

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 1997-1998

6 november 1997

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, GEZONDHEID EN GEZIN

Interpellatie van de heer Etienne De Groot tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de communautaire verhoudingen bij de verdeling van de middelen voor de diensten voor intensieve zorg

Met redenen omklede motie

Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de convenants die met de centra voor geestelijke gezondheidszorg werden afgesloten in het kader van het Vlaams actieplan voor preventie en hulpverlening met betrekking tot kindermishandeling en kinderrechten

Interpellatie van mevrouw Ria Van Den Heuvel tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de implementatie van het Vlaams actieplan voor preventie en hulpverlening met betrekking tot kindermishandeling en kinderrechten

Interpellatie van mevrouw Sonja Becq tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de evaluatie van het Vlaams actieprogramma inzake drugs

Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin

Donderdag 6 november 1997

VOORZITTER : Mevrouw Trees Merckx-Van Goey

– *De interpellatie wordt gehouden om 13.39 uur.*

Interpellatie van de heer Etienne De Groot tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de communautaire verhoudingen bij de verdeling van de middelen voor de diensten voor intensieve zorg

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van de heer De Groot tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de communautaire verhoudingen bij de verdeling van de middelen voor de diensten voor intensieve zorg.

De heer De Groot heeft het woord.

De heer Etienne De Groot : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, volgens een Vlaamse gezegde stroomt het water altijd naar de zee. Dit is trouwens volledig in overeenstemming met de wetten van de hydrostatica. Wanneer het in dit land echter over de verdeling van financiële middelen gaat, hebben we reeds vaak vastgesteld dat de stroming veeleer bergop verloopt. Bij het ontbreken van een afdoende en objectieerbare verklaring, zorgt dit wel eens voor wrevel en ergernis, temeer omdat de langs Vlaamse zijde gevraagde transparantie in het zuiden van het land meestal wordt weggewuifd. Gelukkig zijn de Vlamingen de laatste tijd wat meer assertief geworden. Dit werd onder meer duidelijk tijdens de recente problemen binnen de Nationale Orde van Advocaten.

De financiering van de gezondheidszorg is al jaren een gevoelig punt. Ondanks talloze pogingen is men er nog niet in geslaagd om voldoende objectieve parameters vast te stellen die op hun verantwoorde toepassing kunnen worden gecontroleerd.

Daarom zijn we de laatste tijd niet alleen wantrouwig maar ook wat kittelorig geworden. Het staat vast dat een evenwichtige maatschappij niet kan worden gefundeerd op egoïsme. Intermenselijke solidariteit is een noodzaak. De sterken moeten de zwakken helpen. Er moet niet alleen solidariteit zijn tussen de Vlamingen onderling, maar in het kader van de federale loyaliteit ook met onze andere landgenoten. Dit betekent dan ook weer niet dat men blijk moet geven van blinde goedgelovigheid. Objectieve, controleerbare en ook gecontroleerde criteria, waarvan vaststaat dat ze in alle regio's op gelijkaardige wijze worden toegepast, zijn onmisbaar. Deze criteria moeten niet met de natte vinger worden vastgesteld, maar in relatie staan tot een objectieve, medisch-wetenschappelijke noodzaak.

Sedert verschillende jaren heeft de financiële nood in de sector van de gezondheidszorg de overheid ertoe gebracht systemen op poten te zetten die de expansieve groei moeten stoppen en misbruiken moeten voorkomen. Merkwaaardig genoeg werden hierdoor vaak diegenen beloond die in het verleden het geld over de balk hadden gegooid. Denken we daarbij aan het historisch forfait in de klinische biologie. Ook hier werden Vlaamse artsen en ziekenhuizen benadeeld. De overheid vroeg zich ook af wat ze eigenlijk moest financieren : de ziekenhuisinfrastructuur of de ziekenhuisactiviteiten. De balans helde over in het voordeel van de laatste. Daarbij werd ook aandacht besteed aan de pathologiegebonden financiering.

Al jaren geleden hoorde ik op internationale congressen spreken over een uit de Verenigde Staten afkomstig begrip : de DRG's of de Diagnosis Related Groups. Men gaat in elke instelling na wat de kostprijs is voor de behandeling van een ziekteproces, bijvoorbeeld bij appendicitis. Bij significante verschillen wordt onderzocht of hiervoor een objectieve verklaring bestaat, of dat de middelen overmatig worden gebruikt. Zo worden nu ook in

De Groot

dit land de minimaal klinische gegevens opgevraagd. Dit heeft dan weer geleid tot een partiële pathologiegebonden financiering.

Vaak hebben ziekteprocessen niet alleen betrekking op één pathologie maar op een complex geheel, waardoor allerlei verschuivingen en interpretaties mogelijk worden. Dit is bijvoorbeeld het geval bij een diabeticus met coronaire aandoening en longemfyseem die een chirurgische ingreep ondergaat en die een diepe tromboflebitis in de anamnese vertoont.

Sedert 1994 worden de intensieve zorgen gedeeltelijk per pathologie gefinancierd. Ik was dan ook bijzonder verbaasd toen ik de stevig onderbouwde studie las van dokter Van Dijck en dokter Rutsaert over de financiering van de intensieve zorgen. Deze studie toont ontegensprekelijk een enorme scheefftrekking tussen de regio's aan. Van de beschikbare middelen gaat slechts 25 percent naar Vlaanderen. De auteurs van de studie beweren dat ze begrip kunnen opbrengen voor het feit dat Brussel een groter aandeel krijgt omdat de gevestigde Brusselse universitaire ziekenhuizen veel meer zwaardere pathologieën behandelen.

Zonder in detail te treden, zou ik graag een aantal merkwaardige fenomenen in beschouwing nemen. Om te bepalen welke verstrekkingen in aanmerking worden genomen, wordt alleen rekening gehouden met intensieve zorgen die worden versterkt aan patiënten uit een C-, D- of E-bed. A-, M- en G-bedden worden niet meegerekend. Een psychiatrische patiënt na een zelfmoordpoging, een zwangere vrouw met eclampsie en eventueel een hersenbloeding of een geriatrische patiënt met een hartinfarct hebben blijkbaar geen intensieve zorgen nodig. Moet men dan een boze geest zijn om te vermoeden dat dit wel verband zou kunnen houden met het feit dat de meeste A- en G-diensten in Vlaanderen zijn gelegen ?

Naargelang de verstrekte intensieve zorgen, gerelateerd aan de C-, D- en E-bedden, worden de ziekenhuizen in 10 decielen verdeeld. Vanaf het zevende deciel wordt het voor het betrokken ziekenhuis financieel interessant. Merkwaardig genoeg zitten 66,5 percent van de Brusselse en 62 percent van de Waalse ziekenhuizen in een deciel van zeven of hoger met betrekking tot de intensieve zorg. In Vlaanderen is dat maar het geval voor 21 percent van de ziekenhuizen. Dit heeft tot gevolg dat 80 percent van de 4,5 miljard frank voor

intensieve zorg, ongeveer 3,6 miljard frank, naar Brussel en Wallonië gaat.

Voor Brussel hebben we een gedeeltelijke verklaring gevonden. Voor Wallonië zou een van de verklaringen zijn dat elke patiënt na de operatie één dag aan een monitor wordt gelegd. In Vlaanderen wordt daarentegen postoperatief enkel intensieve zorg verstrekt als dit medisch noodzakelijk is. De meeste patiënten gaan na de ingreep gewoon een paar uur naar de recovery.

We zijn er ons wel van bewust dat het hoofdzakelijk om een federale aangelegenheid gaat. We kunnen dus niet op elk punt een concreet antwoord van de Vlaamse ministers verwachten. Anderzijds moet het Vlaams Parlement de rol van waakhond spelen, indien de leden van de Vlaamse regering de indruk geven dat ze zich laten oplichten en de gezondheidszorg in Vlaanderen in grote mate wordt benadeeld. De regering moet ook met haar federale collega's overleggen en hen om tekst en uitleg vragen. Het feit dat overleg in het verleden meer tot ontgoochelingen en tandengeknars heeft geleid dan tot oplossingen, mag ons niet tegenhouden.

Als men tot een goed resultaat wilt komen, moet men steeds op dezelfde spijker blijven hameren, en men moet zich laten leiden door de woorden die aan Willem de Zwijger worden toegeschreven : 'Men moet niet hopen om te ondernemen, noch slagen om door te zetten'. Als men desondanks niet tot een bevredigend resultaat komt, is dit een argument om de splitsing van de gezondheidszorg te eisen.

Mevrouw de minister, ik zou graag van u vernemen welke houding u aanneemt en of er al overleg met de federale regering heeft plaatsgevonden. Indien dit het geval is, wat was daarvan het resultaat ?

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, collega's, ik heb inderdaad het onderzoek van de dokters Van Dyck en Rutsaert van het algemeen syndicaat bekeken. Ze hebben de reanimatie in 15 Brusselse, 50 Waalse en 95 Vlaamse ziekenhuizen onderzocht.

Het is belangrijk om weten dat de ziekenhuizen door middel van een puntensysteem worden gefinancierd. Het principe hiervan is het volgende : hoe meer punten, hoe meer geld. Per bed voor intensieve zorg krijgt het ziekenhuis vijf punten.

Demeester-De Meyer

Voor een gewoon ziekenhuisbed krijgt het maar één punt. Wettelijk heeft elk ziekenhuis slechts recht op een bepaald aantal bedden voor intensieve zorg. Het is dus heel eenvoudig : hoe meer reanimatie, hoe meer bedden voor intensieve zorg ; hoe meer punten, hoe meer geld. Voor een ziekenhuis is het dus heel belangrijk dat de activiteit van intensieve zorg wordt uitgebreid. Zolang we met dit financieringssysteem blijven werken, blijft dit verschijnsel bestaan.

Nadat de punten zijn toegekend, wordt het budget van 4,5 miljard frank voor intensieve zorg herverdeeld. Daarbij zou 80 percent van het budget naar Wallonië en Brussel gaan en 20 percent naar Vlaanderen. In verhouding tot zijn bevolking heeft Brussel natuurlijk veel meer ziekenhuizen en ziekenhuisbedden. Bovendien heeft het meer universitaire ziekenhuizen, waardoor er ook meer wordt gereanimeerd. Dit is een objectieve verklaring. In Wallonië worden de patiënten na de operatie systematisch een dag aan een monitor gelegd op de dienst voor intensieve zorg. Men kan zich dan ook afvragen welke intensieve zorg efficiënt is en welke niet. We kunnen dat echter niet controleren. In Vlaanderen wordt er pas na de operatie beslist of de patiënt naar de dienst voor intensieve zorg wordt gebracht. Er is dus duidelijk een verschillende cultuur in Vlaanderen en Wallonië. Over de Brusselse ziekenhuizen kan ik me niet uitspreken, omdat ik die niet ken.

Het onderzoek toont dus nogmaals aan dat de visie op gezondheidszorg sterk verschilt van deelstaat tot deelstaat. Dat heeft enorme gevolgen voor het beleid en de financiering ervan. We staan voor een probleem waarbij we defensief zouden kunnen optreden. Volgens mij is dat echter niet zinvol, en treden we beter constructief op. Volgens mij is het beleid maar goed als het coherent is, want zo een beleid leidt tot een hoogstaande en kwalitatieve verzorging die doelmatig én doeltreffend is.

Ik pleit dus voor een fundamentele oplossing, al erken ik dat dit moeilijk is. Deze fundamentele oplossing lijkt me inderdaad het bewerkstelligen van coherente en samenhangende pakketten op het niveau van de gemeenschappen. Ik denk niet dat we terzake van mening verschillen : in Vlaanderen is er een brede consensus om dit te doen. Ik weet ook dat dit niet zo vanzelfsprekend is : het Brussels Gewest zal ervoor zorgen dat de Brusselse Vlamingen ook aan hun trekken komen. Dat is nog steeds een moeilijk probleem binnen de verdere defederalisering.

Men moet in dit land steeds voor ogen houden dat er een akkoord moet worden gevonden tussen de verschillende gemeenschappen. Ik blijf er echter bij dat we dit systeem voor de toekomst moeten voorbereiden. Dat is trouwens ook de reden waarom ik u de nota over het ziekenhuisconcept hebt bezorgd. We hebben het tegenwoordig uitgebreid over defederalisering, maar we kunnen een en ander alleen doen als we een akkoord vinden en als we structureel goed voorbereid zijn.

De financiële middelen moeten rechtmatig worden verdeeld tussen de instellingen. Dat impliceert dat het budget tussen ziekenhuizen onderling slechts mag verschillen indien ze inderdaad een verschillend aantal patiënten of andere soorten patiënten, bijvoorbeeld in functie van de aard en ernst van de pathologie, behandelen. Dit gegeven vindt u ook terug in de nota. Alle andere, niets ter zake doende criteria, zoals het aantal bedden, mogen voor mij geen aanleiding zijn tot een gedifferentieerde financiering. Zoals we reeds schreven : de financiering moet pathologie-gebaseerd zijn. Bovendien moet elk ziekenhuis eenzelfde financiering krijgen voor eenzelfde product, dat kwaliteitsvol moet worden afgeleverd. Dat is het antwoord op uw interpellatie.

Ter zake contact opnemen met de federale regering heeft geen zin : voor mij en vele anderen is dit tijdverlies. U kunt dan wel zeggen dat we niet actief zijn. Welnu, ik kan contact opnemen met de federale ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid, maar in feite worden deze zaken dan nog geregeld in het Riziv. Laat ik de zaken zeggen zoals ik ze ervaar, en men mag me wat dat betreft gerust tegenspreken : ik denk dat de beide ministers terzake ook niet veel in de pap te brokken hebben. Ik heb de indruk dat vooral de partners binnen het Riziv bepalen hoe de financiering gebeurt. Mijn ervaring leert me dat ik bij contacten met het Riziv geen antwoord krijg.

De voorzitter : De heer De Groot heeft het woord.

De heer Etienne De Groot : Mevrouw de voorzitter, ik dank de minister voor haar antwoord. Principeel verschil ik niet met haar van mening. Dit neemt echter niet weg dat we met een situatie worden geconfronteerd die als een ernstige scheeftekening kan worden beschouwd.

We hebben de nota gekregen over het ziekenhuisconcept. Als men aandacht besteedt aan de ziekenhuisproblematiek, kan men niet ontkennen dat de financiering van de ziekenhuizen een van de meest nijpende problemen is, en dat veel ziekenhuizen

De Groot

zich in grote moeilijkheden bevinden. Zoals ik in mijn interpellatie reeds opmerkte zitten we met een historisch forfait inzake de klinische biologie : we zorgen ervoor dat de begroting nog maar weinig kan stijgen, waarbij al wie aan overconsumptie heeft gedaan wordt beloond en al wie steeds voorzichtig is geweest wordt afgeremd.

Dat is een ernstig probleem, en ik weet dat dit niet eenvoudig is. Ik heb, dacht ik, trouwens duidelijk gezegd dat ik geen grote wonderen verwachtte. Toch dring ik erop aan dat de Vlaamse regering over deze aangelegenheid contact zou opnemen met de federale regering. Zoals u immers wel weet heeft minister De Galan beloofd dat er een onderzoek zou worden ingesteld. We weten echter allen dat dit het soort antwoord is dat colleges van schepenen geven aan gemeenteraadsleden als ze iets opwerpen : men verklaart de zaak te zullen onderzoeken, en verder hoort niemand er nog iets van.

Dit is hier niet gepast, want het gaat over veel geld per jaar. Mocht de Vlaamse regering terzake een zetje willen geven en zo duidelijk maken dat ze deze zaak ernstig neemt, dan is dit in elk geval een positieve bijdrage. We weten ook wel dat het Riziv een grote moloch is. Maar wanneer men in de zin van het boek van Robert Vandeputte, getiteld "Een machteloos minister", verklaart dat de bevoegde federale ministers min of meer impotent zijn in deze problematiek, lijkt me dit moeilijk te verkopen aan de betrokken groepen. Ik vraag dus dat de Vlaamse regering een poging zou doen om te overleggen met de federale regering en te vragen hoe ver dat onderzoek staat en welke de resultaten ervan zijn.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Als u vindt dat ik dat moet doen, dan zal ik dat zeker doen. Ik heb het document over het ziekenhuisconcept in een constructieve geest overgemaakt aan de beide federale ministers en ook aan vele anderen, op hetzelfde ogenblik dat ik het ook aan het Vlaams Parlement verstrekke. Dat was in de maand juni of juli. Ik heb het document onmiddellijk overgemaakt nadat het door de regering werd goedgekeurd.

Het document heeft men ook vertaald in het Frans, wat bewijst dat het een boeiend document is.

Volgens mij kunnen we op deze manier bijdragen aan deze problematiek. In het concept hebben we ons toegespitst op wat al werd besproken bij vele werkgroepen in het RIZIV. Als het Vlaams Parlement mij dit vraagt, zal ik nogmaals een schrijven

richten aan de federale minister. Maar ik heb dit al vaak gedaan, mijnheer De Groot.

De heer Etienne De Groot : Mevrouw de minister, ik heb daar ook naar verwezen. Ik heb ook naar Willem De Zwijger verwezen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Om te kunnen slagen, moeten we doorzetten.

De heer Etienne De Groot : Natuurlijk, enig optimisme is me ook niet vreemd.

Mevrouw de voorzitter, ik zal een met redenen omklede motie indienen waarin wordt aangedrongen op overleg. De federale regering moet immers weten dat dit zeer belangrijk is voor de Vlaamse Gemeenschap.

Met redenen omklede motie

De voorzitter : Door de heer De Groot 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.

Interpellatie van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de convenants die met de centra voor geestelijke gezondheidszorg werden afgesloten in het kader van het Vlaams actieplan voor preventie en hulpverlening met betrekking tot kindermishandeling en kinderrechten

Interpellatie van mevrouw Ria Van Den Heuvel tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de implementatie van het Vlaams actieplan voor preventie en hulpverlening met betrekking tot kindermishandeling en kinderrechten

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 convenants die met de centra voor geeste-

Voorzitter

lijke gezondheidszorg werden afgesloten in het kader van het Vlaams actieplan voor preventie en hulpverlening met betrekking tot kindermishandeling en kinderrechten en van mevrouw Van Den Heuvel tot minister Demeester-De Meyer, over de implementatie van het Vlaams actieplan voor preventie en hulpverlening met betrekking tot kindermishandeling en kinderrechten.

Voor ik het woord geef aan de twee interpellanten wil ik een korte toelichting geven bij deze interpellaties. Tijdens het voorbije jaar heeft het Vlaams Parlement heel wat werk geleverd in verband met het probleem van kindermishandeling. We hebben geprobeerd om maatregelen te nemen die het welzijn en de gezondheid van kinderen bevorderen. Kinderen hebben immers ook rechten.

Deze commissie heeft in een resolutie aan de Vlaamse regering om een Vlaams actieplan gevraagd. Dit actieplan hebben we uitvoerig besproken. Ter afronding van het eerste actieplan hebben we een tweede resolutie ingediend. In deze tweede resolutie hebben we de Vlaamse regering gevraagd een bijgestuurd actieplan voor te bereiden. Hiervoor hebben we een bepaalde termijn vastgesteld, die de Vlaamse ministers moet toelaten om samen een coherent aangepast actieplan voor te bereiden dat de basis kan vormen van een grondige bespreking in het parlement.

Strikt genomen zou men kunnen stellen dat we in die periode de Vlaamse regeringsleden niet vragen om toelichting te geven bij de stand van zaken van dat actieplan. Toch heb ik het opportuun geacht om deze twee interpellaties nu al te agenderen. Het zijn immers specifieke vragen over een specifiek aspect – namelijk de convenants – van deze problematiek.

Het is ook mogelijk om een ruimer debat te voeren. Het lijkt me echter verstandiger om hiermee te wachten tot de regering volledig klaar is met haar nieuwe actieplan. Dit zal niet meer zo lang duren.

Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de voorzitter, ik ben het volledig met u eens. Ik wou mijn interpellatie trouwens met exact dezelfde opmerking beginnen. Het is absoluut niet mijn bedoeling om het volledige actieplan nu al op de korrel te nemen. Ik heb wel enkele bedenkingen bij het verplicht snelle afsluiten van de convenants met de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Hierdoor

dreigt men een onduidelijke situatie te creëren waar verschillende interpretaties mogelijk zijn. Met mijn interpellatie hoop ik het Vlaams actieplan in een iets meer coherente richting te sturen.

Ik zal slechts één passage uit het Vlaams actieplan citeren. Op bladzijde 12 lezen we dat de kinderequipes binnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg een volwaardige uitbouw dienen te krijgen. "Daarnaast zal bijkomend gespecialiseerd personeel moeten worden ingezet om het samenwerkingsakkoord met de federale regering aangaande hulpverlening aan seksuele delinquenten volwaardig te kunnen uitvoeren."

Mevrouw de minister, het gaat hier om twee specifieke onderdelen : de kinderequipes en het gespecialiseerd personeel voor de hulpverlening aan seksuele delinquenten. Het zijn precies deze onderdelen die in de convenants aan bod komen. Mevrouw de minister, waarom moet dit zo snel gebeuren ? De deskundigen die tot nu toe het meest betrokken waren bij kindermishandeling, zijn de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling. Nu worden ze ineens geconfronteerd met snel afgesloten convenants binnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Er is nochtans geen enkele kwaliteitsgarantie. In de convenants staan er wel enkele kwantitatieve indicatoren : hoeveel verwijzingen zijn er geweest en hoe snel wordt er verwezen. Maar er is geen enkele garantie voor de kwaliteit van de hulpverlening. Dit is de aanleiding tot deze interpellatie, en ik dank de voorzitter voor de agendering ervan.

Het ministerie van Justitie heeft in deze materie geen standpunt ingenomen. Toch hebt u, mevrouw de minister, de centra verplicht de convenants vóór 15 september te ondertekenen. Dit is gebeurd in een sfeer van grote afstandelijkheid tussen de meeste centra voor geestelijke gezondheidszorg en de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling. Het tempo waaraan dit gebeurde, doet op zijn minst vragen rijzen. Waarom moest het allemaal zo vlug gaan ?

Het voornaamste criterium is de kennis van de aard van de behandeling bij kindermishandeling, zeker bij binnenshuis geweld. Dit laatste hoofdstukje werd echter helemaal niet opgenomen. Wat moet er met de seksuele delinquenten gebeuren als de vraag niet vanuit Justitie komt ? Dat is zeker en vast de uitdaging voor de komende jaren.

De therapieën worden volgens een economisch principe toegewezen aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Men zal moeten aantonen hoe-

Avontroodt

veel meldingen men overneemt en niet wat men ermee doet. Wie zal de kwaliteitscontrole uitvoeren, als er al één komt ?

De centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling vragen zich af welke garantie zij krijgen indien de patiëntjes of daders worden doorverwezen. Ten eerste is er het mistig terrein waarin ze nu terecht komen. Kunnen deze mensen in hetzelfde centrum terecht komen ? Welke garanties hebben ze op een degelijke hulpverlening ?

Er wordt gesproken over opleidingen of stages over kindermishandeling voor de kinderequipes in de centra voor hulpverlening. Nu reeds worden convenants afgesloten, zonder dat er garanties in zijn opgenomen. Er worden inderdaad vragen gesteld over de samenwerkingsprotocollen die men in een tweede fase moet opstellen met andere hulpverleningscentra. De middelen worden nu reeds toegekend aan een netwerk, zonder dat er kwaliteitsnormen zijn voor dat netwerk of die kinderequipes.

Daarnaast kan men een aantal kanttekeningen maken bij het convenantstelsel. Zijn er waarborgen voor het niet-uitsluiten van netwerken van voorzieningen binnen het terrein ? Moet er niet in externe arbitrage- of beroepsprocedures worden voorzien als er zich moeilijkheden voordoen bij de vorming van een netwerk of de uitvoering van een convenant ? Wordt het initiatiefrecht voor een netwerk voorbehouden aan de voorzieningen of is er een mogelijkheid tot openbare of privé-initiatieven als de sector er zelf niet in slaagt een netwerk te vormen ? Het is immers de bedoeling dat voor elk territorium een convenant wordt afgesloten.

De netwerken zouden een centrale rol krijgen in verband met kindermishandeling. De draagwijdte van samenwerkingsverbanden wordt hierdoor toch heel wat uitgebreider, vermits het netwerk impact moet hebben op de hulpverlening die door andere voorzieningen wordt verstrekt. Hiermee komen we weer bij de situatie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. U situeert deze centra op de tweede lijn, terwijl men zich kan afvragen of ze niet eerder op de derde lijn moeten functioneren. De centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling omvatten daarentegen de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Hierdoor wordt er toch enige garantie voor een degelijke opvang en een sluitende therapie bij kindermishandeling geboden.

Welke zekerheid hebben de centra voor hulpverlening bij kindermishandeling over de kwaliteit van de hulp van de centra voor geestelijke gezondheidszorg ? Was het in het kader van een geïntegreerd actieplan niet wenselijk dat de centra bij de convenants werden betrokken ? Welke gevolgen heeft de snelle procedure van deze convenants voor de kwaliteit van de verstrekte hulp ? Beschikken de centra over voldoende knowhow voor deze taak ? Welke garanties hebt u daaromtrent ingebouwd toen de convenants zo snel werden afgesloten ? Bestaat er tussen de centra een uniforme visie op de behandeling van kindermishandeling ? Ik vernam dat er in dit opzicht in de praktijk geen enkele uniformiteit is. Er bestaan op zijn minst gezegd zeer verschillende visies.

Blijven de erkenningsnormen voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg onveranderd, ondanks de nieuwe opdrachten die ze via de convenants krijgen ? Hoe wordt de deontologie gewaarborgd indien men in een centrum zowel slachtoffers als daders behandelt ? Hoe zit het met de wachtlijsten ? U beschouwt de wachttijd als een mogelijke indicator. Maar zal er wel degelijk voorrang worden verleend aan de aanvragen van de centra voor hulpverlening bij kindermishandeling ?

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, voor ik mijn concrete punten naar voren breng wil ik nog eens benadrukken dat ik het tweede Vlaams actieplan zeker nu niet wil evalueren. Aan deze evaluatie moeten we samen voldoende tijd en aandacht besteden. Toch vind ik de genomen maatregel belangrijk genoeg om hem nu ter sprake te brengen, omdat er correcties, wijzigingen of aanvullingen nodig zijn. Ik verklaar me nader.

In het kader van het Vlaams actieplan verwacht u als bevoegd minister van de centra voor geestelijke gezondheidszorg dat ze instaan voor de psychotherapeutische behandeling van kinderen die lijden aan ernstige psychische problemen. Trauma's ten gevolge van kindermishandeling zijn daarin een belangrijke categorie. Uit uw omzendbrief van 28 juli 1997 aan de inrichtende machten en directies van de centra voor geestelijke gezondheidszorg halen we de volgende richtlijnen – en ik citeer : 'Voor de realisatie van deze opdracht worden de centra uitgenodigd om per bestuurlijk arrondissement een netwerk te vormen. Dit betekent dat per regio alle centra met elkaar overleg plegen over de concrete invulling van de opdracht.' U weet ook

Van den Heuvel

dat overleg moet resulteren in een beleidsplan en dat er dan een convenant kan worden afgesloten.

Mevrouw de minister, ik wil het eerst hebben over de procedure die is gevolgd. De omzendbrief is op 28 juli 1997, in volle vakantieperiode, aangekomen. U was toen nog niet met vakantie, maar veel mensen waren dat wel. Er werd verwacht dat men voor 15 september bij de administratie Gezondheidszorg een beleidsplan zou indienen. Ik heb het even nagekeken : de mensen hadden een kleine zeven weken tijd om overleg te plegen, een netwerk uit te bouwen en een beleidsplan uit te werken. Op zich is dat al bijzonder kort. Het was bovendien een verlofperiode. Veel mensen waren niet aanwezig. Er was enkel voorzien in de noodzakelijke permanentie.

Ik kan me niet indenken dat u dit zelf een voldoende lange periode of een goede werkwijze vindt. Ik sluit mij aan bij mevrouw Avontroodt : deze korte tijdsperiode in die periode lijkt mij een voldoende reden om te twifelen aan de mogelijkheid om kwaliteit te leveren bij het opstellen van de beleidsplannen.

Ook mijn tweede punt werd al door mevrouw Avontroodt aangehaald. Het gaat over de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling. Uit de omzendbrief die ik heb kunnen inzien blijkt nergens dat u aanraadt of wenselijk vindt dat deze centra in het overleg worden betrokken. Om tot een efficiënte en effectieve hulpverlening te komen – dat zijn toch uw slagwoorden – had een overleg met de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling op een of andere manier moeten worden ingebouwd. Ik weet dat zowel de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling als de centra voor geestelijke gezondheidszorg een specifieke opdracht hebben in deze problematiek. Toch lijkt het mij absoluut noodzakelijk dat de visies en werkwijzen van beide werksoorten op elkaar worden afgestemd. Ze moeten aan elkaar problemen doorgeven, ze zullen ook een aantal patiënten of hulpvragers moeten doorverwijzen, enzovoort.

Het is niet aangewezen dat beide centra er een andere visie op na houden. Hier zou een horizontaal beleid tussen de twee ministers moeten worden uitgewerkt, maar blijkbaar is dat moeilijk. Er is immers nergens overleg georganiseerd noch werd aangehaald dat zulks wenselijk zou zijn.

Ten derde wil ik de vraag voorleggen of de centra voor geestelijke gezondheidszorg voldoende zijn uitgerust om deze opdracht naar behoren uit te voeren. Ook mevrouw Van Cleuvenbergen heeft over deze problematiek schriftelijke vragen gesteld. Uit het antwoord op één van haar vragen blijkt dat het inderdaad niet de bedoeling is dat alle centra worden ingeschakeld in de opdracht inzake kindermishandeling. In een aantal gevallen beschikken de bestaande equipes in de centra voor geestelijke gezondheidszorg niet over een uitgebouwd kinderteam. Ik geef enkele voorbeelden van bestuurlijke arrondissementen waar er geen specifiek personeel is voor de hulpverlening aan kinderen en jeugdigen : Turnhout, Oudenaarde, Tielt en Diksmuide. Toch wordt in uw optiek verondersteld dat ook de centra in die arrondissementen zich toeleggen op het ontwikkelen van een beleidsplan en overgaan tot het opstellen van een convenant. Bovendien moeten deze centra niet overleggen met de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling. Ik heb ernstige vragen of centra voor geestelijke gezondheidszorg voldoende zijn uitgerust om deze opdracht te vervullen.

Het is de bedoeling dat de 79 miljoen frank aan nieuwe middelen efficiënt wordt ingezet. Ik durf vragen of niet een groot gedeelte van het beschikbare budget zal opgaan aan administratie, overleg en registratie binnen het op te richten netwerk. Ik hoop dat de minister mij van het tegendeel kan overtuigen. Mevrouw de minister, bent u ervan overtuigd dat voor de directe hulpverlening voldoende middelen kunnen worden ingezet ?

Ten slotte heb ik vragen over de duurtijd en het principe van de convenants. Ik ga ervan uit – ik heb het niet precies kunnen achterhalen – dat de duurtijd ervan drie jaar is. Als dat zo is, zal in de centra voor geestelijke gezondheidszorg vermoedelijk worden gewerkt met contracten van bepaalde duur. Men zal waarschijnlijk veeleer jonge en dus minder ervaren mensen tewerkstellen.

Ik ben er absoluut voorstander van om deze mensen kansen te geven, maar bij deze problematiek is ervaring echt noodzakelijk. Als die mensen uiteindelijk gevormd zullen zijn door de praktijk, dan bestaat de kans dat hun contract is afgelopen. Of hebt u de bedoeling om die convenants systematisch te verlengen ? Uit contacten met de sector maak ik op dat men hier nog geen duidelijk zicht op heeft. Bieden het principe van een convenant met een duurtijd van drie jaar en de daarmee gepaard gaande contracten van een bepaalde duur, voldoende garanties voor kwalitatief werk ?

Van den Heuvel

Het is belangrijk dat er nog wordt overlegd met de sector. Misschien is dit al gebeurd, maar ik heb de indruk dat onvoldoende is doorgedrongen wat de juridische onderbouw is van een convenant. Er blijven nog heel wat vragen te bestaan over het afdwingbaar zijn van de afspraken in een convenant. Zo wordt er concreet gevraagd of er garanties zijn dat de beloofde middelen die in de convenant zijn opgenomen, ook worden uitgekeerd. Ik twijfel niet aan uw goede bedoelingen, mevrouw de minister, maar de sector zit nog met verschillende vragen. Ik vraag om hierover duidelijker te communiceren.

Mijn concrete vragen sluiten gedeeltelijk aan bij die van mevrouw Avontroodt. Ik ben blij met de grotere aandacht en inzet van de Vlaamse regering voor hulpverlening aan kinderen en jongeren bij kindermishandeling. Toch denk ik dat nog bijstellingen nodig zijn.

Het beleidsplan moest binnen een bepaalde periode worden ingediend. Hoeveel beleidsplannen werden tijdig ingediend? Waren er laattijdige? In uw omzendbrief staat immers duidelijk dat laattijdig ingediende beleidsplannen niet worden behandeld. Werden in alle bestuurlijke arrondissementen netwerken uitgebouwd en beleidsplannen opgesteld?

Hoe kunt u de broodnodige samenwerking garanderen tussen centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling en centra voor geestelijke gezondheidszorg? Zullen ze hun visie op elkaar afstellen?

Moeten de arrondissementen waar nu geen personeel is dat specifiek instaat voor die hulpverlening, niet eerst bijkomend personeel krijgen? Dan kunnen ze daaraan werken vooraleer over te gaan tot de uitvoering van de beleidsplannen.

Kunnen contracten van beperkte duur een kwalitatieve werking garanderen?

De voorzitter : De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in een antwoord op een schriftelijke vraag over de omkadering van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, vermeldt u het aantal psychiaters. Ik ken het cijfer niet van buiten, maar ik keek op van het geringe aantal psychiaters dat in de centra werkt. In een antwoord op een andere schriftelijke vraag over het aantal kinderspsychiaters, zegt u dat er een tekort is aan kin-

derspsychiaters. Dat komt gedeeltelijk omdat vele psychiaters naar Nederland uitwijken. Kunnen we hier niets aan doen? Betalen we hen niet genoeg? Verdienen ze meer in Nederland?

De voorzitter : Mevrouw Lindekens heeft het woord.

Mevrouw Kathy Lindekens : Mevrouw de minister, ik sluit me aan bij deze interpellatie. Tijdens de bespreking van het Vlaams actieplan heb ik trouwens al kritiek geuit op die absolute keuze om de behandeling van kindermishandeling toe te wijzen aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Tot op heden waren die eigenlijk geen belangrijke partner. Ik klaagde daarom dat gebrek aan specifieke, kindgerichte knowhow aan. Ik meen ook begrepen te hebben dat die centra niet eens vragende partij waren, alhoewel iedereen misschien wel altijd ergens vragende partij is. Ik vind het ook vrij vreemd dat er geen duidelijk overleg is geweest met de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling.

Concreet had ik u willen vragen welke visie op kindermishandeling aan de basis ligt van de convenants. Komt die visie overeen met de visie die we kennen van de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling?

Een aantal nieuwe personeelsleden zullen voor de therapie bij kindermishandeling de bestaande equipes versterken. Mevrouw de minister, kunt u garanderen dat niet een deel van hen in het algemene beleid van de centra zullen worden ingezet, dus voor de uitvoering van andere taken? Hoe duidelijk is dit alles afgebakend?

Mijn laatste vraag heeft betrekking op twee teksten die werden opgesteld naar aanleiding van overlegvergaderingen tussen de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling en Kind en Gezin. Het gaat ten eerste om een tekst met de algemene visie op kindermishandeling die ter discussie voorligt, en ten tweede om een korte nota waarin het samenwerkingsverband met de nieuwe equipes van de centra voor geestelijke gezondheidszorg wordt beschreven. In die tweede tekst heeft men het bijvoorbeeld over de doorverwijzing binnen een redelijke termijn van veertien dagen, de gezamenlijke aanpak van de zaak of over niet-gemotiveerde gezinssystemen, die wel eens voor problemen kunnen zorgen. Zowel uw ministerie als dat van minister Martens moeten deze beleidsnota's onderschrijven of daar op zijn minst een verklaring over uitgeven. Er moet immers op basis van

Lindekens

een gemeenschappelijke visie een aanpak van kindermishandeling worden uitgebouwd.

In ieder geval beschouwen de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling deze teksten als een belangrijke stap in de richting van een goede samenwerking. Kunt u mij zeggen of die nota's op de beide ministeries werden besproken ? Zo ja, bent u daaromtrent tot een gemeenschappelijke visie gekomen ? Aan de grondslag van een verandering is zo een visie immers levensnoodzakelijk.

De voorzitter : Mevrouw Becq heeft het woord.

Mevrouw Sonja Becq : Mevrouw de voorzitter, er moet een netwerkvorming in de regio's komen. Niet iedereen kent immers de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling, ook de scholen niet. Een andere partner in dit geheel zijn met name de comités voor bijzondere jeugdzorg, maar ze worden vaak vergeten. Netwerkvorming kan op dat vlak een belangrijke impuls opleveren.

Algemeen is het voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg even belangrijk dat de kinderequipes die men zal uitbouwen, ook andere zaken kunnen behandelen. Zonder dat ik het belang van hulpverlening bij kindermishandeling zou miskennen of onderschatten, stoort het me een beetje dat niet met dezelfde aandacht wordt nagegaan of deze mogelijkheden beschikbaar zijn voor de andere vragen naar hulpverlening.

Eigenlijk worden de centra voor geestelijke gezondheidszorg via deze convenants met zachte dwang uitgenodigd om samen te werken binnen één regio. Ze moeten samenwerken, afspraken maken, een coördinator aanduiden en een beleidsplan opstellen in functie van deze kindermishandeling. Wil men dit systeem ook hanteren bij bijvoorbeeld het drugbeleid ? Ook daarbij zou men dus convenants en een samenwerking kunnen opleggen, eventueel in het kader van andere thema's die bij de geestelijke gezondheidszorg sterk worden beklemtoond. Is dat de bedoeling ? Gaat u dan niet naar een samenwerking op het terrein tussen centra die soms anders georiënteerd zijn ? Zullen zo geen verschillende systemen naast elkaar komen te staan ?

Nog een bijkomende vraag : komen de regio's die nu worden afgebakend door de centra voor geestelijke gezondheidszorg, overeen met wat andere welzijnsdiensten als regio's aanzien ? Ik denk hierbij onder meer aan de regio's van de centra voor

algemeen welzijnswerk. Als die regio's niet overeenkomen kan dat tot moeilijkheden leiden. Een centrum voor welzijnswerk moet bijvoorbeeld contact opnemen met een centrum voor geestelijke gezondheidszorg en met andere diensten binnen een bepaalde regio X, maar als het centrum op een grens van verschillende regio's ligt, moet het ook binnen een regio Y werken. Daarom moet men over de grenzen van sectoren en departementen kijken om zo dezelfde regio's af te bakenen.

De voorzitter : Mevrouw de minister, u weet dat ik dit onderwerp heel nauwgezet wil volgen in het kader van het Vlaams actieplan. Conform onze afspraak zullen wij het hier niet over het Vlaams actieplan hebben, maar wel over de convenants en de omzendbrief. Het zou nuttig zijn als u in uw antwoord degenen die de omzendbrief niet hebben gezien of gelezen, eerst iets over de inhoud daarvan zou vertellen.

Wat is de context van die brief en welk scenario volgen we ? Bevinden we ons in het schouwspel – ik gebruik dit woord positief – van het Vlaams actieplan en de nasleep van de affaire-Dutroux of volgen we het scenario van de geestelijke gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid ? Over de geestelijke gezondheidszorg bestaat een advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Daarin wordt heel uitdrukkelijk gesteld dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg verschillende doelgroepen bestaan. Zo zijn er de kinderen en adolescenten waarover we het reeds hadden, maar ook de ouderen. Er wordt melding gemaakt van toxicomanie- en verslavingszorg, van forensische psychiatrie, van de doelgroep van de mentaal gehandicapten en van volwassenen met psychische stoornissen van kortstondige aard en psychische stoornissen van lange duur of met recidiverend karakter. De raad bepaalt dus doelgroepen en stelt dat er voor elk van de groepen een netwerk van geestelijke gezondheidsvoorzieningen moet worden gecreëerd. Gebeurt dit op dezelfde wijze als voor andere doelgroepen ?

Mevrouw de minister, in navolging van andere regeringsleden werkt u met convenants. De Vlaamse overheid wil steeds meer op die manier sturen, zowel op inhoudelijk als op organisatorisch vlak. Wat is de waarde van de convenants ? Worden convenants gestuurd door een kleine financiële toemaat ? Is het de bedoeling om via convenants de reglementering, de normering en de erkeningsnormen te wijzigen ? Wordt de Vlaamse Gezondheidsraad geraadpleegd bij het ontwerpen van de convenants ? We hebben immers een Vlaamse Gezondheidsraad opgericht en samengesteld. Er werd in

Voorzitter

een verplicht advies van de raad voorzien bij het bepalen van de reglementering, de uitvoeringsbepalingen en de voorstellen en ontwerpen van decreet. Gebeurt dit ook bij het bepalen van convenants in het algemeen en werd er concreet over deze convenants advies ingewonnen ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ja, mevrouw de voorzitter, dat advies bestaat.

De voorzitter : Mevrouw de minister, wat is dan de teneur van het advies en heeft het enige invloed gehad op uw omzendbrief en op de inhoud van de voorgestelde convenants ?

Verschillende collega's hebben reeds vragen gesteld over de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling. In het Vlaams actieplan werden uitdrukkelijk bepalingen over deze centra opgenomen. De in dit verband nodige appreciatie, invulling en overleg moeten in een ruimere bespreking aan bod komen. Daarover moeten we het vandaag niet hebben. Ik heb mijn vragen dan ook beperkt tot de wijze waarop de centra voor geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen worden geherstructureerd. U stuurt dit zelf en vraagt om een enigszins dwangmatig optreden. In hoeverre werd alles al definitief bepaald en zal er geen soepelheid meer mogelijk zijn nadat de regio's stringent werden vastgelegd ? Zou het kunnen dat er op het veld zo een hergroepering is gebeurd, waardoor de regio's helemaal niet meer zullen overeenstemmen met de noden van andere diensten zoals de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling, de centra voor algemeen welzijnswerk en de comités voor bijzondere jeugdzorg ?

Daarom hoop ik dat er nadien zeker nog mogelijkheden zullen zijn in functie van de noden, die ertoe hebben geleid om het Vlaams actieplan te vragen. Ik heb het dan niet zozeer over de voorzieningen, want die moeten niet het uitgangspunt van het beleid zijn : de belangen van de doelgroepen en de patiënten moeten sturend zijn voor het beleid.

Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik dank allen die geïnterpelleerd hebben, omdat dit me de gelegenheid geeft de dingen in een juist kader te plaatsen.

Ik wil beginnen met de problematiek van de kindermishandeling, die ons allen bekommert. Vandaag las ik in een krant dat men er in Nederland

van uitgaat dat één op vijf gezinnen te maken heeft met kinder- of vrouwenmishandeling. Als ik dat lees, dan denk ik dat we niet één jaar, maar wel tien jaar te laat komen om iets aan deze problematiek te doen. Vorige zomer zijn we allemaal opgeschrokken door de affaire-Dutroux en werden we plots met onze neus op de realiteit gedrukt. De bevolking heeft de overheid gevraagd om een oplossing voor het probleem te vinden. Zo heb ik dat toch ervaren. Dit is natuurlijk gemakkelijker gezegd dan gedaan.

Als Vlaamse overheid willen we ons steentje bijdragen, al wil ik daar wel bescheiden in zijn. We hebben in middelen voorzien, maar we zijn niet staat om deze middelen op korte tijd aan te wenden. Ik begrijp zeer goed dat sommigen onder u zeggen dat het te snel gaat, maar aan de andere kant gaat het voor de bevolking veel te traag. Dat is de realiteit.

We hebben vorig jaar een plan opgesteld, en we hebben daartoe middelen vrijgemaakt in de begroting, die vanaf 1 januari 1997 ter beschikking zijn.

De voorzitter : Zijn die extra middelen niet via de begrotingscontrole vrijgemaakt ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Inderdaad, u hebt gelijk. De middelen zijn pas ter beschikking gesteld na de goedkeuring door het parlement. De begrotingsopmaak en -controle gebeuren echter in januari en ik denk dan ook in die termen. Vanaf toen was er voorzien in die 79 miljoen frank. In februari wordt de begrotingscontrole goedgekeurd en gaat dan naar het parlement. U hebt dus gelijk dat de middelen pas ter beschikking zijn vanaf 1 juli, de dag waarop ze zijn goedgekeurd, maar iedereen wist dat in de middelen was voorzien.

In februari ben ik beginnen onderhandelen met de koepels van de centra voor geestelijke gezondheidszorg over de convenants. Er zijn maar twee koepels en alle CGG's zijn minstens bij één koepel aangesloten. Er zijn zelfs CGG's die bij twee koepels zijn aangesloten. De koepels worden betaald door de overheid. Ze zijn in de letterlijke betekenis van het woord een intermediair, gefinancierd door de overheid. Het is trouwens heel efficiënt om met hen te onderhandelen. In hun vergaderingen hebben ze uitvoerig over de convenants gediscussieerd vooraleer de omzendbrief is verstuurd.

U zou perfect gelijk hebben gehad indien we op 28 juli de omzendbrief naar de CGG's hadden gestuurd met de vraag binnen de acht weken een

Demeester-De Meyer

plan klaar te hebben, zonder dat ze op voorhand van de hele materie op de hoogte waren gebracht. Dat klopt echter niet. Ik heb de onderhandelingen met de koepels zelf gevoerd. Ik heb geen enkele vergadering gemist, behalve een keer voor de helft. Ik weet dus wat er leeft.

Ik geef ook graag toe dat ik gedreven ben om nog dit jaar op te starten, en dat ik daarom heb gevraagd om alle plannen tegen 15 september binnen te brengen. Er waren CGG's die daar helemaal geen probleem mee hadden en al in augustus hun plan hadden afgewerkt. De meesten waren in juli met vakantie gegaan en werkten al weer in augustus.

Laat ons daar echter niet bij stilstaan. Over de convenants is gediscussieerd met de koepels en hun aangesloten leden, lang vóór de omzendbrief is rondgestuurd. Eigenlijk zijn die convenants samen met hen tot stand gekomen. Als de organisaties voorbereid zijn, moet een degelijk plan toch tot de mogelijkheden behoren.

Ik ben blij dat deze interpellaties vandaag plaatsvinden, anders zou u me verwijten dat ik de beschikbare middelen niet gebruik. Het was mijn grootste bekommernis om de beschikbare middelen aan te wenden. Daarom moesten alle convenants vóór 1 december worden afgesloten. Ik heb de boodschap dat ik er iets aan moet doen, goed begrepen en zal dit dan ook zo goed mogelijk proberen te doen.

Ik zal de commissie een kopie van de omzendbrief bezorgen. De omzendbrief van 28 juli gaat uitsluitend over de thematiek kindermishandeling. De andere thema's die u hebt aangehaald, worden aangeraakt in de begeleidende brief, waaruit ik een stukje voorlees.

'Ik maak van de gelegenheid gebruik om u te melden dat door het ministerie van Justitie en de Vlaamse Gemeenschap een samenwerkingsakkoord inzake de begeleiding en behandeling van seksuele delinquenten wordt voorbereid. In dit kader zal van de CGG's worden verwacht dat ze een bijdrage leveren tot de behandeling van seksuele delinquenten in uitvoering van de wet van 16 april 1995 inzake seksueel misbruik van minderjarigen. Hoewel het akkoord nog niet is afgerond, is het toch wenselijk dat de CGG-sector zich nu reeds voorbereidt op de uitvoering ervan. Daartoe dient ook de procedure van netwerkvorming gevolgd te worden, met dien verstande dat meerde-

re netwerken kunnen samengevoegd worden om per provincie de vorming in principe van twee gespecialiseerde forensische units gestalte te geven. Daarvoor zal een bedrag van 6 frank per inwoner ter beschikking worden gesteld. Om de toewijzing van deze opdrachten en middelen te realiseren, zal het noodzakelijk zijn dat de netwerkcoördinatoren per provincie met elkaar overleg plegen. Zodra de modaliteiten van het samenwerkingsakkoord bekend zijn, wordt u erover ingelicht.'

De omzendbrief ligt nu ter ondertekening voor, of hij is misschien al vertrokken. Ik wou de koepels nu al de gelegenheid geven hierover van gedachten te wisselen.

Mevrouw Becq, het is inderdaad de bedoeling om netwerken te vormen rond bepaalde thema's, maar die netwerken moeten niet allemaal gelijk zijn. Het is niet de bedoeling om netwerken van CGG's te vormen.

Mevrouw Sonja Becq : De centra zullen dus niet verplicht worden om op alle vlakken samen te werken ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Helemaal niet. Dat is ook logisch. 50 van de 84 centra waren al actief rond de problematiek van kindermishandeling. Dit valt niet plotseling uit de lucht. Er zijn al gespecialiseerde mensen en centra die op dit vlak zeer goed werk leveren. Er zijn al een zeventiental centra met een kinderequipe.

Mevrouw Van den Heuvel zei terecht dat er in een paar arrondissementen nog geen specifieke werking rond kindermishandeling bestaat. Het spreekt vanzelf dat die moet worden uitgebouwd. Daarom zullen de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling in vormingspakketten voorzien. Zij vormen als welzijnsorganisaties immers de eerste lijnszorg voor deze thematiek. De CGG's vullen de tweedelijnsopvang in. Ik geloof dat we daarmee – wellicht nog niet perfect – aan de verwachtingen van de bevolking tegemoetkomen.

Elke verandering roept een zekere weerstand op. Als men plots op een andere manier moet samenwerken rond een bepaald thema, roept dat weerstand op. Het vertrouwen in elkaar is er nog niet.

Alle achttien verwachte beleidsplannen waren op 15 september ingediend. Daarvan was een derde zeer degelijk, een derde kon mits een paar aanpassingen worden uitgevoerd en een derde diende een plan in die naam niet waardig. De regio Antwerpen

Demeester-De Meyer

behoorde tot die laatste categorie. Alle centra werden uitgenodigd om een plan uit te werken, en dat is intussen bij de meesten gelukt. Twee dagen geleden hoorde ik dat men ook in Antwerpen tot een overeenkomst is gekomen. Het heeft daar echter lang geduurd, waarschijnlijk omdat het Antwerpenaren zijn die hun eigenheid niet zomaar willen prijsgeven en omdat het inderdaad om financiële middelen gaat.

In die zin verdedig ik het convenant als een bijzonder belangrijke verandering. Tot nu toe hebben we met al deze centra via een normale financiering middelenverbintenissen. Ze krijgen middelen als ze een bepaald aantal personeelsleden aanwerven. Over hetgeen ze echter met die middelen doen, kan geen enkel akkoord worden afgesloten. We vertrouwen die mensen en over het algemeen beschamen ze dat vertrouwen ook niet.

Vandaag stellen we – en ik antwoord hier gedeeltelijk op de vraag van de voorzitter – dat de middelen worden gekoppeld aan bepaalde verwachtingen. We sluiten een convenant af voor drie jaar met de bedoeling dit te verlengen. We verwachten echter ook een aantal verbintenissen en resultaten. Dat is ook logisch. De mensen vragen dat van ons. Ze willen dat er resultaten worden geboekt op het vlak van kindermishandeling, dat er een verbetering kan worden waargenomen. Het spreekt dan voor zich dat we zeer goede mensen nodig hebben.

Dat ze in bepaalde gevallen jong zijn, mevrouw Van Den Heuvel, kan tot gevolg hebben dat er een bepaalde dynamiek op gang wordt gebracht. Als ze een vorming opzetten met de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling en als er intussen ook vorming wordt gegeven, denk ik dat dit kan groeien. Dat wil niet zeggen dat er geen permanente dynamiek moet worden ontwikkeld om dat goed te doen. Ik denk echter dat dit veel meer garanties biedt om de resultaten te bereiken die de mensen van ons verwachten dan de resultaten die de tewerkgestelden in de sector misschien van ons verwachten. We moeten een antwoord bieden op wat de mensen ons vragen. Dat proberen we door de convenants.

Mocht het mogelijk zijn om voor de CGG's over het geheel van onze zorg allemaal convenants af te sluiten, zou ik dat doen. Men kan dan op het vlak van verbintenissen en resultaten onderhandelen in plaats van zomaar over de middelen. We zouden de bevolking dan een beter antwoord geven. Het personeel dat zou worden tewerkgesteld, zou dan ook

maximaal aan die eisen voldoen. Hoe meer initiatieven ze zelf kunnen nemen – en die zijn verbonden aan een bepaald resultaat – hoe beter het ook voor hen is. Ik vind dat positief, vooral voor de maatschappij. Er zijn echter nog contracten lopende. We proberen verder te werken met de bestaande contracten en de dynamiek te laten groeien vanuit de verschillende convenants.

De voorzitter : Mevrouw Becq heeft het woord.

Mevrouw Sonja Becq : Mevrouw de minister, u hebt gelijk, zeker als men er een bepaalde resultaatverbintenis aan koppelt. Als er middelen ter beschikking worden gesteld, mag men ook verwachten dat men een meetbaar resultaat inzake de opgerichte hulpverlening krijgt. Er zijn hierover ook verschillende vragen van de hulpverleningsinstanties.

U kunt echter niet ontkennen dat we eigenlijk geen zicht hebben op wat er gebeurt. Als u convenants afsluit, gebeurt dat op een andere wijze dan via decreten, waarbij een aantal criteria zijn opgenomen, of via uitvoeringsbesluiten, die ook nog in de regering worden onderhandeld. Ik weet niet in welke mate dat bij convenants gebeurt.

De voorzitter : Het werken met convenants getuigt nogal van wat wantrouwen tegenover de vele bestaande voorzieningen. U kunt bovendien niet stellen dat de overheid geen instrumentarium heeft om inzake resultaten en het bewaken van de kwaliteit garanties te hebben. We hebben nog maar pas het decreet over de kwaliteitszorg goedgekeurd in het parlement. Moet dit nu per se nog een keer via een convenant heel specifiek worden opgelegd ? Al deze sectoren hebben een structureel tekort aan middelen. Gemeenten zullen nooit een convenant afwijzen omdat er steeds extra middelen ter beschikking worden gesteld.

In die zin wijken we af van behoorlijk decreetgevend werk en het uitzetten van behoorlijke criteria voor het beleid.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, ik vind het een heel uitdagende uitspraak wanneer u het hebt over een resultaatverbintenis voor de gezondheidszorg. Ik heb hier een voorbeeld van een convenant waarin men het heeft over 'het gebruik van prestatie-indicatoren als resultaat'. Zo belanden we opnieuw bij het voorwerp van de interpellatie : kwaliteit, en niet kwantiteit. Ik vermeld de indicatoren : het aantal verwijzingen, de responstijd, het aantal behandelingssessies, de uniforme registratiegegevens, de indiening

Avontroodt

van de planning van de samenwerkingsprotocollen en de aan vorming bestede tijd en middelen. De laatste punten maken de meting van een resultaat mogelijk, maar men kan toch geen resultaten meten aan de hand van het aantal doorverwijzigingen ?

Als mevrouw de minister beweert dat aan de gezondheidszorg een resultaatsverbintenis kan worden gekoppeld, dan verstaan we mekaar echt niet meer. Als er een sector is waar een middelenverbintenis en geen resultaatsverbintenis moet worden gehanteerd, dan is het wel de gezondheidssector.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Avontroodt, we moeten het daar eens uitgebreider over hebben. U was uitgenodigd op een studiereis in de Verenigde Staten om mee een aantal kwaliteitsmetingen te bekijken.

We hebben met onze eigen ogen gezien dat een resultaatsverbintenis in verschillende sectoren van de gezondheidszorg wel mogelijk is, al is het geen gemakkelijke opdracht. Uw bedenkingen en die van de voorzitter zijn terecht. Het gaat natuurlijk niet om een uiting van wantrouwen, noch jegens de mensen, noch jegens het parlement. Maar op een bepaald ogenblik moeten er resultaten worden bereikt.

Hoe moeten deze resultaten worden gemeten ? In het kwaliteitsdecreet werden daarvoor criteria opgenomen. Het parlement werd zeker niet buitenspel gezet. Op het ogenblik dat de kwaliteitsindicatoren – ook deze voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg – afgebakend zullen zijn, zal ik ze aan het parlement voorleggen.

Ik wil wel elke illusie over het vertrouwen van de bevolking in de politiek ontnemen. We zitten daar in hetzelfde schuitje. We bevinden ons hier allemaal in een grote ivoren toren. Als hier nu vragen konden worden gesteld door mensen uit de praktijk, zouden ze ons vragen wat we eraan konden doen, of we mishandeling konden voorkomen, of er minder wordt mishandeld. De mensen zullen ons niet vragen of het nu het parlement is of de regering die zich hiermee bezighoudt. De mensen willen resultaten zien die worden verwoord in een taal die ze begrijpen.

Het is dus echt niet de bedoeling om het parlement buitenspel te zetten, integendeel. We willen een dynamiek op gang brengen, we willen dat het snel-

ler gaat. Dankzij de meting van een aantal indicatoren zal het ook sneller kunnen gaan. Daarover zal wellicht nog moeten worden onderhandeld. Er moeten resultaten worden vastgesteld in de gezondheidszorg. Hoe vaak de mensen na een verzorging terugkeren, is bijvoorbeeld een van de meest fundamentele kwaliteitsmetingen in de gezondheidszorg. Dat weet u wellicht beter dan ik. Bepaalde criteria die in de gezondheidszorg worden gehanteerd, kunnen worden opgemeten en zij meten het behaalde resultaat.

Misschien moet dit debat opnieuw worden gevoerd, als we het bij de uitvoering van het decreet hebben over de indicatoren en thema's van de kwaliteitszorg. Aan deze bespreking moet eerst een aanloopperiode voorafgaan.

Het heeft in ieder geval geen zin te praten over kwaliteit, als we de kwaliteit niet meten. Dat geldt ook voor de gezondheidszorg. De meting gebeurt aan de hand van de patiëntensatisfactie, die onder meer wordt gemeten aan de hand van de wachttijden, het aantal keer dat men moet terugkomen en de manier waarop men wordt verzorgd. Ik vind dit alles niet uit : dit werd allemaal besproken en vloeit voort uit de enquête die door de CGG's zelf wordt geregistreerd. Sommige centra doen dat trouwens erg goed. Ik denk dat u daar allemaal een verslag van hebt gekregen, of dat u was uitgenodigd om de voorstelling ervan bij te wonen. De fundamentele vraag is hoe men de mensen kan helpen. Dat is ook mijn eerste doelstelling.

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Ik ben het er mee eens dat ook in de sector van de gezondheidszorg kwaliteit kan worden gemeten. Ik heb in mijn vorig leven zelf ervaren wat een bijzonder proces het is om in de gezondheidsorganisaties te komen tot een evenwichtige korf van meetbare indicatoren. Het is een bijzonder boeiend, leerrijk, maar ook intensief te begeleiden en langdurig proces.

Door de werkwijze die hier ter bespreking voorligt, hebben de centra echter niet de mogelijkheid gekregen om een inbreng te doen. In februari bent u onderhandelingen begonnen met de koepels, en niet met de centra zelf. Tijd, energie en vermoedelijk ook de nodige middelen moeten worden besteed om de verschillende organisaties de kans te geven aan de uitbouw van die kwaliteitscontrole mee te werken.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik ben het volledig met u eens. Ik merk wel op dat niet enkel de koepels daarbij waren betrokken : de koepels hebben met al hun leden gepraat. Ik ben een voorstander van goed vertegenwoordigende gesprekspartners. Het is onmogelijk om met de 84 centra te onderhandelen. Daarom organiseren we een overleg via de twee koepels, wetende dat alle centra minstens bij één koepel zijn aangesloten. Bovendien kunnen beide koepels het goed met elkaar vinden, en kunnen ze makkelijk samen aan tafel gaan zitten. Ze hebben dat overigens ook effectief gedaan.

Ik ben het volledig met u eens : indicatoren zullen ook moeten worden aangepast. Men zoekt op internationaal vlak naar de juiste indicatoren. De voorzieningen die reeds met een eerste set van indicatoren werken, bereiken inderdaad heel goede resultaten. We hebben een model gezien dat momenteel reeds in 1200 ziekenhuizen over de hele wereld wordt toegepast.

We hebben zo een ziekenhuis bezocht om na te gaan welke resultaten men na drie à vier jaar had bereikt en welke objectieven men vooropstelde voor de eerstkomende drie jaar. De elementen die in deze convenant voorkomen, zijn daarvoor bruikbaar. Ze kunnen echter nog worden verfijnd en verbeterd. We betalen jaarlijks 7 miljoen frank aan beide koepels voor de registratie-activiteiten. Nu zullen we trachten een model uit te werken om die registratie te verfijnen. Eventueel kunnen we het bedrag daarvoor nog een beetje optrekken. Tot op heden stelden we vast dat de registratie in de centra voor geestelijke gezondheidszorg zeer verscheiden en ongecoördineerd verliep. Als men indicatoren meet, spreekt het voor zich dat dit overal op dezelfde manier moet gebeuren.

Ik wil nog even terugkomen op uw interpellatie. Ik heb getracht uit te leggen waarom we werken met convenants. We beschikken over de nodige middelen in de begroting. U vroeg zojuist of bij convenants de middelen afdwingbaar zijn. Bij convenants zijn de middelen zelfs directer afdwingbaar dan bij subsidies. Als men een overeenkomst sluit, kunnen de middelen in kort geding worden afgedwongen. Aangezien het convenant in de begroting is opgenomen, bestaat hierover geen enkel probleem. Bij een subsidie kan dit veel langer duren.

De voorzitter : Is het niet verontrustend dat een subsidieregeling, die volgens vaste criteria gegrond is op een decreet, minder afdwingbaar is dan een

bepaling die bilateraal en contractueel in een convenant wordt vastgelegd ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik kan alleen vaststellen dat het zo is.

De voorzitter : Wanneer we als parlement niet alleen voor het particulier belang, in de zin van individueel, niet-partijdig, willen opkomen, waarbij men niet altijd de globaliteit van de sector of de inbedding in een bepaalde regio voor ogen heeft, wordt dit uiteindelijk beter afdwingbaar dan wanneer men een poging onderneemt in een algemene regeling.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik moet u ontgoochelen. Vorige week was ik stomverbaasd toen ik een interpretatie las in het rechtskundig weekblad over een fiscale maatregel, gestemd en driemaal gewijzigd bij wet. Het gaat over de wetgeving van 1989-1990. De rechtbank veroordeelt de wetgever. De rechterlijke macht plaatst zich dus boven de wetgeving. Aangezien de wetgever de wetgeving op de reconversiebesluiten driemaal op korte tijd heeft gewijzigd, wordt de overheid, in dit geval de wetgever, veroordeeld. U moet dit zeker eens lezen. Het is echter beter dat we deze debatten hier niet voeren. Daar heeft de burger trouwens niets aan.

Mijn grootste bekommernis is zo snel mogelijk een antwoord te formuleren op de vragen die het parlement me heeft gesteld. Het is niet mijn bedoeling het parlement buiten schot te plaatsen, maar u stelt me een vraag en ik beantwoord ze.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, niemand twijfelt aan uw goede bedoelingen. Maar gaat u niet twijfelen aan de goede bedoelingen van uw eventuele opvolger ? Het toetsingskader van zo een convenant heeft immers geen publiek karakter. Het is gewoon een individueel contract dat u als minister sluit met die centra.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : De regering sluit een convenant af. In de Vlaamse regering bestaat geen minister.

Mevrouw Yolande Avontroodt : U keurt als minister toch het beleidsplan goed.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : U hebt gestemd over de middelen in de begroting, dat doet u trouwens elk jaar. Men moet iets kunnen opbouwen, men moet metingen kunnen uitvoeren. In die zin zou ik het zelfs eerlijker vinden om de convenants voor een periode van vijf jaar af te sluiten.

Demeester-De Meyer

Dit vond ik echter een beetje te vergaand omdat men op die manier een volgend parlement bindt. Dit convenant loopt over de periode 1997-1998-1999. In 1999 krijgt het parlement de gelegenheid om de begroting voor het jaar 2000 op dezelfde manier in te vullen.

Ik probeer zo correct mogelijk te handelen tegenover diegene waarmee we een convenant afsluiten. We kunnen een volgend parlement wel voor één jaar binden, maar we moeten het toch de mogelijkheid geven om deze discussie te voeren. Ik hoop dat een volgend parlement deze middelen minstens zal behouden of zelfs optrekken indien noodzakelijk. Ik heb de gulden middenweg gezocht : hoelang zijn we als regering en u als parlement verantwoordelijk voor de middelen ? We kunnen dit doen voor één jaar en ik denk dat we dan correct handelen ten opzichte van het volgende parlement.

Alle bestuurlijke arrondissementen hebben hieraan deelgenomen. De convenants worden met hen afgesloten. In de vier arrondissementen die u hebt opgesomd, en waar nog geen echte kinderverwerking is, worden ze uitgebouwd. Er is ook permanent overleg. Vanmiddag vindt er bijvoorbeeld overleg plaats tussen mijn medewerkers en die van minister Martens. Bedoeling is de CGG's en de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling op elkaar af te stemmen. De organisaties zelf zullen aan dat overleg deelnemen. In 1994 heeft er gedurende maanden overleg plaats gehad tussen de verschillende werkingsdomeinen. Op dat ogenblik kon men moeilijk tot overeenstemming komen, omdat ieder zijn domein een beetje afbakende.

Ik ben dan ook blij dat in het plan zelf wordt bepaald dat de centra voor geestelijke gezondheidszorg binnen afgebakende regio's netwerken moeten vormen. Ze moeten ook samenwerkingsprotocollen afsluiten met andere relevante partners, zoals de psychiatrische diensten in de gewone ziekenhuizen, de psychiatrie, de psychiatrische ziekenhuizen voor kinderen en jongeren, de PMS-centra en de huisartsen. Er moeten dus eerst netwerken worden gevormd rond een bepaald thema. Vervolgens moeten ze samenwerkingsprotocollen afsluiten. Volgens mij zal dit de kwaliteit van de zorg bevorderen.

Mijnheer Strackx, u vroeg naar de omkadering van de psychiatrie. Ik ben van plan in 1998 een conceptnota over psychiatrische zorgverlening op te stellen. We hebben eerder voor de ziekenhuizen zo een nota opgesteld. Op die manier ontstaat er een continuüm. Op dit ogenblik zorgt de te grote schei-

ding tussen de centra voor geestelijke gezondheidszorg enerzijds en de psychiatrische afdelingen, het beschut wonen en de psychiatrische ziekenhuizen anderzijds, nog voor veel problemen. Als er een groter continuüm is, kan de psychiatrische zorgverlening bijvoorbeeld door de psychiatrie aan de ambulante zorg ter beschikking worden gesteld. De geschetste problemen en het tekort aan psychiatrische zorgverlening in de centra voor geestelijke gezondheidszorg zouden zo gedeeltelijk worden opgelost.

Ik weet niet waarom men naar Nederland gaat. Vaak volgt men er een opleiding en keert men vervolgens terug. Andere oorzaken zijn misschien het tekort aan psychiaters, vooral aan kinderpsychiaters, de hogere lonen en de verschillende cultuur.

We zijn nog steeds van oordeel dat centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling in eerste instantie als eerstelijnszorg moeten functioneren. De centra voor geestelijke gezondheidszorg moeten daarentegen voor de tweedelijnszorg instaan.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, u hebt niet geantwoord op de vraag hoe u de deontologische waarborgen voor de behandeling van daders en slachtoffers inbouwt, bijvoorbeeld als die behandeling binnen hetzelfde centrum plaatsvindt. Er moeten garanties komen voor de doorverwijzing. U stelt uitdrukkelijk dat de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling enkel eerstelijnszorg aanbieden. De mensen hebben daar altijd gewerkt in een uitgeklaarde situatie en met zekerheid over de doorverwijzing. Nu komt daar een hypotheek op.

Mijn tweede vraag sluit daarbij aan en gaat over de vrije keuze. Indien het aantal verwijzingen en het aantal behandelingen van kindermishandeling tot de indicatoren worden gerekend, wordt de vrije keuze ondermijnd. In verband met de eerstelijnszorg is het bijvoorbeeld goed mogelijk dat de huis- of schoolarts de beste keuze is voor een eerste behandeling. Er dreigt een ernstige accentverschuiving indien de convenants rekening houden met het aantal behandelingen, én na het overleg tussen uw kabinet en dat van minister Martens wordt bepaald dat extra middelen afhankelijk worden van het aantal doorverwijzingen. Volgens mij beschikt het personeel van de centra voor geestelijke gezondheidszorg over veel knowhow, maar is het niet noodzakelijk de preferentiële partner. De vrije keuze op het eerste niveau moet in elk geval worden gewaarborgd.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Avontroodt, ik weet niet of er voor de bestaande voorzieningen zoals de CLG's, de CMW's en de polyvalente centra een deontologische code voor doorverwijzing bestaat. Ik ga ervan uit dat de deontologische code eigenlijk door de voorzieningen zelf moet worden gevolgd. Ik denk niet dat er controle mogelijk is. Ik zie niet in hoe we dat moeten doen.

Als we het hebben over het meten van een aantal indicatoren, zal de samenhang van al deze indicatoren bepalen of men bepaalde resultaten bereikt. Als wordt vastgesteld dat men, bijvoorbeeld als netwerk, geen behandeling aanbiedt voor kindermishandeling, dan dient men daarvoor in de toekomst toch niet meer te worden betaald? Iemand vroeg me hoe ik zou controleren of deze voor kindermishandeling bestemde middelen niet voor andere doeleinden zullen worden gebruikt. Dit kan ik controleren aan de hand van deze indicatoren: als er middelen worden uitgetrokken die specifiek voor kindermishandeling moeten worden aangewend, dan kan men die niet gebruiken voor andere zaken. Het is niet de bedoeling dat men het geld gebruikt voor andere tekorten. Het is immers de wens van het parlement en van ons allen dat er resultaten worden geboekt op het vlak van kindermishandeling.

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Ik heb een concrete vraag. In uw omzendbrief kondigt u inderdaad aan dat het initiatief inzake de begeleiding en behandeling van seksuele delinquenten in voorbereiding is. Werd over die mogelijke convenant onderhandeld met de federaties van de CGG's? Wordt deze onderhandeling momenteel gevoerd?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Over alle convenants – er zijn drie soorten – werd onderhandeld. De middelen voor de drughulpverlening zijn in convenants omgezet, die, denk ik, zelfs reeds zijn ondertekend of ter ondertekening voorliggen. Dat betekent in elk geval dat ze binnen de administratie in de voorbereidingsfase zitten. Naast de drughulpverlening is er de kindermishandeling en zijn er de seksuele delinquenten. Verder willen we ook nog trachten een plan inzake zelfmoordpreventie op te stellen.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Een derde van de op 15 september ingediende plannen werd niet goed genoeg bevonden. Deze plannen moesten worden herwerkt, zoals u daarnet zei. Wanneer verwacht men de herwerkte plannen?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Die plannen zijn allemaal opnieuw ingediend. Tussen 15 en 30 september heeft men onmiddellijk opnieuw onderhandeld met de administratie. De moeilijkste onderhandeling was die met Antwerpen, maar wat dat betreft heb ik vernomen dat er een akkoord werd bereikt. Ik denk dat dit plan nog niet opnieuw is ingediend, maar de andere zijn er allemaal.

Het gaat hier trouwens over onderhandelingen met de administratie, niet met ons.

De voorzitter : De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de voorzitter, ik denk dat we hier wat tijd hebben verloren door een begripsverwarring. Het is vrij duidelijk dat voor de minister de term resultaatverbintenis iets helemaal anders betekent dan voor bijvoorbeeld mevrouw Avontroodt.

In de medische wereld kan een resultaatverbintenis nooit beantwoorden aan de criteria die u vooropstelde. Ik weet niet hoe dat juridisch precies in elkaar zit, maar voor een medicus zou een resultaatverbintenis eigenlijk betekenen dat de patiënt genezen is, als ik dat zo mag stellen.

De voorzitter : Juridisch is dat ook zo.

De heer Felix Strackx : Volgens mij is het al evenmin een middelenverbintenis, zoals mevrouw Avontroodt zegt, maar een prestatieverbintenis. Hierdoor ontstaat de begripsverwarring.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het is helemaal geen middelenverbintenis, het is een prestatieverbintenis. Bij een dergelijke verbintenis kan men, binnen de verbintenis, verklaren de volgende resultaten te willen bereiken. Maar ik begrijp natuurlijk goed als u zegt dat een resultaat niet is: 'Ik genees u.'

De voorzitter : Mevrouw Lindekens heeft het woord.

Mevrouw Kathy Lindekens : Mevrouw de minister, de algemene visietekst zou worden opgesteld door Kind en Gezin en de centra voor hulpverlening inzake kindermishandeling. Werd daar iets mee

Lindekens

gedaan op het niveau van de twee ministeries ? Zal dit deel uitmaken van dat overleg ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik dacht dat er was afgesproken dat we dit niet ten gronde zouden bespreken. Ik heb u geantwoord dat we op dit ogenblik overleg plegen met elkaar. Ik veronderstel dat ook deze tekst ter sprake komt.

Mevrouw Kathy Lindekens : Ik vraag dit maar omdat men eigenlijk eerst een algemene visie moet hebben alvorens men stappen zet.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : We moeten vooral zo spoedig mogelijk zichtbare resultaten bereiken. Het kan niet dat we ons nog jaren bezighouden met dit onderwerp zonder dat de mensen iets gewaarworden.

De voorzitter : Mevrouw de minister, ik had een vraag over het advies. Werd de Gezondheidsraad om advies gevraagd over de omzendbrief en de convenants ? Kunt u ons dat advies bezorgen ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Inderdaad. De Gezondheidsraad werd om advies gevraagd. Op dat ogenblik was men deze raad nog volop aan het uitbouwen. De werkgroep terzake was nog niet opgericht. Dit advies zal u worden overgemaakt. We hebben echter niet meer ten volle rekening kunnen houden met het advies, omdat de Gezondheidsraad niet snel genoeg gereageerd heeft, maar ik zal u het advies verstrekken.

Het was wel de bedoeling dat er elk jaar een volledig rapport van deze Gezondheidsraad, met alle adviezen, zou worden verstrekt. Ik wil u deze adviezen wel op elk ogenblik geven, maar misschien is het goed dat we ons houden aan wat in het decreet en tijdens de besprekingen werd afgesproken.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Interpellatie van mevrouw Sonja Becq tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de evaluatie van het Vlaams actieprogramma inzake drugs

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van mevrouw Becq tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de evaluatie van het Vlaams actieprogramma inzake drugs.

Mevrouw Becq heeft het woord.

Mevrouw Sonja Becq : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik hoorde deze morgen dat er nu een congres is over de drugproblematiek. Mijn interpellatie is dus eigenlijk perfect getimed. Het is ondertussen al enige tijd geleden dat we de discussie hebben gevoerd over de drugproblematiek, de drugpreventie en de daaraan verbonden hulpverlening. Eigenlijk werd deze discussie vooral in de federale Kamer gevoerd.

Toch blijft dit een thema dat de mensen bezighoudt. De avonden die de rijkswacht organiseert met betrekking tot drugpreventie kennen nog altijd veel succes. Steeds meer scholen – ook lagere scholen – werken aan drugpreventie. In deze hele discussie komen echter verschillende tendensen naar voren. Ook in de Kamer lijkt men niet echt tot een eenduidige stellingname te komen.

De meest recente cijfers bevestigen wat u in uw beleidsplan naar voren hebt gebracht. Vooral alcohol zorgt voor problemen, ook op jongere leeftijd. Daarnaast zorgt ook het combineren van drugs, bijvoorbeeld cannabis en XTC, voor probleemtoestanden. In het Vlaams Parlement werd een degelijke discussie gevoerd over dat actieplan. Toch is het belangrijk om na te gaan wat er in de praktijk is veranderd. Na een jaar is een evaluatie zeker nodig.

In dit verband verwijs ik naar de uitspraken van de preventiewerkers van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen (VAD). Ook zij hekelen de dubbelzinnige boodschap die uit het debat in de Kamer naar voren komt. Aan de ene kant zegt men dat drugs illegaal zijn, maar aan de andere kant zegt men dat dit geen prioriteit vormt voor het vervolgingsbeleid. Deze dubbelslachtige houding maakt het de preventiewerkers niet altijd gemakkelijk.

In een in de Kamer goedgekeurde motie werd gevraagd om een gecoördineerd drugbeleid te voeren. Ook in het Vlaams Parlement was dit een van de aandachtspunten. Deze coördinatie omvat twee aspecten : ten eerste is er de behoefte aan coördinatie op Vlaams niveau, en ten tweede moet er ook een degelijke coördinatie plaatsvinden tussen het Vlaamse en het federale niveau.

Becq

Ik meen begrepen te hebben dat er op federaal niveau een cel drugbeleid van start zou zijn gegaan. Mijn eerste vraag is dan ook of Vlaanderen hierbij betrokken wordt. Zo ja, op welke manier? Heel algemeen wil ik ook vragen wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot de aspecten die u opvolgde. Zijn er bijkomende impulsen of middelen om die preventiewerking uit te bouwen? Ik denk dan specifiek aan nieuwe doelgroepen. Zo is de Bond van Grote en Jonge Gezinnen (BGJG) van plan brieven te richten aan ouders van tieners. Vroeger hebben we ook al een discussie gevoerd over de vraag hoe we de ouders bij drugpreventie kunnen betrekken. Ik heb het meestal niet zo op televisiespots begrepen, wat niet wegneemt dat dit ook een zeer goed middel kan zijn om de mensen te bereiken. Samengevat vraag ik u dus om de evolutie tot nu toe even te evalueren.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, u hebt zeven maatregelen voorgesteld. U weet dat de eerste daarvan, de uniforme registratie, mij zeer na aan het hart ligt. Daarom wil ik de volgende vraag nog eens herhalen. Hebt u, zoals u dat toen in de commissie hebt beloofd, rekening gehouden met de volgende vier indicatoren : het aantal sterfgevallen door drugmisbruik, het aantal criminele feiten, het aantal verkeersongevallen door drugmisbruik en het aantal jonge druggebruikers? Dit waren immers de vier punten waarrond u de registratie zou opzetten.

Daarnaast hebben we toen heel duidelijk gezegd dat drugmonitoring en -screening een prioriteit moet zijn, rekening houdend met de zeer jonge leeftijd waarop druggebruik reeds is aangetoond. Is er daaromtrent, ook binnen medisch schooltoezicht (MST), al aan risicoanalyse gedacht? Het u in dat verband al een programma op gang gebracht?

Door de centra voor geestelijke gezondheidszorg werden twaalf projecten ingediend. Daarnaast zouden ook de provinciale werkgroepen werken rond een aantal topics, zoals de relatie tussen school, politie en justitie. Hebt u al een beeld van de resultaten van deze projecten? Ze behoorden immers ook tot uw aandachtspunten.

Ik wil even refereren aan het verslag van de Kamer, waarin veel aandacht gaat naar het incoherente, moeilijk beheersbare aanbod. Het zijn vooral de gemeenschappen die de troeven in handen heb-

ben. Men vraagt zich af of het beleid de vraag- of de aanbodzijde moet benadrukken. Uw bevoegdheid bevindt zich eerder aan de vraagzijde. Hoe ziet u de coördinatie met het federale drugbeleid?

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Opkikker 1997 is al lang achter de rug. Ik neem aan dat de voorbereiding op Opkikker 1998 bezig is. Is dit evenement geëvalueerd? Kunnen we over de resultaten beschikken?

De voorzitter : Mijn vraag sluit aan bij de vragen over het overleg met de federale overheid. Hebben we vanuit de Vlaamse Gemeenschap nog wensen, vragen, posities of visies over spuitenruil, binnen de context van de andere vragen?

De minister heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-Demeyer : In het antwoord op de vraag van mevrouw Becq zit tevens het antwoord op alle bijkomende vragen vervat. Het ging immers over een globale evaluatie van de diverse onderdelen van de motie die na de Drugnota werd geformuleerd.

In 1997 was er een krediet van 87,5 miljoen frank voor een concreet, gecoördineerd en geïntegreerd Vlaams drugpreventieprogramma. De VAD coördineert daarvan de uitvoering. Zij krijgen hiervoor 20 miljoen frank. Ze treden op als coördinator en hebben een ondersteunende functie bij de methodiek en kwaliteitsbewaking van alle programma's die in de verschillende sectoren worden uitgevoerd.

Jaarlijks wordt aan de VAD 6,3 miljoen frank verstrekt om te voorzien in een permanente publieksdienst, waardoor de nodige objectieve en wetenschappelijk verantwoorde duiding ten behoeve van de bevolking wordt verschaft door middel van de zogenaamde Druglijn.

Er loopt een project ten belope van 5 miljoen frank voor de uniforme registratie. Het project wil de uitwerking en implementatie bestendigen van een eenvormig registratiesysteem dat op het Belgische en Europese niveau is afgestemd. Dit gebeurt ten behoeve van en in samenspraak met alle diensten en voorzieningen binnen de intra- en extramurale gezondheidszorg die drughulpverlening organiseren. Men wil een zicht krijgen op het aantal personen – en hun kenmerken – die een beroep doen op de drughulpverlening als gevolg van problemen

Demeester-De Meyer

met alcohol, medicatie of illegale drugs. Deze gegevens moeten toelaten Vlaanderen te situeren binnen de Belgische en Europese context.

De VAD ontwikkelde in overleg met de betrokken werksoorten een gemeenschappelijke variabelenset, afgestemd op de Europese vraag en rekening houdend met de bestaande registratietradities in de drie gespecialiseerde werksoorten in drughulpverlening die wij kennen. Deze werksoorten zijn de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en de revalidatiecentra.

In 1997 is de testfase gestart met geregelde bijsturingen en opleidingen. De registratiegroep zal systematisch worden uitgebreid. Deze drie werksoorten zullen in januari 1998 daadwerkelijk van start gaan met een aangepaste registratie na de testfase. Vanaf september 1998 kunnen we dan een regelmatige evaluatie en rapportage verwachten.

Dit is misschien later dan oorspronkelijk bedoeld, want het plan bestaat al van 1996. Het plan ziet er overigens goed uit. We zullen nu voor het eerst over een degelijke registratie beschikken. Deze gegevens zullen weliswaar geen betrekking hebben op bredere bevolkingsgroepen en scholen, zoals u en ik hadden gehoopt. Het is belangrijk over een goede registratie te kunnen beschikken. Vanuit die drie of vier diensten kunnen we dan de registratie uitbreiden naar andere groepen. Over een jaar hoop ik u een eerste evaluatie en rapportage te kunnen voorleggen.

Er wordt over gewaakt dat het systeem overeenkomt met andere registratiesystemen in de volksgezondheid, met het oog op de verdere uitbouw van een geïntegreerd Vlaams informatiesysteem inzake volksgezondheid. De administratie is daar momenteel intensief mee bezig.

Het plan omvatte ook een preventiedatabank, waarvoor 2 miljoen frank was uitgetrokken. Het softwareprogramma werd ontwikkeld en werd in 1997 uitgetest. Een eerste rapportage in verband met de preventieactiviteiten per sector werd al opgemaakt. Zo hadden we een duidelijk overzicht. Er zijn plannen voor verder overleg met de participerende sectoren inzake de uitbreiding van de registratiegroep en het structureel vastleggen van het niveau van de gegevensverwerking en -doorstroming. Op basis van deze registratie zullen hiaten worden gedetecteerd, zodat een betere afstemming

van de diverse preventiewerkers met verschillende opdrachtgevers in Vlaanderen, mogelijk wordt. Op die manier kunnen we ook beter prioritaire doelgroepen of sectoren opsporen met het oog op de toekomstige beleidsvoering.

De regionale programmatie en afstemming werd begroot op 20,1 miljoen frank. De centra voor geestelijke gezondheidszorg zijn in 1996 gestart met twaalf projecten om de onderlinge afstemming en regionale programmatie inzake hulpverlening bij en preventie van illegale drugs te versterken. Sinds oktober 1997 financieren we de projecten via de convenantsformule. Het grote voordeel hiervan is dat het noodzakelijk was dat een beleidsplan tot stand kwam dat tussen meerdere partners moest worden afgesloten. In 1996 hadden we de fout gemaakt om de middelen te verdelen volgens de vraag die zich aandiende, zonder dat we over een beleidsplan beschikten. Dat hebben we nu wel.

Door deze beleidsplannen is een zeer grote onderlinge afstemming van alle betrokken sectoren van het zorg- en preventieaanbod mogelijk. Daarnaast plaatst het convenantsmodel ook na te streven resultaten in de kijker. Dat impliceert een adequater evaluatiemethode van de kwaliteit en de productiviteit.

Het vierde hoofdstuk behelst de vorming van beginnende preventiewerkers. Daarvoor was zes miljoen frank uitgetrokken. Het project heeft het vormingsaanbod van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), de Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra in de Verslaafdenzorg en het Vlaams Straathoek Overleg onderling op elkaar afgestemd. Het heeft lang geduurd voor die drie een gemeenschappelijk programma hebben voorgelegd. Maar nu worden er regelmatig nieuwe brochures verspreid met het volledig aanbod voor beginnende preventiewerkers en hulpverleners. De hulpverleners krijgen daardoor een goede vorming in preventiewerk. De drie partners wisselen deskundigen uit zodat de vorming in elk van de drie groepen kan plaatsvinden. De vormingssessies worden geëvalueerd en bijgestuurd.

Dan was er ook de vorming van deskundige intermediairen. Per prioritaire groep werd door het samenwerkingsverband VAD - Federatie Diensten Geestelijke Gezondheidszorg en de Vereniging voor Medisch-Sociale Instellingen, een actieplan opgemaakt. Op basis van de gedetecteerde noden werd een vormingsprogramma met didactisch materiaal samengesteld.

Demeester-De Meyer

In 1997 is de effectieve implementatie van de vormingsprogramma's gestart voor OCMW's, interne hulpverlening in bedrijven, algemeen welzijnswerk, huisartsen, medisch schooltoezicht en ouders. Voor deze laatste verliep dat onder meer via sociaal-culturele verenigingen. Voor de medewerkers van de centra voor geestelijke gezondheidszorg werd daarnaast methodiektraining en intervisie georganiseerd, met het oog op de implementatie van de vormingsprogramma's. In 1998 zullen de vormingsprogramma's in functie van de evaluaties verder worden bijgewerkt. Tevens zullen initiatieven worden ontwikkeld voor nieuwe doelgroepen zoals kansarmen, migranten en mensen die werken in het kader van justitie. Onderwijs en jeugdwerk zullen specifieke regionale navormingsprogramma's krijgen.

We hadden het ook over overleg, coördinatie en samenwerking op provinciaal niveau. Daarvoor werd vijftien miljoen frank voorzien, in vijf schijven van drie miljoen frank. Er werden preventieplatforms op provinciaal niveau opgericht die de opdracht kregen een driejarenplan uit te werken ter ondersteuning van de lokale en regionale activiteiten voor preventie van middelengebruik. Er werd onder meer aandacht gevraagd voor bevordering van deskundigheid en detectie van hiaten en knelpunten.

Tevens werden provinciale samenwerkingsverbanden tussen deze detectieplatforms en de provinciale overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg opgericht, met het oog op een meer geïntegreerd beleid inzake preventie en hulpverlening en op wederzijdse informatie en uitwisseling van deskundigheid. De VAD coördineert beide projecten en streeft ernaar per provincie een sociale kaart op te stellen. Daarin worden alle drughulpverlening en preventiediensten geïnventariseerd. Een gemeenschappelijke variabelenkern werd daarvoor reeds gerealiseerd.

Ten slotte werden ook de nodige middelen ter beschikking gesteld om de drugpreventie voor specifieke jongerendoelgroepen te ondersteunen. Voor drugpreventie in BuSO-scholen ontwikkelt de VZW Leefsleutel bijvoorbeeld speciaal materiaal voor het aanleren van sociale vaardigheden. Dat kost 1,65 miljoen frank. De landelijke jeugddienst In Petto werkt een project uit om jongeren te bereiken in hun vrije tijd. Daartoe zet ze jeugdadviseurs in, speciaal opgeleide jongeren. Daarvoor is 4,2 miljoen frank uitgetrokken. Nog in het kader van informatie heeft het Educatief Theater van

Antwerpen voor de schoolopvoeringen van het stuk Junkie Blues 1,1 miljoen frank ontvangen. Dat toneelstuk slaat nogal aan in de scholen. Ik heb het niet gezien maar wel de teksten doorlopen, en vind het vrij goed.

Als laatste informatieproject vermeld ik Opkickers voor Jongeren. Dit initiatief krijgt in 1998 een vervolg. Het werd al eens georganiseerd in oktober 1996. Uit de evaluatie die ik u ter beschikking zal stellen, blijkt dat oktober een minder geschikte periode is omdat de scholen zo kort na de opening van het schooljaar de organisatie moeten voorbereiden. De Opkikkerdag is daarom verplaatst naar februari en vindt plaats in Flanders Expo te Gent. Zo kunnen nog meer jongeren worden ontvangen en gemotiveerd onder het thema 'Ik zeg neen tegen drugs'. In Antwerpen hebben er vierduizend jongeren deelgenomen en werd het initiatief zeer goed geëvalueerd. Deze opdrachten zijn volledig uitbesteed en in handen van de VAD terechtgekomen.

Het structureel wettelijk kader is niet onbelangrijk. In het kader van de reglementering voor gezondheidspromotie is de VAD erkend als coördinatievoorziening. Daarnaast is drugpreventie ook een vast onderdeel in de scholen. Enerzijds komt het aan bod via MST/PMS-equipen, die hopelijk tegen volgend jaar centra voor leerlingenbegeleiding zullen zijn; anderzijds via de erkende voorzieningen Progres die ook gezondheidspromotie in het onderwijs behartigen.

Verder wordt sinds 1997 werk gemaakt van het convenantsbeleid met de centra voor geestelijke gezondheidszorg, maar daar hebben we zonet meer dan genoeg over gezegd. Er is nog het opzetten van de Logo's (lokaal gezondheidsoverleg).

De actieprogramma's van de drugnota zullen via deze nieuwe structuren en financieringsmechanismen op een meer permanente wijze aan de basis moeten worden voortgezet. Wanneer men de huisartsen door dit lokaal gezondheidsoverleg actief kan betrekken bij deze problematiek, kan er veel vroeger met de gezinnen en de jongeren worden gepraat. Zo is preventie van eventueel druggebruik mogelijk. Dat is niet zo eenvoudig, maar ik heb tijdens enkele gesprekken vastgesteld dat er bij een tijdige bespreking van druggebruik nog veel kan worden opgevangen. Hiervoor zullen zeer intense acties nodig zijn.

Mevrouw Sonja Becq : Hoe staat het met de coördinatie met het federale niveau ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : De coördinatie met het federale niveau ligt zeer moeilijk. We hebben intens meegewerkt aan de nota van en de discussie in de federale Kamer. Dit resulteerde in een rapport van duizend bladzijden en in een motie om een geïntegreerd drugbeleid te voeren.

Het is hoog tijd om hiermee te beginnen. Het is geen vijf voor twaalf, maar twaalf uur. Zonder geïntegreerd drugbeleid laat men alle ingezette krachten verloren gaan. Ik hoop dat we via het colloquium Drugs 2000 wat meer kunnen bereiken. Ik heb daarvoor de federale eerste minister aangeschreven, omdat hij de minister is die het voortouw moet nemen. Op het federale niveau zijn er vier ministers bevoegd. Zij overleggen nu om een geïntegreerd drugbeleid te voeren, zonder de gewesten en de gemeenschappen daarbij te betrekken.

De voorzitter : Mevrouw Becq heeft het woord.

Mevrouw Sonja Becq : Er gebeurt veel via vorming van onder meer intermediairen en straathoekwerkers. Weet u hoeveel mensen zo worden bereikt ?

Ik heb nog een randbedenking. In het onderwijs leveren het PMS en het MST goed werk. De minister vermeldt ook de VZW's Leefsleutels en In Petto. Toch stel ik vast dat projecten in de praktijk nog tamelijk duur zijn. Ik wil dit even signaleren. Dit vormt toch een grote drempel voor kinderen en jongeren, en hun ouders. Aantrekkelijke programma's kunnen op een plezierige manier een boodschap brengen. De jongeren vinden dat heel tof en zijn onder de indruk. Maar de kostprijs is toch een belangrijk gegeven.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik zal proberen u de cijfers te bezorgen van het aantal mensen dat bereikt wordt via bepaalde programma's. VAD heeft deze gegevens.

Inzake Leefsleutels deel ik uw mening. We financieren dit maar een beetje bij. Ik weet niet onmiddellijk hoe we dit kunnen oplossen. Je kan het vergelijken met Opkikker, wat we in één keer doen. Het is een aantrekkelijk programma vanuit de scholen waar vijf- tot zesduizend leerlingen aan deel kunnen nemen.

Mevrouw Sonja Becq : Mijn bekommernis is vooral de vormingsprogramma's die worden uitgewerkt. Deze moeten ook gebruikt kunnen worden. Als de drempel te hoog is, zijn ze een maat voor niets.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik heb nog een bedenking, mevrouw de minister. Ondanks de door u geleverde inspanning hebt u nog geen beeld van de schade van het drugmisbruik. Zonder een dergelijk beeld kunt u ook geen echt preventiebeleid opzetten.

Ik heb nog enkele vragen. Welke ideologische oorlog wordt er gevoerd in het drugbeleid ? Er zijn duidelijk twee groepen : de groep rond De Sleutel, behorend tot de katholieke zuil, en de vrijzinnige zuil. Kunnen we tot een oplossing komen als mensen binnen de sector tegen elkaar worden opgezet ? Hoe staat u verder tegenover de heroïneprojecten ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik ben het eens met uw bedenking dat het nog lang zal duren vooraleer we op basis van de registratie het beleid kunnen bepalen. We zijn in Vlaanderen verzamelers van gegevens, maar hebben nog onvoldoende geleerd wat we met deze gegevens moeten doen. We proberen dat nu vanuit het departement Volksgezondheid in Vlaanderen op te zetten, omdat ik heel sterk geloof in gegevensverzameling en wat men daarmee kan aanvangen. Dit houdt dan wel in dat we die gegevens ter beschikking moeten stellen van elkaar.

Ik spreek nu niet alleen over de administratie, maar over heel Vlaanderen. Het Riziv heeft gegevens, de mutualiteiten hebben gegevens, de ziekenhuizen hebben gegevens, enzovoort. Die gegevens vormen telkens een schat aan informatie, maar die schatten worden niet met elkaar gedeeld en zo gaat enorm veel kostbare informatie verloren.

Ik maak mij hier niet al te veel illusies over. Het zullen mijn opvolgers in volgende zittingsperiodes zijn die op basis van wat we nu opzetten een beleid zullen kunnen voeren. Dit belet mij echter niet het efficiënt verzamelen van al deze gegevens actief te stimuleren en ervoor te zorgen dat daar iets concreets mee kan worden aangevangen. Met de gezondheidsindicatoren hebben we reeds een eerste stap kunnen zetten en we zullen die goede richting blijven volgen. Misschien zal ik u in 1998 meer perspectieven kunnen bieden.

Uw tweede vraag had betrekking op mogelijke spanningen tussen verenigingen en op de problematiek met betrekking tot de methadon- en heroïneverstrekking. Ik moet toegeven dat ik daar niet direct kan op antwoorden. Ook ik heb gelezen dat je in die specifieke groep, dus de groep aan wie methadon of heroïne wordt verstrekt, de criminaliteit kunt verminderen. Ik wens hier echter te bena-

Demeester-De Meyer

drukken dat, als je methadon verstrekt of bepaalde projecten opzet, je dit wetenschappelijk goed moet begeleiden en een en ander met de nodige gegevens moet kunnen schragen. Het zijn precies die gegevens die ons vandaag nog ontbreken. We weten niet eens hoeveel jongeren worden begeleid, we weten niet eens hoeveel methadon er wordt verstrekt. Het is dus ook onmogelijk te zeggen of dit wel de goede werkwijze is. We zouden bijvoorbeeld gegevens moeten hebben over een groep van honderd personen die methadon krijgen en gegevens over een andere groep van honderd personen die net geen methadon krijgen. Daarmee zouden we controlegroepen kunnen opbouwen om nuttige resultaten en gegevens te krijgen. In Luik bijvoorbeeld is onlangs een heroïneverstrekkingproject gestart, maar dat gebeurt dan zonder controle- of vergelijkingsgroepen.

Over ideologische spanningsvelden durf ik mij echter niet uit te spreken. In dit verband wil ik wel het

voorbeeld aanhalen van Free Clinic in Antwerpen : het is eigenlijk een welzijnsorganisatie, maar tegelijkertijd is ze erkend als medisch-sociaal opvangcentrum (MSOC). Free Clinic krijgt daarvoor 25 miljoen frank. Daar wordt methadon verstrekt, maar we kunnen niet meer zien wat precies gebeurt in enerzijds de MSOC en anderzijds het polyvalent centrum. Anderzijds heb je dan instellingen zoals De Sleutel die een bepaald begeleidingspatroon opzetten, maar die geen cliënten meer vinden omdat ze geen methadon verstrekken. Daar situeert zich volgens mij de spanning, die mede wordt veroorzaakt door het feit dat we geen geïntegreerd beleid hebben. Ik wil niemand met de vinger wijzen en denk trouwens niet dat het iets met een ideologie op zich te maken heeft.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

– *De vergadering wordt gesloten om 16.04 uur.*
