwarring leiden om afhankelijkheid gelijk te stellen met een

verminderde autonomie. Zo wordt de waarheid geweld aangedaan. Dan dreigt er immers een negatieve beeldvorming rond afhankelijkheid te ontstaan. Voor mij zijn deze begrippen dus niet synoniem, omdat anders het zelfbeschikkingsrecht van de bejaarden in het gedrang zou komen.

De stap van de ene interpretatie naar de andere wordt helaas al te gemakkelijk gezet, wat leidt tot een semantische verwarring. In de huidige stand van zaken is het overigens niet mogelijk om de hulpbehoevendheid van de bejaarde bevolking nauwkeurig te meten. Men beschikt wel over gedeeltelijke maatstaven, gebaseerd op verscheidene onderzoeksresultaten, die het mogelijk maken een levensverwachting zonder handicap of incapaciteit tot 65 jaar te benaderen. De duur van de hulpbehoevendheid mag evenwel niet worden verward met de levensverwachting met handicap of gezondheidsproblemen.

Er ontbreken heldere, algemeen geldende definities van relevante concepten in het wettelijke arsenaal als zelfredzaamheid, afhankelijkheid, zorgbehoefte en zorg. Zowel de internationale als de Europese juridische instrumenten maken er geen melding van, noch als apart risico, noch als deel van een ander risico. Nochtans is de nood aan een goede omschrijving niet zonder belang indien men de afhankelijkheidsverzekering als concept op een efficiënte wijze wenst te concretiseren. De literatuur over dat onderwerp definieert de afhankelijkheidsverzekering als een tegemoetkoming in de niet-medische kosten en de extra uitgaven die optreden bij afhankelijkheid van dagelijkse levensactiviteiten, en die een rechtstreeks gevolg zijn van verminderde zelfredzaamheid. Ik zal het probleem van de bevoegdheid hier niet aankaarten. Rond deze tafel bestaan, denk ik, heel weinig knelpunten terzake. Toch kan ik niet nalaten hier even een uitspraak van voormalig federaal minister van Pensioenen Freddy Willockx aan te halen. Deze kante zich vorige week tegen het voorstel van minister Demeester. Hij is voorstander van een verplichte verzekering, gebaseerd op solidariteit. Volgens hem brengt dit wel met zich mee dat een bijkomende inspanning van de actieve bevolking zal worden gevraagd. In eerste instantie zal deze verzekering dus niet populair zijn. Wat me terzake nog het meest verontrust, is dat de zorgverzekering voor de SP-politicus eigenlijk de inzet van de volgende parlementsverkiezingen wordt. Graag had ik uw visie daarop gekend, want ik vind zo iets onaanvaardbaar. Dit is niet de boodschap die deze commissie wil uitdragen.

## Avontroodt

Tijdens de zitting van 26 maart 1996 werd trouwens de motie betreffende een belangenconflict bij de invoering van een federale dienstencheque als tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, unaniem goedgekeurd. De meeste hier aanwezig leden herinneren zich de draagwijdte van die maatregel zeer goed. In dat licht verbaast het me dat de Vlaamse regering de voorbije jaren nog geen initiatief heeft genomen om een afhankelijkheidsverzekering op touw te zetten. Terzake dienden de VLD-leden van deze commissie in februari 1997 een voorstel van resolutie in, met de vraag dat de Vlaamse regering zich zou uitspreken over haar zienswijze op die Vlaamse afhankelijkheidsverzekering.

Toegegeven, ik was verbaasd toen minister Demeester tijdens het reces, als het parlement wordt verondersteld geen activiteiten te ontplooiën en dus geen instrument tot reactie heeft, haar voorstel voor een zorgverzekering via de pers wereldkundig maakte. Inmiddels is terzake al heel wat verschenen. Het leek me dan ook heel nuttig de beide ministers rond deze tafel te verzamelen, zodat de knelpunten en de raakpunten kunnen worden belicht. Ik wil hun vooral zeggen dat de in de pers vernoemde actieve deelname van het Vlaams Parlement blijkbaar wordt teruggebracht tot het akte nemen van een conceptnota, waarvan het meest fundamentele reeds zal zijn vastgelegd. Dit betreurt ik ten zeerste. Het gaat hier immers om een fundamenteel debat, dat ook in deze commissie moet worden gevoerd vooraleer er definitieve richtingen worden ingeslagen.

Afgaande op de Septemberverklaring van minister-president Van den Brande is er reden tot gerustheid. Wellicht zal er in 1998 of in 1999 toch wel werk worden gemaakt van een Vlaamse afhankelijkheidsverzekering. Dat is toch wel het belangrijkste.

Een poging ondernemen om de raakvlakken tussen beide voorstellen zichtbaar te maken, is uiteindelijk een complexe, verwarring scheppende oefening. Ik heb geprobeerd om de twee voorstellen naast elkaar te plaatsen. Voor de benaming van de voorstellen heb ik gekozen voor de namen Demeester en Deleeck. Het voorstel van professor Deleeck was deze maandag immers het onderwerp van een mondelinge vraag van de heer Vandriessche aan minister Martens.

De werkgroep-Deleeck is in juni 1997 gestart met wetenschappers en ervaringsdeskundigen. Het

onderzoek rond de haalbaarheid van de verzekering behelst een demografische evolutie, een onderzoek naar het aantal zorgbehoevende ouderen en een studie van de kostprijs. Mevrouw de minister, in de pers kondigt u voor 1998 een aantal studies aan, waaronder een enquête bij de bevolking. Het bedrag dat daaraan wordt toegekend, zullen we wellicht in de begroting kunnen terugvinden. Eventueel kunt u het straks al meedelen. Vermoedelijk zult u als minister van Begroting de financiering van de actuariële studies wel behandelen. Als commissielid stel ik me dan vragen rond het onderzoek dat zowel door u als door minister Martens zou worden opgezet.

Het rapport-Deleeck kondigt een onderzoek aan van de stappen voor de implementatie. Minister Demeester heeft geantwoord dat de afhankelijkheidsverzekering van start zou gaan op 1 januari 1999.

Hetzelfde rapport vermeldt dat enkel de niet-medische thuiszorg in aanmerking zou komen. De residentiële zorg zou via geëigende wegen worden gefinancierd. Ook daarover heb ik nog enkele vragen, maar ik denk niet dat die hier ter sprake moeten komen. Minister Demeester spreekt zowel over thuiszorg als over residentiële zorg.

Tevens wil het rapport-Deleeck het bestaande aanbod van zorgverleners kwalitatief en ruimtelijk vergroten. Minister Demeester spreekt niet over het a priori versterken van het aanbod. Zij gelooft meer in het spontaan laten werken van de vrije marktmechanismen.

Het rapport-Deleeck wil een netwerk van particulieren opzetten en erkennen volgens de denkrichting van Kind en Gezin inzake de opvanginstellingen voor kinderen. Minister Demeester wil het aanbod met de uitbouw van de zorgverzekering laten groeien, weliswaar met kwaliteitswaarborgen.

Zullen mantelzorg en PWA bij de erkende voorzieningen in het aanbod van de zorgverleners worden gerekend? Ik meen dit terug te vinden in beide voorstellen. Minister Demeester wil bovendien ook nog de vrijwilligerszorg opnemen in haar voorstel.

In het rapport-Deleeck spreekt men over een verplicht universeel en solidair intergenerationeel karakter van de verzekering. Minister Demeester spreekt over een vrije verzekering: vrijblijvend en met responsabilisering van het individu.

Het rapport-Deleeck kiest inzake de uitvoering voornamelijk voor de ziekenfondsen, en pas als

**Avontroodt**

tweede optie voor de verzekeringsmaatschappijen. Minister Demeester vermeldt verzekeringen, pensioenfondsen en ziekenfondsen.

Mevrouw de voorzitter, ik kom tot mijn concrete vragen. De financiering zal in beide systemen gebaseerd zijn op een repartitie- en een kapitalisatiestelsel. De forfaitaire premie, niet gerelateerd aan het inkomen, wordt bij minister Demeester wel afhankelijk gesteld van het inkomen.

In het rapport-Deleek is de kostenvergoeding afhankelijk van de afhankelijkheidsgraad, de intensiteit en de duur, en de afhankelijkheid van de eigen bijdrage in de bejaardenhulp. Van minister Demeester had ik graag enige verduidelijking gekregen over de vraag of zij het ziet als een kostenverzekering dan wel als een sommenverzekering.

In het rapport-Deleek wordt gesproken over een zorgencheque. Minister Demeester spreekt over een dienstencheque. Deze twee begrippen dekken een totaal verschillende lading.

Het ontwikkelen van evaluatieschalen vinden we in beide voorstellen terug. Dit is duidelijk een raakvlak.

In het rapport-Deleek wil men de betaalbaarheid van de persoonlijke bijdrage in de niet-medische kosten verzekeren. Aan minister Demeester wil ik vragen of ze de betaalbaarheid wil verbeteren of verzekeren. Dit hangt samen met de kosten- of de sommenverzekering die u wilt opzetten, mevrouw de minister.

Tot slot heb ik nog enkele korte vragen en opmerkingen. Zal het medisch materiaal al dan niet worden uitgesloten ?

Ik pleit hier dan ook voor de organisatie van een reëel politiek debat in het Vlaams Parlement, waarbij de verschillende bestaande opties niet enkel worden onderzocht, maar ook worden ingevuld. Elke zorgbehoevende dient de kans te krijgen om op een autonome wijze te bepalen hoe de nodige hulp kan worden ingeschakeld.

Het is pas dan dat de rechten van de ouder wordende mens op een kwaliteitsvolle oudere dag kunnen worden toegepast. We moeten dan ook met alle respect omgaan met de evolutie in de bejaardenzorg en vooral met de vraag naar meer onafhankelijkheid vanuit de groep bejaarden zelf.

**De voorzitter** : De heer Van Vaerenbergh heeft het woord.

**De heer Etienne Van Vaerenbergh** : Mevrouw de voorzitter, geachte ministers en collega's, de voorbije tien jaar werd er veel over een autonomie- of zelfredzaamheidsverzekering gesproken. Mijns inziens ligt de uitdaging bij de drie categorieën waar het probleem het duidelijkst aan de orde zal zijn.

De eerste categorie is die van de ouderen. Iedereen weet dat het laatste levensjaar meestal ook de zwaarste kosten meebrengt. De tweede categorie is die van de langdurig zieken, die voortdurend worden geconfronteerd met dezelfde problemen als de ouderen. De derde categorie is die van de chronisch zieken.

**Minister Luc Martens** : Wat is het verschil tussen langdurig en chronisch zieken ?

**De heer Etienne Van Vaerenbergh** : Langdurig betekent over een lange periode. Chronisch betekent herhaald of repetitief. Of vergis ik me ?

**Minister Luc Martens** : Neen, ik wou alleen uw definitie van deze begrippen kennen.

**De heer Etienne Van Vaerenbergh** : We moeten een antwoord geven op de voorkomende problemen. Hoe kunnen we deze mensen de mogelijkheid bieden hun fysische en psychische zelfredzaamheid te behouden ? We moeten er ook voor zorgen dat ze sociaal-economisch onafhankelijk blijven. Hoe moet de financiële kant worden aangepakt ? Moeten we met forfaits werken ? Moeten we bepaalde onkosten vergoeden ? Het antwoord zal waarschijnlijk niet helemaal eenduidig zijn.

Een tijd geleden verkondigden de twee bevoegde ministers een verschillende mening. Het parlement moet reageren op die standpunten. Het zou veel eenvoudiger zijn als dat niet in verspreide slagorde moet gebeuren.

Dit zijn mijn twee vragen. Gaat het om een individuele of een collectieve verzekering ? Wanneer komt de verzekering er ? We praten hier al tien jaar over. Uw voorganger heeft er zelfs een welzijnscongres over georganiseerd en uitgebreid onderzoek laten verrichten. Het onderwerp is dus uitermate belangrijk. Iedereen weet trouwens dat het aantal ouderen alsmatig aangroeit. Waarom duurt het toch zo lang vóór we een oplossing vinden ?

**De voorzitter :** Minister Martens heeft het woord.

**Minister Luc Martens :** Ik zal vooral antwoorden op de vragen van de heer Van Vaerenbergh, terwijl minister Demeester in de eerste plaats die van mevrouw Avontroodt voor haar rekening zal nemen.

Wanneer komt er een zorgverzekering ? Wel, de Vlaamse regering zegt principieel ja tegen de ontwikkeling en de realisatie van zo een verzekering. Ze heeft daar de nodige middelen voor vrijgemaakt. De komende weken en maanden zullen studies en onderzoek plaatsvinden. We hebben formeel geen ingangsdatum afgesproken. Wel willen we na al het gepraat snel werken. De datum van 1 januari 1999 is ter sprake gekomen en lijkt ons inderdaad een goede streefdatum.

Wordt het een vrije of een verplichte verzekering voor iedere Vlaming ? We beschikken niet over de instrumenten om een verplichte verzekering uit te bouwen. Er liggen wel een aantal andere mogelijkheden open voor de ontwikkeling van de zorgverzekering. Ofwel kiezen we voor een facultatieve verzekering die wordt georganiseerd door ziekenfondsen, privé-verzekeringsmaatschappijen en pensioenfondsen. Het individu kiest dan vrij om zich al dan niet aan te sluiten. Ofwel kiezen we voor een gesubsidieerde, veralgemeende verzekering die wordt georganiseerd door de ziekenfondsen. De burger schrijft zich in bij een ziekenfonds naar keuze. De ziekenfondsen kunnen op hun beurt vrijwillig de gesubsidieerde zorgverzekering opnemen als een aanvullend element in hun pakket, of hun leden verplichten om tot de verzekering toe te treden. De Vlaamse overheid kan deze verplichting niet opleggen, maar de ziekenfondsen kunnen dat eventueel wel zelf doen.

De minister-president verkondigde in de Septemberverklaring duidelijk dat de verzekering voor iedereen toegankelijk moet zijn. Er mag geen enkele sociale uitsluiting in bestaan. Hoe we die algemene toegankelijkheid kunnen garanderen, moeten we samen verder onderzoeken en definiëren.

**De voorzitter :** Minister Demeester heeft het woord.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer :** De Vlaamse regering heeft vóór het reces zelf gezegd : "wij moeten een ouderenzorgverzekering invoeren". De nadruk lag toen op het woord "moeten". Nu ligt de nadruk op het woordje "wij". Het moet met andere woorden een Vlaamse verzekering worden.

Die verzekering moet voor iedereen toegankelijk zijn en mag geen aanleiding geven tot sociale uitsluiting. De Vlaamse regering moet en zal een concept ontwikkelen. We zullen dat samen met het parlement uitvoerig bespreken. Daarna wordt het concept omgezet in een decreet.

Als u accentverschillen ziet tussen mijn benadering en die van minister Martens, vloeit dat voort uit de verschillende studies en rapporten over dit onderwerp. Minister Martens heeft samen met enkele van mijn kabinetsmedewerkers een werkgroep gevormd onder leiding van professor Deleeck. In 1993 hadden we een ouderencongres. Ook daar werd dit thema uitvoerig besproken.

Aan het eind van de vakantie vond ik een beetje tijd op me beter te documenteren. Geïnspireerd door deze lectuur ben ik gaan nadenken over het waarom van een ouderenzorgverzekering. Het gaat om ouderen, om zorg en om een verzekering. Het eerste element, ouderen, vormt zeker en vast het grootste probleem. We zullen nog vaak genoeg over de cijfers kunnen spreken. In elk geval staan we voor een uitdaging. Tot 2020 is de groei van het aantal ouderen in Vlaanderen veel groter dan in Wallonië.

Het komt er op dit moment niet zozeer op aan om ons op cijfers toe te spitsen. We zijn uitgegaan van de huidige situatie, van onze wil om in dat verband een project te ontwikkelen, en van de wetenschap dat Vlaanderen daartoe ook de mogelijkheid heeft. Zo zijn we gekomen tot de idee van ouderenzorgverzekering. We zijn ons daarbij zowel bewust van onze mogelijkheden als van onze beperkingen.

De zorg in kwestie bevat elementen van het zich goed voelen in de brede betekenis van de gezondheidszorg, en niet alleen in de enge betekenis van curatief medische zorg. Die laatste valt trouwens onder het federale niveau. Maar de andere elementen kunnen inderdaad ook voor een deel op ons niveau worden uitgebouwd.

Ik probeer altijd goed een onderscheid te maken tussen ouderenzorgverzekering en afhankelijkheidsverzekering. Die laatste is te zeer gebaseerd op de afhankelijkheid van de betrokkene, die wordt geëvalueerd op basis van schalen en barema's. Ik vind dat een te enge benadering.

Er wordt nu gevraagd naar mijn plannen en de termijn daarvoor. Als we er inderdaad van overtuigd zijn dat het aan ons is om iets te ondernemen, moeten we daarvoor ook de nodige gedrevenheid aan de dag leggen. De streefdatum is inderdaad 1 janu-

**Demeester-De Meyer**

ari 1999. Het is echter af te wachten of die ook realiseerbaar en gewenst is. Als iemand een goed idee heeft, is dat daarom nog niet perfect uitvoerbaar. Wat zullen we in de voorbereiding moeten doen? U hebt verwezen naar wat er te gebeuren staat. We moeten zeker een enquête houden onder de bevolking om de gevoeligste elementen en het verwachtingspatroon te leren kennen.

Ten tweede zijn er ook actuariële studies nodig. Het is belangrijk dat we beschikken over gegevens zoals: de verhouding tussen de bevolkingsgroepen die een beroep kunnen doen op een ouderenzorgverzekering; de aangeslotenen; de periode waarin men deze verzekering geniet; en de beheersbaarheid van de bedragen en uitkeringen. Sinds kort is onder meer een jonge actuaaris aan dit onderzoek begonnen. Uit de resultaten zullen we onze doelstellingen kunnen afleiden.

Ten derde is er een studie nodig over de omschrijving van de aan te bieden zorg en differentiatie, over de criteria van de zorgbehoefte en over de evaluatie ervan. Deze opsomming is niet limitatief. Er kunnen nog elementen bijkomen.

Ik heb ook gezegd dat de Katz-schalen die op dit ogenblik worden gehanteerd in de bestaande ouderenzorg, bruikbaar zijn om ons op te baseren. We kunnen ze wellicht ook gebruiken om verder mee te werken. Maar het is mogelijk dat bij de verschillende studies die er in de loop van volgend jaar of toch zo spoedig mogelijk moeten komen, zal blijken dat nog andere gegevens moeten worden onderzocht. In de begroting is voor het onderzoek twintig miljoen frank expliciet ingeschreven. Dat bedrag is niet limitatief, ook niet voor de studies.

Naast het recente rapport-Deleeck bestaan er ook andere studies. Er is net een boeiend document uitgegeven waarin mevrouw Van Buggenhout en enkele andere medewerkers van de KUL nagaan welke vormen van aanvullende verzekering al bestaan. Dat lijkt me een goede studie, en we zullen zien wat we eruit kunnen leren.

**Minister Luc Martens** : Ter vervollediging: er is ook een studie op komst van het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Mevrouw Avontroodt, u hebt zonet twee voorstellen vergeleken. Eigenlijk zouden we alle publicaties over dit onderwerp kunnen vergelijken, maar dat zou te veel werk vergen. Op basis van de gegevens waar-

over we thans beschikken, moeten we een concept uitwerken. Dat betekent nog niet dat alle vragen die u hebt gesteld, vandaag al moeten worden beantwoord. Het is nogal wies dat er nuanceverschillen zitten tussen de benaderingen van verschillende studies, en ook tussen de opvattingen van verschillende politici. Dit is immers een zeer complexe materie. Het meest fundamentele is echter dat de Vlaamse regering heeft gezegd: 'we moeten het doen en we moeten het zelf doen'.

**Minister Luc Martens** : Mevrouw Avontroodt, vermits u medicus bent, neem ik aan dat u ook wel Latijn hebt gestudeerd. Sallustius heeft ooit gezegd: 'Idem velle atque idem nolle ea demum vera amicitia est'. (*Gelach*)

Ik vertaal: 'Hetzelfde willen en hetzelfde niet willen, dat pas is echte vriendschap'.

**De heer Guy Swennen** : Nu begrijp ik alles. (*Gelach*)

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Ik kijk nog even na welke vragen eventueel niet zouden zijn beantwoord. Hoe dan ook zullen we in het parlement uitvoerig de gelegenheid krijgen om over dit thema van gedachten te wisselen. Daarom zou ik het nu niet verder uitpluizen. Laat de Vlaamse regering toe een gezamenlijk concept uit te werken. Het Vlaams Parlement zal uiteraard bij de uitwerking van dit concept en de omzetting ervan in een decreet worden betrokken. Dat is de wijze waarop we in het verleden al hebben gewerkt en dat ook in de toekomst zullen doen.

**De voorzitter** : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Ik dank beide ministers voor hun weliswaar kort antwoord en voor de geruststelling dat het tussen hen beiden nog steeds goed gaat. (*Gelach*)

Toch blijven er nog enkele knelpunten. Mevrouw de minister, ik ben bereid over de zorgverzekering te praten, maar u weet maar al te goed dat die veel meer dekt dan alleen maar de afhankelijkheidsverzekering, zoals u trouwens ook zelf zei. U zegt dus dat u voor de afhankelijkheidsverzekering de Katz-schaal zult hanteren.

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Ik heb gezegd dat dit een van de mogelijkheden is.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : De Katz-schaal op zich is eigenlijk alleen maar een instrument om

**Avontroodt**

afhankelijkheid te meten. Daarmee wordt geen zorgbehoefte gemeten.

**Minister Luc Martens** : Voor de zorg is er de BEL-schaal, voor de afhankelijkheid de Katz-schaal.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Minister Demeester spreekt van een zorgverzekering en van een dienstencheque, maar bij minister Martens hoor ik die terminologie niet. Uw antwoord op de vraag van de heer Vandendriessche vond ik toch al veel restrictiever, mevrouw de minister. Hoe denkt u trouwens het solidariserend effect in te bouwen ?

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Ik heb daar vandaag reeds een idee over en ben momenteel cijfers aan het verzamelen. Sta me toe dit eerst allemaal even met mijn mensen te analyseren en aan de gegevens te toetsen. Binnen enkele weken zal ik dan een concreter zicht hebben op de manier waarop we het solidariteitsidee kunnen introduceren.

Het gaat hoe dan ook om een verzekering, en tussen beide systemen bestaat echt geen meningsverschil. Er bestaan dus een kapitalisatie- en een repartitiesysteem. Repartitie vertrekt vanuit de bijdrage die de gemeenschap op grond van de solidariteit levert. Wij hebben niet altijd een duidelijk beeld op het verschil tussen de twee systemen. Een innovatieve oplossing zou erin kunnen bestaan gebruik te maken van zowel de kapitalisatie als de repartitie. Dan komt de bijdrage van de gemeenschap en kan die voor een deel worden gekapitaliseerd. Ik weet niet of we daarin zullen slagen, maar indien dit lukt, kunnen we van een echte innovatie spreken.

**Mevrouw Yolande Avontroodt** : Het laatste knelpuntje heeft met Brussel te maken. Hoe gaat u dat probleem aanpakken ?

**Minister Wivina Demeester-De Meyer** : Alles hangt ervan af hoe het systeem er precies zal uitzien. Ik geef toe dat Brussel een van de moeilijkste knelpunten vormt. Maar ik kan pas antwoorden als het systeem bekend is.

**Minister Luc Martens** : Het probleem Brussel zal gemakkelijker door het ene dan door het andere systeem kunnen worden opgelost. Dit moet evenwel eerst nader worden verkend en maakt deel uit van de studies en afwegingen.

**De voorzitter** : De heer Van Vaerenbergh heeft het woord.

**De heer Etienne Van Vaerenbergh** : Wat Brussel betreft, kan ik bijvoorbeeld verwijzen naar de successierechten. Op dat vlak hebben de Vlaamse Brusselaars – of zo u wilt de Brusselse Vlamingen – andere rechten dan de Vlamingen in het Vlaams Gewest. Ik zie daar dus geen groot probleem in. In de toekomst zullen we steeds vaker zulke situaties kennen.

Ten tweede stel ik tot mijn grote tevredenheid vast dat hier een amicitia heerst. Ik hoop dat die zal standhouden, want dat is eigenlijk mijn grote bekommernis.

**De voorzitter** : Als die bekommernis nu ook vanuit de oppositie wordt geformuleerd, is vandaag een grote bijdrage aan onze commissie geleverd.

Het is duidelijk dat over dit onderwerp het laatste woord nog niet is gezegd. Ik hoop dat we deze discussie aan de hand van verdere onderzoeksresultaten constructief zullen kunnen voortzetten.

Het incident is gesloten.

– *De vergadering wordt gesloten om 18.10 uur.*

---