

C1 – WEL1

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2005-2006

27 september 2005

# HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN



## INHOUD

Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de methode van ‘harm reduction’ tegenover drugsgebruikers	1
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de brief van het Vlaams Fonds tot bevestiging van de aanvraag van een persoonlijk assistentiebudget (PAB)	4
Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over kortverblijf voor personen met een handicap en senioren	7
Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de controles van Brusselse tweetalige instellingen in het kader van de toepassing van de zorgverzekering	10
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gevoerde preventiebeleid ter voorkoming van tandbederf bij jonge kinderen	13
Vraag om uitleg van mevrouw Elke Roex tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de financiële gevolgen van de VIA-akkoorden voor de FCUD-projecten in het kader van buitenschoolse kinderopvang	14
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het initiatief van de minister van Sociale Zaken Demotte over de preventieve screening naar coloncarcinoom	16
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de integratie van het pneumokokkenvaccin in het vaccinatieprogramma	19
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de beloofde bijkomende middelen voor thuiszorg en dementerenden	20
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toename van ouderdomsdiabetes bij jongeren	22
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de proefprojecten voor betere opvang na zelfmoordpoging	
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het experiment rond een betere opvang voor zelfmoordpatiënten	25



## Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**Voorzitter: de heer Luc Martens**

– *De vraag om uitleg wordt gehouden om 14.36 uur.*

**Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de methode van ‘harm reduction’ tegenover drugsgebruikers**

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

**De heer Bart Caron:** Mevrouw de minister, dit is geen aangenaam onderwerp om het werkjaar mee te starten. Mijn vraag gaat over ‘harm reduction’ of de beperking van drugsschade in de samenleving. Dit probleem is eigen aan de illegaliteit van de drugshandel. Wat illegaal is, valt moeilijk te regelen en te controleren. Er wordt zoveel verhandeld op de drugsmarkt, we kunnen niet controleren hoe schadelijk de diverse producten zijn.

Ik wil deze situatie even vergelijken met de verkoop van tabak. Een min-zestienjarige mag geen tabak kopen. Als de verkoper twijfelt, moet hij in theorie de identiteitskaart vragen. Volgens mij gebeurt dat zelden of nooit.

Drugsgebruikers en vooral jongeren stellen zich bloot aan de risico’s van de illegale markt. Statistieken leren ons dat een aanzienlijk percentage van de bevolking, vaak jongeren en minderjarigen, eenmalig of regelmatig drugs gebruiken, ondanks het verbod.

Ik wil een drugsarme of zelfs drugsvrije wereld, afhankelijk van de interpretatie van het woord ‘drugs’, laat daar geen twijfel over bestaan. Het is echter erg moeilijk om dat te bereiken. Zonder afbreuk te doen aan de strijd tegen drugs, dat wil ik nu buiten beschouwing laten, moeten we zoeken naar strategieën om de schadelijke gevolgen ervan

te bestrijden. Een van de methodes daartoe is ‘harm reduction’.

Het Vlaamse straathoekwerk, Vlastrov, kreeg in het verleden subsidies om aan een project van ‘harm reduction’ te werken. Met dat geld werd iemand aangeworven om les- en cursusmateriaal te ontwikkelen voor de eerstelijns hulpverlening en straathoekwerkers en in bredere zin voor het algemeen welzijnswerk.

Nadat ik mijn vraag heb ingediend, heb ik vernomen dat de administratieve afhandeling van dat project niet altijd even zorgvuldig en correct verlopen zou zijn. Misschien kunt u mij daar iets meer over vertellen. Blijkbaar zijn er dus administratieve redenen voor de stopzetting van de subsidies. Dit blijkt het enige dergelijke project in Vlaanderen te zijn. Sinds 2005 wordt het niet meer gesubsidieerd. Het vormingsmateriaal en de cursussen die Vlastrov aanbiedt, dreigen stil te vallen. Ze lopen nog even door omdat het straathoekwerk beslist heeft om de vormingswerker in kwestie uit eigen middelen te financieren en in dienst te houden. Naar verluidt, zal dit eind 2005 onherroepelijk stoppen.

Ik wil de thematiek verruimen. De VAD houdt zich ook bezig met drugsbestrijding. Los van de ideologische kleur van de discussie over de erkenning of goedkeuring van de aanwezigheid van drugs en alcohol in de samenleving, moeten we zorgen voor een nauwe samenwerking tussen deze organisaties. De diverse vormen van ‘harm reduction’ moeten efficiënt op elkaar worden afgestemd.

Bent u op de hoogte van deze problematiek? Is er reeds overleg gepleegd met Vlastrov? Zo ja, wat zijn de resultaten van dit overleg?

In 2005 werd er al geen subsidiëring meer gepland. Wat zegt de begroting daarover? Wellicht staan daar

geen middelen op ingeschreven voor 'harm reduction'? Zo niet, zult u bij de tweede begrotingscontrole 2005 voorstellen om de nodige middelen in te schrijven, eventueel bij de begrotingsopmaak 2006?

Zijn er plannen om de beleidslijn harm reduction in de toekomst uit te breiden of minstens voort te zetten? Bent u bereid om te investeren in deze beleidslijn? Behoort een coördinatie met de VAD tot de mogelijkheden?

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, ik las in de vraag van de heer Caron een verwijzing naar het vorige beleidsplan. Ik heb de verslaggeving daarover gelezen. Harm reduction wordt inderdaad naar voren geschoven in dat beleidsplan. De VAD was aanwezig bij de voorstelling van het beleidsplan in de commissie. De vereniging heeft er een aantal uitspraken gedaan, waaruit ik kan afleiden dat harm reduction zeker niet de enige beleidslijn kan zijn. Er wordt geen afbreuk gedaan aan de zin of de werking van harm reduction, maar de VAD beschouwde de invulling van harm reduction in het vorige beleidsplan als vrij eng.

De VAD legde ook een aantal dossiers voor inzake harm reduction en gecontroleerde heroïneverstrekking. Dit laatste werd als een mogelijke maatregel voorgesteld. Mijn partijvoorzitter, federaal Kamerlid Vandeurzen, heeft aan federaal minister van Justitie, mevrouw Onkelinx, op 13 januari 2004 gevraagd of ze zou experimenteren met de voorgestelde maatregel inzake de gecontroleerde heroïneverstrekking in het licht van harm reduction. Ze antwoordde duidelijk dat ze dat niet zou doen. Mijns inziens was dat een wijze beslissing, maar haar antwoord toont aan dat als we harm reduction ten gronde wensen te verdedigen, we ook aan de federale overheid om initiatieven moeten vragen. Het staat natuurlijk elke partij vrij om dat te doen.

De VAD heeft de Vlaamse Regering in een memorandum gevraagd om harm reduction te erkennen als een pragmatische doelstelling bij de aanpak van alcohol en andere drugsproblemen. Komt dit aspect op enigerlei wijze aan bod tijdens de onderhandelingen met de VAD over het nieuwe convenant? Is tijdens een recente interministeriële conferentie gebleken dat de federale regering toch aan gecontroleerde heroïneverstrekking wenst te doen, ter vervanging van de behandelingen met methadon? Heeft minister Onke-

linx laten blijken dat ze daar wel mee wenst te starten?

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik ga vandaag niet ten gronde in op ons standpunt over de gecontroleerde heroïneverdeling. Ik wens enkel een paar vragen te stellen in het licht van de preventie die werd aangehaald door de heer Caron.

Het is heel belangrijk dat de preventie wordt gecoördineerd. Daarvoor zijn diverse redenen. Er kan worden tegengegaan dat de erg beperkte en kostbare financiële middelen worden versnipperd en er kan een duidelijke visie en een echt strategisch drugspreventieplan worden ontwikkeld. Als te veel organisaties en instellingen er zich mee bezighouden, versnipperen de middelen en is er te weinig coördinatie en samenhang. Dat is nadelig voor de resultaten.

De onderhandelingen over het nieuwe convenant moeten tegen het einde van het kalenderjaar worden opgestart. Het convenant moet in 2006 immers van start gaan. Wordt er naar aanleiding van die besprekingen over gewaakt dat de preventie zoveel mogelijk wordt gecoördineerd? Het is heel belangrijk dat de preventie bovendien ook wordt opgedreven. Ik ga ervan uit dat iedereen aan deze tafel wil ijveren voor een drugsvrij Vlaanderen. Uit de cijfers moeten we helaas opmaken dat de resultaten niet rooskleurig zijn. Ik dring dus aan op het opdrijven van de preventie.

Mevrouw de minister, ik weet dat u heel veel bevoegdheden en werk hebt, maar ik denk dat het nuttig is om een beleidsplan drugpreventie te ontwikkelen voor deze legislatuur. Ik ben bijzonder benieuwd of u van plan bent om er heel concreet aan te werken.

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

**Minister Inge Vervotte:** Eerst en vooral wijs ik erop dat harm reduction voor ons deel blijft uitmaken van het integraal beleid dat moet worden gevoerd inzake preventie. Het vormt natuurlijk maar een onderdeel van het beleid, maar het blijft er deel van uitmaken.

Mijnheer Caron, uiteraard ben ik op de hoogte van het dossier waarnaar u verwees. We hebben regelmatig contact opgenomen met het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.

Ik ga even terug in de geschiedenis, want het verloop van het dossier is belangrijk. Het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk heeft tussen 1 oktober 2002 en 30 september 2003, tijdens de regeerperiode van mevrouw Vogels, een eenmalige subsidie gekregen om het thema harm reduction beter te integreren in de ondersteuning van de straathoekwerkers. Daarna, op 30 september 2003, werd een vraag naar voortzetting gericht tot minister Byttebier. Zij is niet ingegaan op dat verzoek. Het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk heeft toen beslist om op eigen initiatief iemand aan te werven. Het is dus niet zo dat wij het project hebben stopgezet. In het verleden werd een éénmalige subsidie verstrekt en tijdens de vorige legislatuur werd geoordeeld dat er niet voldoende elementen waren om die subsidie te verlengen. Uiteraard laten wij in het basisconvenant dat we met hen hebben afgesloten, de mogelijkheid bestaan dat wel op te nemen, indien dit wordt gewenst. Er is hiervoor in het basisconvenant in een bedrag ten belope van 750.728 euro voorzien.

In 2005 ging er 309.551 euro naar het Vlaams programma Spuitenruil via een convenant met de Vlaamse medisch-sociale opvangcentra. In het najaar van 2005 geven we er nog middelen bovenop voor extra werkingsmateriaal.

De onderhandelingen over het voortzetten en verbeteren van de convenants van de spuitenruil, waarbij de coördinatie belangrijk is, zijn volop aan de gang, met als doel de convenants tegen 2006 te verfijnen en te verbeteren. We zullen vooral de nadruk leggen op het verlagen van de drempel naar aangepaste zorg alsook het afbouwen van het gebruik. We vinden het in de harm reduction immers essentieel dat wordt gewerkt aan de afbouw van het gebruik, en dat daarvoor een programma wordt ontwikkeld in samenwerking met de andere actoren op het terrein. Het doel blijft in hoofdzaak het beperken van de gezondheidsschade door HIV, hepatitis B en C, spuitabcessen en andere.

Uiteraard moet de VAD hier een coördinerende rol spelen en zorgen voor een afstemming binnen de sector. De VAD kan dit omdat ze vertegenwoordigd is in het Vlaams platform Spuitenruil. Haar rol daarin staat ingeschreven als opdracht in het convenant dat we met de VAD hebben afgesloten, niet alleen voor de harm reduction maar ook voor andere aspecten met betrekking tot de gezondheids promotie.

Ik kan me niet herinneren dat dit onderwerp op een IMC aan bod is gekomen. Het is onze bedoeling om

in de toekomst naar een geïntegreerde coördinerende aanpak te gaan in het preventiebeleid en de convenants. Daarom kan de beslissing die in het verleden is genomen met betrekking tot dit project, door ons worden ondersteund. We vinden dat het platform moet worden versterkt zodat er beter kan worden gecoördineerd. Bij de opmaak van de convenants is dat een belangrijk criterium. Met betrekking tot het beleidsplan drugs zijn we ermee bezig. We willen komen tot een gezondheidsconferentie die vooral gericht zal zijn op het middelengebruik, dus iets breder dan enkel drugs, maar ook tabak en dergelijke. Uit deze gezondheidsconferentie zal een beleidsplan voortvloeien.

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw de minister, ik ben heel blij dat u een beleidsplan aankondigt. Het kan positief zijn dat het ruimer wordt opengetrokken, zolang we maar een onderscheid blijven maken tussen de verschillende vormen van middelen, en niet alles op een hoop gooien, wat in het verleden vaak is gebeurd. Mevrouw de minister, uw fractie is de vorige legislatuur gedurende vijf jaar vragende partij geweest voor een dergelijk beleidsplan. Dat werd door de toenmalige ministers op regelmatige basis aangekondigd – mevrouw Jans zal zich dat wel herinneren. Helemaal op het einde van de legislatuur is er dan een documentje gekomen. Ik hoop dat wij niet moeten wachten tot het einde van de legislatuur maar dat het plan binnen een aanvaardbare termijn hier ter discussie zal liggen.

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

**De heer Bart Caron:** Het was me bekend dat het niet voortzetten van de subsidiëring een beslissing van uw voorganger was. Het is mijn bekommernis dat harm reduction verder kan gaan. We delen niet volledig dezelfde visie over hoe dat zou moeten gebeuren. Het lijkt me wel logisch dat het wordt gekoppeld aan de convenants, hoewel het Vlastov dan wel de keuze zal moeten maken om het binnen zijn reguliere middelen op te nemen. Dan kan de rol van de VAD in het coördineren terzake worden versterkt. We moeten misschien afwachten en het voordeel van de twijfel geven aan de gecoördineerde aanpak.

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

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de brief van het Vlaams Fonds tot bevestiging van de aanvraag van een persoonlijk assistentiebudget (PAB)**

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik verontschuldig me voor het feit dat er vandaag vijf vragen van mij op de agenda staan. Het is niet mijn bedoeling te irriteren en deze commissie te overladen, integendeel. Dat er gedurende twee maanden geen commissievergaderingen hebben plaatsgehad, brengt met zich mee dat deze vergadering wat overladen is. Daarenboven heeft zich de voorbije maanden een en ander bewegen op het vlak van welzijn.

Heel wat aanvragers van een PAB werden tijdens de afgelopen vakantie verontrust door een brief die zij ontvingen van het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap. Deze brief, die aankwam einde juni, verduidelijkte dat betrokkenen niet behoren tot de prioritaire groep in 2005. Naast deze mededeling bevatte de brief een vragenlijst, die onduidelijkheden bevatte, alsook een deadline. Meer bepaald moest de brief ten laatste tegen 31 juli 2005 ingevuld terug aan het Vlaams Fonds zijn bezorgd.

De onduidelijkheid rees met betrekking tot de vraag of men zich al dan niet wenste te laten registreren op de centrale registratie van zorgvragen. Wat de gevolgen waren van een niet-registratie, werd niet verduidelijkt. Volgens de vzw BOL heeft slechts de helft van de kandidaat-budgethouders gereageerd. Betekent dat dat men niet langer op de wachtlijst wil staan? Dat is vandaag voor niemand duidelijk. Het is momenteel eigenlijk niemand erg duidelijk.

De vragenlijst moest tegen het einde van juli 2005 worden ingevuld. Hoewel het op zich om een redelijke termijn ging, leverde dit bepaalde moeilijkheden op. De brief is immers tijdens de vakantieperiode verstuurd. Het is op dergelijke ogenblikken niet evident om tijdig een antwoord te sturen. De meeste aanvragers zijn niet in staat om alleen een antwoord te versturen, maar moeten hiervoor een beroep doen op derden. In volle vakantieperiode is dat zeker niet evident, want de aanvragers zelf of de derden kunnen net met vakantie zijn.

Het is eigenaardig dat het behoud van de inschrijving op de wachtlijst afhangt van het tijdig terugsturen van een brief. In principe wordt iemand die zich heeft ingeschreven pas van een wachtlijst afgevoerd als hij of zij laat weten niet langer geïnteresseerd te zijn. Zelfs de opname in een instelling is geen reden om iemand van een wachtlijst af te voeren: het kan immers nog steeds zijn of haar eerste keuze zijn om met behulp van een PAB zelfstandig te leven.

Het Vlaams regeerakkoord stelt dat de aanvraag en de toewijzingsprocedure met betrekking tot de dienstverlening en de individuele materiële bijstand moet worden vereenvoudigd en gerationaliseerd. De brief van het Vlaams Fonds lijkt me niet aan deze doelstelling te beantwoorden. Dit lijkt me evenmin overeen te stemmen met het principe van het goed beheer.

Mevrouw de minister, wat was de bedoeling van de brief en van de vragenlijst van het Vlaams Fonds? Was het de bedoeling de wachtlijst in te korten? Vindt u de timing van de brief, meer bepaald het verzenden vlak voor en het verwachten van een antwoord middenin de vakantieperiode, opportuun?

Sommige mensen hebben aangeduid dat ze niet op de centrale wachtlijst willen worden opgenomen. Wat zijn de gevolgen van dit antwoord? Zullen die mensen niet langer op de wachtlijst voorkomen? Was het niet wenselijker geweest deze vraag op een ondubbelzinnige wijze te formuleren en zo vergissingen uit te sluiten?

Bent u bereid om het Vlaams Fonds ter verantwoording te roepen en de gevolgen van de brief te annuleren? Dit zou inhouden dat mensen die de vragenlijst niet hebben ingevuld of hun antwoord niet tijdig hebben verstuurd, niet automatisch van de wachtlijst worden geschrapt en dat alle aanvragers automatisch in de centrale registratie voor de zorgvragen worden opgenomen. Iemand zou enkel van de wachtlijst mogen worden geschrapt als hij dit uitdrukkelijk meedeelt. De gevolgen van die handeling zouden hem duidelijk moeten worden gecommuniceerd.

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, ik ben geïnteresseerd in de huidige stand van zaken met betrekking tot het PAB. Ik vraag de minister uiteraard niet om exacte cijfers. Ik neem haar niet kwalijk dat ze die niet kent.



Tijdens de vorige begrotingsbesprekingen leek het de bedoeling om bepaalde zaken in afwachting van een aantal onderzoeken te bevriezen. Zijn de resultaten van die onderzoeken ondertussen al bekend? Wat is de stand van zaken?

Mevrouw de minister, ik vind het positief dat minister-president Leterme gisteren heeft aangekondigd dat hij voor een ruimere en betere dienstverlening wil zorgen. Hij wil dat 'aan enkele honderden personen meer een PAB wordt toegekend, waarbij de kwantitatieve groei wordt onderlijnd, maar ook de kwaliteit van het aanbod wordt verfijnd en wordt afgestemd op de diversiteit van de nood'. Ik neem aan dat u hem die positieve intenties hebt ingefluisterd.

Welk budget is hiervoor in 2005 uitgetrokken? Zal dit budget nog worden opgetrokken? Zal het in een aantal dossiers tot toekenningen komen? Ik heb me trachten te informeren bij de mensen die zich hiermee bezighouden. Op het terrein blijkt er weinig schot in de zaak te komen. Ik ben dan ook zeer benieuwd naar uw antwoord.

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, velen in deze commissie streven naar een geïntegreerde centrale registratie voor de zorgverstrekking en voor het PAB. Dit staat in elk geval in de met redenen omklede motie die we naar aanleiding van de beleidsnota 2004-2009 hebben ingediend. Is het mogelijk alle aanvragers van een PAB automatisch in de centrale registratie van de zorgvragen op te nemen? Zijn er bezwaren? Van welke aard zijn die eventuele bezwaren?

Het Vlaams Fonds heeft alle aanvragers van een PAB schriftelijk gevraagd gegevens terug te sturen en heeft hier een deadline en bepaalde consequenties aan verbonden. Is deze manier van communiceren gebruikelijk binnen de werking van het Vlaams Fonds? Is dit ooit eerder gebeurd? Vindt dit vaker plaats?

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

**Mevrouw Helga Stevens:** Mijnheer de voorzitter, naar aanleiding van de reacties van verschillende aanvragers van een PAB die een brief van het Vlaams Fonds hadden ontvangen, heb ik in augustus 2005 een schriftelijke vraag ingediend. De minister heeft me geantwoord dat 2.070 mensen zijn aangeschreven en dat 1.389 mensen de brief van het Vlaams Fonds

hebben beantwoord. Dit betekent dat 681 mensen geen antwoord hebben verstuurd.

Als ik de minister goed heb begrepen, zullen die 681 mensen opnieuw worden aangeschreven. Dit betekent dat ze een nieuwe kans zullen krijgen om te reageren. Dit lijkt me zeer positief. Ik was bezorgd dat de mensen die de brief van het Vlaams Fonds niet of niet tijdig hadden beantwoord met ernstige gevolgen zouden worden geconfronteerd. Het verheugt me dat die mensen een tweede kans krijgen.

Ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Van der Borgh over de bureaucratische manier van werken van het Vlaams Fonds. Ik begrijp echter dat het soms nodig is om de stand van zaken te kennen.

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

**De heer Bart Caron:** Wat is de status van de antwoorden die de mensen hebben gegeven? Gaat het om een herinschrijving? Is het een eerste stap in een prioritaire aanpak? Is het een stap naar het moduleren van zorgvragen?

Ik hoor dat de sterk verouderde software een ernstig probleem is bij het fonds waardoor gegevens moeilijk op elkaar kunnen worden afgestemd. Kunt u daarover iets zeggen?

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

**Minister Inge Vervotte:** Er is inderdaad een brief gestuurd naar alle PAB'ers waarin hen onder meer wordt gezegd of ze al dan niet tot de prioriteit behoren. Mensen hebben het recht om dat te weten. De brief was dus niet alleen gericht aan PAB'ers die al prioriteit krijgen. We proberen een begin te maken met een gezamenlijke, geïntegreerde wachtlijst. Indien we daartoe willen overgaan, hebben we de uitdrukkelijke toestemming nodig om mensen te laten registreren op de wachtlijst. Dit moet dus gebeuren.

Er was een vraag over de periode. Ik breng in herinnering dat het uitbreidingbeleid van de gehandicaptensector loopt van september tot september van het volgende jaar. Bij de begrotingscontrole worden de budgetten vrijgemaakt, waarna het overleg plaatsvindt om dan in september te kunnen beginnen met het uitbreidingsbeleid. Dit is een vervelende periode omdat er een vakantieperiode tussen zit. Vanaf het moment dat we de toekenning van de minister van Financiën voor extra budgetten hadden gekregen,

zijn we onmiddellijk beginnen overleggen met alle betrokkenen. Dat overleg is afgerond in juni 2005. Daardoor hadden we niet veel ruimte meer om de brief te versturen. We hebben toch gekozen voor verzending in de vakantieperiode omdat op die manier sneller antwoorden binnenkomen. Dat zorgt ervoor dat mensen sneller hun recht op een PAB kunnen genieten. We konden de mensen niet vroeger aanschrijven omdat er geen zekerheid over de kredieten was.

Er zijn geen gevolgen als iemand aangeeft niet geregistreerd te willen worden. De deadline was een middel om mensen aan te sporen om zo snel mogelijk te antwoorden. Op die manier kunnen we snel beginnen met de toekenning van de PAB's. Er zal eerstdaags een nieuwe brief vertrekken waarin mensen wordt gevraagd zich alsnog te laten registreren. De eerste brief had tot doel om de PAB'ers aan te sporen de vragenlijst in te vullen en duidelijkheid te creëren over de zorgvraag PAB en de centrale zorgregistratie. De tweede brief heeft tot doel duidelijk te maken wat het belang is van de centrale zorgregistratie.

Het klopt niet dat er ooit iets van PAB is bevroren. In het vorige uitbreidingsbeleid zijn er ook middelen naartoe gegaan. In de beleidsnota werd aangekondigd dat het PAB verder moest worden geëvalueerd. Dat had enkel als bedoeling om kritisch te blijven en bij te sturen. Bij het nieuwe uitbreidingsbeleid zullen er 230 PAB-budgetten worden toegekend. We hebben het Vlaams Fonds richtlijnen gegeven over het uitbreidingsbeleid. De laatste cijfers inzake centrale zorgregistratie dateren van maart 2005. We hebben voorstellen geformuleerd over waar de uitbreidingen het beste gebeuren en in welke vorm. Normaal gezien zou de raad van bestuur van het Vlaams Fonds deze namiddag een beslissing nemen over deze richtlijnen en dat is waarschijnlijk waar de minister-president naar verwezen heeft. We willen het uitbreidingsbeleid realiseren met 940 residentiële, semi-residentiële en ambulante plaatsen en met 230 plaatsen voor PAB. Die bedragen zijn in de begroting ingeschreven.

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** De budgetten in verband met de belofte uit de regeringsverklaring van gisteren zijn dus eigenlijk al opgenomen in de begroting 2005?

**Minister Inge Vervotte:** Mevrouw Dillen, u bent intussen toch voldoende bekend met de gehandicap-

tensector en het uitbreidingsbeleid binnen deze sector.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Er zijn bepaalde budgetten uitgetrokken. Hoe dit verder wordt ingevuld, is uw verantwoordelijkheid en gebeurt in overleg met de sector. Gisteren leek het alsof er heel wat zaken zouden bijkomen maar het gaat om zaken waarvoor de budgetten al zijn opgenomen in de begroting 2005.

**Minister Inge Vervotte:** In de begroting die gisteren is besproken, is 15 miljoen euro opgenomen voor het uitbreidingsbeleid van personen met een handicap.

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Mevrouw de minister, graag zou ik nog enige duidelijkheid krijgen bij uw antwoord. Blijkbaar is er een slechte communicatie geweest vanuit het Vlaams Fonds. U zegt immers dat er opnieuw een brief zal worden gestuurd. Naar wie zal die brief worden gestuurd? Naar iedereen of enkel naar wie niet heeft gereageerd?

Mevrouw de minister, u hebt het over één centrale lijst. Betekent dit dat er een nieuwe wachtlijst komt?

Is het gebruikelijk dat het Vlaams Fonds instaat voor deze briefwisseling? Als dat zo is, kan er dan in de toekomst worden gezorgd voor een duidelijke communicatie aan de betrokkenen zodat al die onrust binnen de sector kan worden vermeden?

**Minister Inge Vervotte:** Telkens wanneer er een uitbreidingsbeleid is, wordt via een schrijven aan de betrokkenen gevraagd of ze nog kandidaat zijn voor een PAB en dus opgenomen willen worden op de centrale registratielijst. Het is mijn keuze geweest om niet enkel binnen de enge pool van zij die al ingeschaald zijn, te kiezen wie er een PAB kan krijgen. De criteria leken niet correct en niet objectief. We hebben dan ook een aantal bijkomende criteria opgenomen om onder meer de urgentiegraad beter te kunnen duiden. We werken dus niet aan een nieuwe registratie maar aan een geïntegreerde registratie.

Het is belangrijk dat de mensen die al in september een PAB kunnen krijgen, dat ook echt krijgen. We zullen de mensen die nog niet hebben geantwoord, opnieuw aanschrijven.

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

**De heer Bart Caron:** Als we elk jaar aan kandidaten voor een PAB de vraag stellen of ze nog wel kandidaat zijn, hoe kunnen we dan mensen die lang moeten wachten, het perspectief bieden dat ze binnen afzienbare tijd, over 2 of 3 jaar, aan de beurt zullen zijn? U zegt dat de criteria niet correct waren en moesten worden gewijzigd. Mijn vraag is nu of er geen langere termijn kan worden overwogen zodat mensen een duidelijker perspectief krijgen.

Hoeveel mensen hebben op die eerste brief geantwoord? Niet iedereen is even competent om die vragenlijst autonoom te beantwoorden. Dat kan dus al een reden van uitval zijn. Er is natuurlijk ook legitieme uitval mogelijk wanneer mensen bijvoorbeeld geen kandidaat meer zijn voor een PAB.

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer Caron, het uitbreidingsbeleid is zoals altijd een hele evenwichtoefening waarbij rekening moet worden gehouden met alle actoren uit de sector. We moeten zoeken naar een evenwicht voor de uitbreiding van de ambulante, residentiële en semi-residentiële verzorging en het PAB. Die uitbreiding moet nauw aansluiten bij de centrale registratie. Het probleem is net dat het uitbreidingsbeleid zeer snel kan wijzigen. We moeten enerzijds proberen criteria te bepalen voor een zo lang mogelijke termijn. Anderzijds moet ook telkens opnieuw worden overwogen waar precies die uitbreiding zal plaatsvinden.

Dat is nu juist de moeilijkheid met de PAB's. Er zijn altijd mensen die het op dat moment niet willen doen, en anderen die dat wel willen. Bovendien kan een PAB pas worden toegekend wanneer er een akkoord is in de raad van bestuur van het Vlaams Fonds over het gehele uitbreidingsbeleid. Dit past immers in dat beleid en in het budget dat door de regering wordt vrijgemaakt.

De regering heeft gezorgd voor continuïteit van de budgetten, dus dat element is vrij voorspelbaar, maar er moet ook overleg over zijn in alle overlegcomités en er moet een akkoord zijn in de raad van bestuur. Daarnaast eis ik namens de Vlaamse overheid dat het zo nauw mogelijk aansluit bij de centrale registratie, anders heeft het geen zin dat ik daarmee bezig ben. Ik wil dus enerzijds zo veel mogelijk proactief te werk gaan, maar anderzijds proberen zo veel mogelijk in te spelen op de veranderende behoeftes. Dat zorgt voor een aantal belemmerende factoren.

Als we vastleggen dat zoveel percent van het uitbreidingsbeleid naar de PAB's gaat, dan zal daar-

over in de raad van bestuur van het Vlaams Fonds een akkoord moeten bestaan. Die heeft immers een belangrijke beslissingsbevoegdheid, net als alle actoren die bij deze sector betrokken zijn.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over kortverblijf voor personen met een handicap en senioren**

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

**Mevrouw Helga Stevens:** Als mantelzorgers er eens tussenuit moeten, dan kunnen zij een beroep doen op een centrum voor kortverblijf of op pleeggezinnen. Ook als de mantelzorger zelf eens ziek is of als er conflicten zijn, kunnen die centra en de pleeggezinnen een oplossing bieden. Het aantal plaatsen in de centra voor kortverblijf is echter minimaal.

In augustus heb ik navraag gedaan bij enkele centra. Daaruit leerde ik dat vooral tijdens de weekends, de vakantieperiodes en de zomermaanden veel aanvragen geweigerd moeten worden. Daarenboven worden de centra voor kortverblijf dikwijls gebruikt door mensen die op een wachtlijst slaan. Zo werden eind 2004 maar liefst 30 van de 137 plaatsen ingenomen door personen die wachten op een andere langdurige zorgvorm. Mantelzorgers van senioren kennen hetzelfde probleem. Vooral tijdens de zomermaanden kunnen zij niet terecht in de tehuizen voor kortverblijf voor senioren.

Ik begrijp dat het niet zo eenvoudig is om een oplossing voor dit probleem te vinden aangezien de behoefte sterk fluctueert. Vooral tijdens de weekends en de vakantieperiodes is er een probleem. Als echter de mantelzorgers er niet af en toe eens tussenuit kunnen, dan zal de zorg steeds zwaarder wegen en zal er sneller voor een residentiële zorg worden gekozen.

In het Vlaams regeerakkoord is het uitbreiden en stimuleren van de uitbouw van de centra voor kortverblijf een belangrijke doelstelling. In uw antwoord op een vraag van mevrouw Roex verklaarde u het kortverblijf te willen aanmoedigen door een vereenvoudigde subsidievoorwaarde en door verruimde programmatiecriteria. U zou daarover overleg plegen met de federale minister in een interkabinettenwerk-

groep. Wat is daarvan het resultaat? Welke inspanningen zullen worden geleverd om de opvangcapaciteit, vooral dan tijdens de drukste periodes, te verhogen? Wanneer mogen we deze maatregelen verwachten?

Kunnen de gegevens over de kortverblijfcentra voor personen met een handicap opgenomen worden in de centrale registratie van zorgvragen? De gegevens omtrent het verblijf in kortverblijfcentra zijn daar tot op heden niet in opgenomen. Wel kan eruit afgeleid worden hoeveel wachtenden op een andere zorgvorm momenteel in de centra verblijven.

Naast het kortverblijf in instellingen hebben personen met een handicap ook de mogelijkheid bij pleeggezinnen in te trekken. Niet alle organisaties bieden echter zulke occasionele opvang aan. Veel heeft te maken met de onderbezetting en de extra werklast die kortverblijf in vergelijking met langverblijf impliceert. Zo moeten er gastgezinnen worden gezocht, en moeten de betrokkenen met de juiste gezinnen gematcht worden. Ook voor senioren biedt pleegzorg een alternatief maar tot nog toe loopt het project niet in heel Vlaanderen. Er zijn enkel projectsubsidies voor de omkadering en de administratie.

Een tweede probleem dat opduikt bij kortverblijf bij pleeggezinnen, is dat mensen geen extra gasten meer kunnen ontvangen omdat ze snel tegen het plafond van vergoedingen zitten. Een vrijwilliger mag in een jaar 1.100 euro aan kostenvergoedingen ontvangen zonder daarop belast te worden. Gastgezinnen krijgen zo'n 15 euro voor 10 uur dagopvang, en 35 euro per 24 uur voor een verblijf met overnachtingen. Wie het hele jaar door één of twee dagen per week iemand opvangt, moet na verloop van tijd bijkomende aanvragen voor opvang doorverwijzen, om te vermijden dat de fiscus die opvang als een bron van inkomsten opvat. Deze vorm van opvang is in vergelijking met de opvang in een centrum voor kortverblijf goedkoper. Er moet immers niet in infrastructuur en personeel worden geïnvesteerd. Verder zorgt deze opvang ervoor dat de centra enigszins worden ontlast van de massale vraag tijdens piekperiodes en dat mantelzorgers voor langere tijd hun diensten kunnen aanbieden.

Ik wil daarover enkele vragen stellen. Is het haalbaar en opportuun om het project Pleegzorg voor senioren structureel te verankeren en het toepassingsgebied uit te breiden naar geheel Vlaanderen? Acht de minister overleg met de federale overheid aangewezen om een oplossing te zoeken voor de beperkte vergoeding die

gastgezinnen mogen ontvangen? Of is een wijziging van het statuut aangewezen? Is de minister bereid om een campagne op te zetten om deze zorgvorm te promoten? Wat dat laatste betreft, moet volgens mij vooral worden gefocust op het vinden van nieuwe gastgezinnen.

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

**De heer Tom Dehaene:** Sinds 1998 is het mogelijk om kortverblijven te organiseren. Ik ben ervan overtuigd dat die vorm van opvang een grote meerwaarde oplevert. Vooral in de weekends en de vakantieperiodes zijn ze erg in trek. Dat is normaal, want dan willen de mantelzorgers er eens tussenuit. Het is dan ook te verwachten dat in die perioden een aantal aanvragen niet kunnen worden gehonoreerd. Veel van de mantelzorgers proberen daarom op een ander ogenblik aan opvang te raken, en zo worden ze dan alsnog geholpen.

In elk geval is er sprake van een forse onderbezetting. Eind 2004 waren er amper 128 centra voor kortverblijf. Ze beslaan 576 woongelegenheden, wat een dekkingsgraad van 23 procent oplevert. Dat lage cijfer is onder meer te wijten aan het feit dat veel erkenningen met opschorting zijn gegeven. Als die laatste worden meegerekend, komt men uit op 69 procent. Die erkenningen met opschorting kunnen gedurende vrij lange tijd lopen, wat leidt tot vertragingen. Er zijn echter weinig middelen om dat te verhelpen.

Ik heb daarover twee vragen. Zijn er volgens de minister mechanismen om dat te remediëren en de initiatiefnemers ertoe aan te zetten verder te werken aan hun dossier? En is het mogelijk om de minima en de maxima voor kortverblijven op te heffen? Veel instellingen willen wel iets doen, maar het minimum van drie woongelegenheden voor kortverblijven is veel. Rusthuizen hebben bijvoorbeeld niet altijd de middelen om dat te doen.

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, wij delen de bekommernis van mevrouw Stevens. Gezinnen die een heel jaar een gehandicapt of bejaard familielid opvangen, hebben nood aan vakantie en rust. Vaak hebben ze het moeilijk om hun familielid voor korte duur ergens te laten opvangen. Ik ken de toestand in het arrondissement Antwerpen zeer goed. Daar zijn bijzonder goede opvangmogelijkheden voor-

handen. Ik denk dan bijvoorbeeld, naast andere, aan de instelling De Notenboom. Wie er echter een aanvraag indient, moet negen tot twaalf maanden wachten vooraleer tijdens vakantieperioden opvang kan worden aangeboden. Het is nochtans evident dat precies in die perioden de nood het hoogst is, want dikwijls zijn er in de opvanggezinnen schoolgaande kinderen die alleen dan met vakantie kunnen.

De onderbezetting waarover de heer Dehaene het heeft, wordt in de schoolvakanties enorm groot. Het wordt tijd dat de minister onderzoekt hoe de opvang in die perioden kan worden uitgebreid. Dit mag mijns inziens terecht worden gekoppeld aan de nood aan sensibilisatie bij de bevolking opdat men zich kandidaat zou stellen om gedurende korte perioden als gastgezin te fungeren. Ik denk echt dat het systeem weinig gekend is. Ik ben ervan overtuigd dat veel mensen bereid zijn om een opvang van één of twee weken op zich te nemen als ze daartoe worden gesensibiliseerd. Zo zouden we die perioden van grote tekorten kunnen wegwerken.

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

**Minister Inge Vervotte:** Terecht wordt aan dit onderwerp veel aandacht besteed. In mijn beleid opteer ik ervoor de mensen zo lang mogelijk thuis te verzorgen. We moeten wel beseffen dat we de mantelzorg niet 7 dagen op 7 de klok rond die druk kunnen opleggen. De overheid moet de boodschap overbrengen dat de mensen zo lang mogelijk thuis moeten worden verzorgd, maar moet er tegelijkertijd aan toevoegen dat die zorg niet continu door één persoon kan worden verleend. Dat houdt in dat er moet worden gezorgd voor een zeer brede ondersteuning. De mogelijkheid tot kortverblijf is daarin een zeer belangrijke schakel.

Dit jaar werden er 69 nieuwe woongelegenheden voor kortverblijf erkend. In Vlaanderen zijn er op dit moment 615 woongelegenheden voor kortverblijf beschikbaar. De terechte bekommernis van de vraagstellers is dat de invulling laag is. Er zijn inderdaad knelpunten inzake de erkenningen en rond het minimum en het maximum. We zijn van plan om die twee zaken te bekijken bij de wijziging van het Thuiszorgdecreet en in de opstap naar een latere fase van het Woonzorgdecreet. We zullen daarover begin 2006 gesprekken voeren.

Verscheidene initiatiefnemers hebben ons wel gezegd dat ze een centrum voor kortverblijf willen openen.

Momenteel zijn er 1.134 van dergelijke woongelegenheden gepland. Vooraleer ze voor een erkenning in aanmerking komen, moeten nog verbouwings- en nieuwbouwwerken worden uitgevoerd.

Belangrijk om te vermelden, is dat we bij de VIPA-procedure prioriteiten hebben vastgelegd. Degenen die in bouw dossiers voor 2002, 2003 en 2004 een kortverblijf of thuiszorgondersteunende diensten hadden opgenomen, voldoen aan een prioritair criterium. Daardoor schuiven ze op in de rangorde.

Andere knelpunten die de initiatiefnemers ervaren, zijn het risico van de onderbezetting enerzijds en de extra werklust anderzijds. Zo is er een extra intake en vaak ook nazorgbegeleiding. Zoals ik had aangekondigd, heb ik dat probleem aangekaart bij mijn federale collega. Binnen de interkabinettenwerkgroep hebben we besloten dat er een aangepaste Riziv-financiering zou gebeuren voor het kortverblijf. Dat akkoord werd bevestigd op de interministeriële conferentie van 5 juni 2005. Bij protocol 2 werd een addendum ondertekend. Begin 2006 wil ik ook in de Vlaamse regelgeving nog een aantal zaken wijzigen.

Voor personen met een handicap is binnen het uitbreidingsbeleid het aantal tehuizen voor kortverblijf de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen. Op 3 jaar tijd is er een stijging met 50 procent, zowel in aantal als in reële capaciteit. Veertien bijkomende vergunde plaatsen staan nog op stapel. Door de bouwwerken die daarmee gepaard gaan, zal het werkingseffect daarvan pas op langere termijn zichtbaar zijn. Concreet zou dit betekenen dat het stijgingspercentage van het aantal plaatsen op 60 procent komt. Geen enkele andere opvangvorm kent een dergelijk aangroepercentage. Dat betekent dat er naar die zorg vraag is én dat er ook ernstige inspanningen worden geleverd.

Bij de centrale registratie worden zorgvragen voor een kortverblijf zowel geregistreerd als behandeld in de regionale overlegnetwerken. De centrale registratie geeft telkens een momentopname, waarbij om statistische redenen een periode wordt beschouwd die in het zesmaandelijks rapport wordt weergegeven. Het is dan ook zeer moeilijk om deze zeer tijdelijke periode mee op te nemen. De registratie gebeurt echter wel degelijk en de gegevens worden ook mee opgenomen in de regionale overlegorganen.

Het project Pleegzorg voor senioren is inderdaad een zeer plaatselijk initiatief dat enkel via de projectfi-

nanciering van Welzijn wordt ondersteund. Het overlegplatform dat door de drie betrokken organisaties werd opgericht, heeft ons gevraagd om de gastgezinnen te verankeren in de meer reguliere dienstverlening van de thuiszorg, meer bepaald in de werking van de diensten van de gezinszorg. We voeren daarover gesprekken. We weten niet of dat de goede optie is. We willen bovendien nagaan of ook andere thuiszorgvoorzieningen in aanmerking kunnen komen voor de selectie of de begeleiding van de gastgezinnen. Ik denk daarbij vooral aan de voorzieningen die vanuit hun basisopdracht heel wat expertise hebben opgebouwd bij de selectie, vorming en begeleiding van vrijwilligers. Uiteindelijk gaat het immers om de werking met vrijwilligers.

Mevrouw Stevens, we willen daarover gesprekken voeren. De visie die u hebt ontwikkeld, is ook de onze. Er zijn inderdaad een aantal knelpunten inzake het vrijwilligersstatuut. De wet van 3 juli 2005 heeft een wijziging doorgevoerd betreffende de regeling van de rechten van de vrijwilligers. Er werd een maximale vergoeding opgenomen voor het vrijwilligerswerk. Het is goed dat daarop afwijkingen mogelijk zijn. Zo stelt artikel 12 dat de Koning een afwijking kan toestaan. Het is alleszins mijn bedoeling een gesprek te voeren met mijn federale collega en een uitzondering te vragen voor de situatie van de vrijwilligers in de thuiszorg, en heel bijzonder dan voor de vrijwilligers in de thuisoppasdiensten en de eerstelijns hulpverleners. Die dienstverlening en die vrijwilligers moeten verder kunnen worden ondersteund. Het vrijwilligersstatuut is daarbij een knelpunt. Er is echter die mogelijkheid om een afwijking te verkrijgen. Dat zullen we dan ook vragen.

Mocht dit alles verder ingang vinden, dan zal worden nagegaan of een campagne het meest aangewezen is. We zullen daarbij zeker kunnen putten uit ervaringen in andere sectoren, zoals de bijzondere jeugdzorg. Campagnes werken niet altijd voor dergelijke zaken. Er moeten wel een aantal knelpunten worden weggewerkt. Ik wil echter geen uitsluitsel geven over die campagnes. Als die knelpunten zijn weggewerkt, dan blijft de vraag hoe we de vrijwilligers rekruteren. Dat kan misschien worden bekeken met die organisaties, die expertise hebben terzake, daar ze meestal een strategie ontwikkelen om vrijwilligers te kunnen rekruteren.

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

**Mevrouw Helga Stevens:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw zeer uitgebreide antwoord. Ik weet

niet goed wat zeggen, want u hebt zoveel meegedeeld. Ik ben echter blij te horen dat u zoveel aandacht hebt voor de sector van de thuiszorg, de mantelzorg en de pleeggezinnen. Een afwijking op het door u genoemde artikel 12 van het KB inzake het statuut van de vrijwilliger zou al een grote stap in de goede richting zijn.

Sommige mensen willen graag veel doen voor andere mensen. Als ze daarvoor een kleine financiële tegemoetkoming kunnen krijgen, dan zullen misschien nog meer mensen bereid zijn dit te doen. Zo zouden bijvoorbeeld mensen wier kinderen het huis uit zijn, hiertoe kunnen worden gestimuleerd.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de controles van Brusselse tweetalige instellingen in het kader van de toepassing van de zorgverzekering**

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte leden, in een eerdere vraag om uitleg, op 12 april 2005, kaartte ik reeds het probleem aan van de bicommunautaire instellingen in Brussel die een aanvraag tot gelijkstelling van erkenning in het kader van de Vlaamse zorgverzekering indienen. Deze instellingen moeten, indien ze willen worden gelijkgeschakeld, een overeenkomst sluiten met het Vlaams Zorgfonds, waarin ze zich in staat en bereid tonen met betrekking tot de door hen verstrekte niet-medische hulp- en dienstverlening, op verzoek van de gebruiker, de Nederlandse taal te gebruiken.

In de praktijk blijkt echter dat deze instellingen de taalvereiste vaak niet naleven en dat verzorging in het Nederlands nog steeds zeer moeilijk ligt. De kritiek dat deze instellingen de taalvereiste met gemak met voeten treden, wordt ook geuit door de vereniging van rusthuisgebruikers HOME-INFO. Dat lijkt me niet onbelangrijk. Deze vereniging stelt eveneens dat Vlaanderen nalaat dit te controleren. Dit was te lezen in een artikel van Brussel Deze Week van 30 juni 2005 naar aanleiding van een studiedag over de Vlaamse zorgverzekering die op 22 juni door Brusselse Welzijnsraad en de organisatie voor thuiszorg

in Brussel werd georganiseerd en waarop mijn fractie overigens niet was uitgenodigd.

Mevrouw de minister, op 12 april 2005 beloofde u in de Commissie voor Welzijn dat er nog intensieve controles door de Vlaamse overheid zouden volgen. U zei: 'De erkenning van bicommunautaire voorzieningen is vrij recent. Dat is ook de reden waarom er bijkomende inspectiebezoeken zijn gepland vanaf juli 2005. De opdracht daarvoor is gegeven aan de afdeling Inspectie en Toezicht van mijn administratie.' Ik was zeer tevreden met dat antwoord en zat eigenlijk toch wel een beetje te wachten op die controles.

Mijn teleurstelling was dan ook groot toen kort daarna bepaalde uitspraken van uzelf en van uw kabinetsmedewerker de indruk wekten dat er dan toch geen controles zouden plaatsvinden door de Vlaamse administratie, daar deze inspectie de bevoegdheid zou zijn van de GGC. Uw kabinetsmedewerkster, mevrouw Vanhees, zou onlangs in de Brusselse Welzijns- en gezondheidsraad hebben gesteld: 'Wij vinden niet dat het de taak is van Vlaanderen om iets te controleren waar andere overheden, in casu het college van de GGC, voor bevoegd zijn.' Zelf verklaarde u op 6 juli in de VGC dat er geen actieve rol is weggelegd voor de Vlaamse Gemeenschap in de bicommunautaire welzijnssector en dat de GGC terzake verantwoordelijk is. Die controles door de GGC zijn ons allen overigens bekend: ze zijn vrijwel onbestaande.

Mevrouw de minister, meent u dat de controle van de taalvoorwaarde in deze instellingen een taak is van de Vlaamse administratie of bent u veeleer van oordeel dat deze taak de GGC toekomt? Waaruit bestaan de bijkomende inspectiebezoeken waarover u het had in uw antwoord op 12 april 2005? Hoe zullen deze controles verlopen? Wordt hierbij meer aandacht besteed aan de voorwaarde van de verzorging in het Nederlands waaraan die instellingen moeten voldoen?

Welke initiatieven tot uitvoering van bijkomende inspecties hebt u reeds genomen? Heeft uw administratie al bijkomende inspectiebezoeken uitgevoerd of zal de Vlaamse administratie dat nog doen, om de taalvereiste te controleren? Zo neen, wat is hiervoor de reden? Indien u meent dat de controlebevoegdheid bij de GGC berust, welke initiatieven nam u dan reeds om de GGC tot daadwerkelijke en resultaatgerichte controles aan te zetten? Ik vrees immers dat dit broodnodig zal zijn. Bent u op de hoogte van

concrete initiatieven die de GGC reeds heeft genomen om het naleven van de taalvoorwaarden in deze instellingen te controleren? Zo ja, rapporteert de bevoegde Brusselse minister hierover? Vindt hierover enig overleg plaats?

**De heer Steven Vanackere:** Mijnheer de voorzitter, de vraag om uitleg van mevrouw Van Linter heeft betrekking op een belangrijk onderwerp. De minister van Welzijn heeft hierover in haar beleidsnota een aantal verklaringen aangelegd. De minister van Brusselse Aangelegenheden heeft in zijn eigen beleidsnota ook duidelijke stellingen over ditzelfde onderwerp naar voren gebracht.

Hij is van mening dat de erkende bicommunautaire voorzieningen te allen tijde de Vlaamse toegankelijkheids- en kwaliteitsvoorwaarden moeten waarborgen en respecteren. In diezelfde beleidsnota heeft hij tevens aangekondigd dat hij zal onderzoeken welke instellingen in de bicommunautaire sector echt tweetalig zijn. Manifeste wantoestanden met betrekking tot de correcte tweetalige dienstverlening moeten resoluut worden aangepakt. Hij heeft aangekondigd dat hij in dit verband samen met de GGC initiatieven zal nemen.

Ik zou graag vernemen of de Vlaamse Regering in dit verband al initiatieven heeft genomen. Op welke manier heeft de Vlaamse Regering verzekerd dat de Nederlandstalige Brusselaars die een zorgverzekering kunnen benutten er ook in de gelijkgestelde bicommunautaire voorzieningen op kunnen rekenen in het Nederlands te worden geholpen?

Hoewel het hier zonder meer om een belangrijk onderwerp gaat, wil ik de zaak ook wat nuanceren. Ik kan me aansluiten bij de inhoud van de vraag om uitleg. Indien de voorzieningen in een instelling niet perfect Nederlandstalig blijken, mag de sanctie evenwel niet eerst en vooral op het hoofd van de zorgverzekerde Vlaming in Brussel neerdalen.

In dit verband wil ik voor een paradox waarschuwen. Op een bepaald ogenblik zal de Europese wetgeving ons dwingen om mensen die hun oude dag in een of ander rusthuis in Marbella slijten, een uitkering te verstrekken. Hoewel ze blijvend recht op deze uitkering hebben, wordt hun rusthuis niet door de GGC of door de Vlaamse Gemeenschap gecontroleerd en wordt ginds niet naar de taalkundige kwaliteit van de dienstverlening omgekeken. Verzekerd is verzekerd. Indien een instelling in Brussel haar verplichting niet

nakomt, bestaat de belangrijkste sanctie er echter uit dat de mensen die een beroep op deze instelling doen, geen uitkering meer krijgen.

Hoewel mevrouw Van Linter het tegendeel niet heeft beweerd, wil ik hier benadrukken dat het probleem van de Vlaamse Brusselaars niet enkel door middel van controles kan worden opgelost. Ik herhaal dan ook mijn pleidooi om de instroom van Nederlandstalig personeel in de bicommunautaire welzijns- en gezondheidsvoorzieningen te bevorderen. Het lijkt me beter om de bron te controleren. Er moet voldoende Nederlandstalig personeel in die instellingen actief zijn.

De verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van dit Nederlandstalige personeel berust uiteraard bij verschillende ministers, niet in het minst bij de minister van Werk. Bij de toeleiding van werkzoekenden moet deze de mogelijkheden in de Brusselse welzijnssector nog wat nadrukkelijker onder ogen brengen. Hij zal eventueel samen met ons moeten nadenken over manieren om die sector wat aantrekkelijker te maken. Ik zuig dit niet uit mijn duim. De met redenen omklede motie die naar aanleiding van de beleidsnota Welzijn is ingediend, vraagt de Vlaamse Regering uitdrukkelijk om de instroom van voldoende gekwalificeerd personeel in de zorgberoepen te bewaken.

Mevrouw de minister, heeft de Vlaamse Regering al overleg gepleegd over deze twee aangelegenheden? Is er al nieuws over het voornemen van de minister van Brusselse Aangelegenheden om met de bicommunautaire sector te overleggen? Heeft de Vlaamse Regering al overlegd over de instroom van Nederlandstalig zorgpersoneel in Brussel? Zo ja, wat zijn de resultaten van dit intern overleg?

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

**Mevrouw Elke Roex:** Mijnheer de voorzitter, ik ben het eens met de heer Vanackere. De sanctie mag geen straf voor de betrokken personen vormen. In bicommunautaire instellingen is de tweetaligheid overigens sowieso een basisrecht. Dit staat los van de zorgverzekering.

Mevrouw de minister, ik meen dat we vooral overleg moeten plegen met de bevoegde personen binnen de GGC. Heeft dit overleg reeds plaatsgevonden?

Ik zou hier tevens nog even op de Septembeerklaring willen terugkomen.

De minister-president heeft gisteren verklaard dat voor Brussel een gezondheidsmanager zal worden aangesteld. Ik vraag me af wat de rol van die gezondheidsmanager zal zijn. Zal hij voor het invullen van de programmatie zorgen of zal hij nog andere rollen vervullen?

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, ik wil eerst even een onduidelijkheid wegwerken. Het is de opdracht van de Vlaamse administratie om ter plaatse te controleren of de gelijkgestelde voorzieningen de in de overeenkomst bepaalde voorwaarde naleven. Die voorwaarde stelt dat de gelijkgestelde voorzieningen de Vlamingen een kwaliteitsvolle dienstverlening in de eigen taal moeten aanbieden. De bewoners moeten worden begrepen wanneer ze een vraag of een zorgbehoefte formuleren. Aangezien die voorwaarde in de overeenkomst met betrekking tot de zorgverzekering is opgenomen, is het de taak van mijn administratie om dit te controleren. Het waarborgen van Nederlands taalgebruik voor de Nederlandstalige bewoners van de bicommunautaire voorzieningen valt onder de bevoegdheden van de GGC. Dit onderscheid moet duidelijk zijn. Ik moet de in de overeenkomst opgenomen voorwaarde controleren. De GGC moet de bekommernissen omtrent het gebruik van het Nederlands controleren. Ik hoop dat dit misverstand nu is weggewerkt en dat iedereen weet wie precies wat moet doen.

Indien de Vlaamse administratie vaststelt dat een voorziening de reeds vermelde voorwaarde niet naleeft, licht ze mij hierover in. Ik licht vervolgens de GGC in. Ik stel de betrokken voorziening in kennis van het feit dat ik de GGC zal inlichten. We delen de voorzieningen steeds mee welke mogelijke gevolgen deze tekortkoming kan hebben.

Zoals hier al is gezegd, moeten we goed opletten. In feite zullen in eerste instantie de bewoners worden gestraft. De bewoners mogen echter niet het slachtoffer worden. We hopen dat de betrokken voorzieningen hier rekening mee zullen houden. Het is dan ook zeer belangrijk dat we die voorzieningen steeds op de gevolgen wijzen. Onze signaalfunctie ten aanzien van de GGC en ten aanzien van de voorzieningen is belangrijk.

Zoals eerder aangekondigd, zijn een aantal inspectiebezoeken afgelegd. Het is de bedoeling de gelijkgestelde voorzieningen die bij de toekenning van de gelijkstelling een aanbeveling hebben gekregen als



eerste opnieuw te controleren. Bij het controleren van de voorzieningen wordt steeds bijzondere aandacht aan de eerder geformuleerde aanbevelingen geschonken. Uiteraard blijft de controle door de Vlaamse administratie beperkt tot de in de overeenkomst opgenomen aspecten.

Ik heb mijn administratie de opdracht gegeven om de voorzieningen die een aanbeveling hebben gekregen tussen november 2005 en februari 2006 opnieuw te controleren. Die inspectiebezoeken zijn in de planning van de afdeling Inspectie en Toezicht opgenomen en zullen in de loop van november 2005 worden aangevat.

Ik ben niet op de hoogte van de concrete initiatieven die de GGC neemt om de taalvoorwaarden te controleren.

Halverwege oktober 2005 zal ik met staatssecretaris Grouwels en minister Anciaux over de instroom van Nederlandstalig personeel overleggen. We zullen deze zaak dan van nabij bekijken.

Vragen over de invulling van de functie van de gezondheidsmanager kunnen best aan de bevoegde minister worden gesteld. Ik meen dat hierover nog een aantal gesprekken moeten plaatsvinden. Ik kan me vandaag alleszins nog niet over de concrete invulling van deze functie uitspreken.

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben grotendeels gerustgesteld. De zorgverzekering kent al zoveel problemen en als kranten dan titelen: 'Franstaligen hebben de zorgverzekering misbruikt', dan is dat een delicate zaak.

Ik ben tevreden met uw antwoord over de controles. We zullen toezien op de initiatieven van de GGC.

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

**De heer Steven Vanackere:** Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik heb tot mijn tevredenheid gehoord dat u halfweg oktober een overleg zult opstarten inzake de problematiek van de instroom. Ik wil suggereren om de minister van Werk hier ook bij te betrekken. De toeleiding van mensen naar de arbeidsmarkt kan voor een belangrijk deel mee worden gesteund door de bevoegde minister.

**Minister Inge Vervotte:** Er zijn bilaterale contacten geweest met de minister van Werk. Dit overleg hebben we echter met ons drieën gepland om vooral de welzijns- en gezondheidsaspecten te bekijken. De instroom zal ook aan bod komen, en daarover zal later worden overlegd met de bevoegde collega.

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

**Mevrouw Elke Roex:** We vergeten soms dat staatssecretaris Grouwels geen lid is van de GGC. Er zijn andere collegeleden van de VGC die binnen de GGC wel gezondheidsbevoegdheden hebben. Misschien is het niet onbelangrijk om hen ook te betrekken bij het overleg.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gevoerde preventiebeleid ter voorkoming van tandbederf bij jonge kinderen**

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, uit de publicatie 'Het kind in Vlaanderen 2004' blijkt dat Kind en Gezin betrokken partner is bij het project 'Niets aan de tand' dat in de periode 2003-2004 in Gent liep. Het doel van het project was het in kaart brengen van het probleem van vroege peutercariës bij kinderen tussen 2,5 en 3 jaar, en het vergroten van de toegang tot de tandzorg.

Uit het onderzoek is gebleken dat bij maar liefst 18,5 percent van deze kinderen vroege peutercariës voorkomt. Het gaat zowel om kinderen met slechts één aangetaste tand als om kinderen met meerdere grote aantastingen. Bij één op acht van de onderzochte kinderen was er een ernstige vorm van cariës. In het ergste geval leidt cariës tot een zo zware aantasting van de tanden dat een geringe val of stoot al voldoende kan zijn om een tand te doen afbreken. Vroegtijdig verlies van een aantal melktanden kan ertoe leiden dat de opvolgende tanden onder een andere hoek doorbreken. Dat vergt op zijn beurt de nodige ingrepen en behandelingen.

Mevrouw de minister, in een perstekst van 29 juni 2005 stelt Kind en Gezin dat tandbederf bij jonge

kinderen aandachtig moet worden opgevolgd. Werd er in het kader van het project ‘Niets aan de tand’ een onderzoek ingesteld naar de oorzaken van het tandbederf? Zo ja, wat zijn die vaststellingen? Op welke wijze zal er verder onderzoek worden gevoerd naar de evolutie van tandbederf bij jonge kinderen? Op welke wijze wordt er omtrent de risico's van tandbederf bij jonge kinderen met de ouders gecommuniceerd en welke preventieve maatregelen worden aangeraden? Federaal minister Demotte verklaarde eerder dit jaar het project ‘Dentipass’, dat in gratis tandzorg voorziet, uit te breiden naar alle kinderen onder 12 jaar. Deze maatregel is van kracht sinds september 2005. Voorziet u in communicatie hieromtrent?

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

**Minister Inge Vervotte:** Er is voorlopig geen verder onderzoek gepland met betrekking tot de evolutie van het tandbederf bij jonge kinderen. Het onderzoek waarnaar u verwijst, ging niet uit van Kind en Gezin, maar wel van de universiteit van Gent. We kunnen natuurlijk wel rekening houden met de bevindingen.

Kind en Gezin kan de ouders aan de hand van de resultaten wijzen op het belang van tandzorg. Uit het onderzoek blijkt dat bijna een op zes kinderen peutercariës heeft. Het is dan ook belangrijk dat de resultaten gestructureerd worden opgenomen in het preventieve programma dat wordt gevoerd ten aanzien van gezinnen met jonge kinderen.

Er kwamen een aantal elementen aan bod die belangrijke determinanten zijn voor tandbederf bij jonge kinderen. Er moet op tijd een drinkbeker worden geïntroduceerd. Gesuikerde dranken in een zuigfles en een zuigfles meegeven in bed hebben negatieve gevolgen. Ook erg belangrijk zijn de omgevingsfactoren. Er is tot slot onvoldoende vertrouwdheid met preventieve bezoeken aan de tandarts uit schrik en onwetendheid.

De communicatie naar de ouders gebeurt via de normale communicatiedragers van Kind en Gezin, zoals brochures, kaartjes, de website en huisbezoeken. De boodschap van Kind en Gezin aan de doelgroepen is dat er bij de bereiding van de flesvoeding aandacht moet zijn voor het fluoridegehalte van het water. Verder moet de zuigfles worden afgebouwd vanaf 15 maanden. Reeds op de leeftijd van 6 tot 8 maanden moet worden gestart met het leren drinken aan een

open beker. De zuigfles mag niet mee in bed worden gegeven. Zoete producten, zoals honing en confituur, mogen niet aan de fopspeen worden gesmeerd. Het geven van gezonde voeding moet worden gestimuleerd. Het aantal tussendoortjes en zoete dranken moet worden beperkt. Er moet dagelijks worden gepoetst met een fluoridehoudende kindertandpasta.

Het is de bedoeling om in de toekomst kinderen vanaf 24 maanden toe te leiden naar de tandarts. Het klopt dat minister Demotte daarover een initiatief neemt. We wachten de communicatie af om dan te beslissen of er vanuit Vlaanderen bijkomende communicatie nodig is.

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mevrouw de minister, ik dank u voor het duidelijke antwoord. Het verheugt me dat het thema gestructureerd aan bod zal komen in het programma van Kind en Gezin. Ik neem de tips mee, en wie weet, kan ik ze ooit nog gebruiken.

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

– *De vergadering wordt geschorst om 16.04 uur.*

---

– *De vergadering wordt hervat om 16.06 uur.*

**Vraag om uitleg van mevrouw Elke Roex tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de financiële gevolgen van de VIA-akkoorden voor de FCUD-projecten in het kader van buitenschoolse kinderopvang**

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

**Mevrouw Elke Roex:** Ik zal niet ingaan op de techniciteit van de twee soorten instellingen. In de Vlaamse Gemeenschap zijn er twee soorten IBO's die historisch zijn gegroeid. Er zijn enerzijds initiatieven die erkend zijn en gesubsidieerd worden door Kind en Gezin, en anderzijds initiatieven die erkend zijn door Kind en Gezin en gesubsidieerd worden door het FCUD. Ondanks het feit dat dezelfde normen worden opgelegd aan beide soorten initiatieven, heeft het onderscheid belangrijke financiële consequenties door de verschillende wijze van subsidiëring. Zo krijgt bijvoorbeeld een coördinator van een FCUD-

initiatief een lager loon dan dezelfde persoon in een initiatief van Kind en Gezin.

Mevrouw de minister, daarnaast hebben een aantal Vlaamse beslissingen gevolgen voor alle IBO's, maar worden de financiële consequenties ervan enkel opgevangen voor de initiatieven die door Kind en Gezin worden gesubsidieerd. De VIA-akkoorden leggen bijvoorbeeld een aantal nieuwe loonschalen vast die in alle IBO's moeten worden toegepast. De federale overheid stelt voor deze Vlaamse akkoorden echter geen geld ter beschikking. Dit vormt al heel lang een probleem, en ik besef dat er geen simpele oplossing bestaat en dat u wellicht zult verwijzen naar de vraag naar regionalisering van het FCUD. Zolang die er niet komt, moeten de initiatieven op een kwaliteitsvolle manier kunnen blijven bestaan, zonder al te veel financiële zorgen.

Mevrouw de minister, hoeveel IBO's worden enkel gesubsidieerd door het FCUD, en hoeveel enkel door Kind en Gezin? Bent u op de hoogte van de verschillen in de subsidiëring van deze initiatieven? Wat zijn de knelpunten daarin? Welke maatregelen hebt u genomen om de discriminatie van de FCUD-initiatieven op te lossen? Worden er Vlaamse middelen uitgetrokken om de toepassing van de VIA-akkoorden bij de FCUD-initiatieven mogelijk te maken?

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

**De heer Steven Vanackere:** Er is inderdaad een gedeeltelijke oplossing die al vaker is genoemd en waarin ongeveer een jaar geleden een nieuw element is opgedoken. De homogenisering van de bevoegdheidspakketten in deze aangelegenheid waarbij het FCUD zou worden gesplitst en toegewezen aan de gemeenschappen, zou alvast heel wat anomalieën uit de weg helpen.

Sommigen zeggen dat dit een oud verhaal is waarover moet worden onderhandeld met het federale niveau. Op 16 juni 2004 heeft het Arbitragehof in dat verband een uitspraak gedaan, waarin staat dat kinderopvang een bevoegdheid is van de gemeenschappen. Het FCUD kan eigenlijk niet optreden om kinderopvangstructuren te ondersteunen. Een eventuele tegemoetkoming van het FCUD aan de voorzieningen moet te kwalificeren zijn als een socialezekerheidsvergoeding, aldus de uitspraak. Het zou dus gaan om een vergoeding, niet aan de voorzieningen maar aan de gebruikers van de voorzieningen die desgevallend kan gebeuren via een toelage aan de

instelling, op voorwaarde dat ze duidelijk via een forfait per kind en per type opvang gebeurt.

Op een vraag van federaal parlementslid D'Hondt antwoordde federaal minister Demotte dat hij een nieuw subsidiesysteem wil uitwerken tegen 1 januari 2007. Daarbij zou hij voor het FCUD de overstap maken naar een systeem van individuele vergoedingen voor alle kinderen die worden opgevangen in alle structuren die beantwoorden aan de definities die aan de betrokken opvang zullen worden gegeven. Die overgang naar forfaits is natuurlijk geen waarborg voor hetzelfde subsidiebedrag aan de structuren die vandaag worden gefinancierd door het FCUD.

Mijn fractie heeft in het regeerakkoord heel uitdrukkelijk de vraag om splitsing van het FCUD opgenomen op een ogenblik dat het Arbitragehof nog geen uitspraak had gedaan. Intussen is uit de uitspraak van het hof duidelijk geworden dat er juridische argumenten zijn om te opteren voor de oplossing die wij naar voren hebben geschoven.

Mevrouw de minister, ik wil u vragen om in uw antwoord rekening te houden met die uitspraak van het Arbitragehof.

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

**Minister Inge Vervotte:** De subsidiëring van de IBO's is heel sterk verschillend. Sommige krijgen een financiering van het FCUD, sommige van het FCUD en van Kind en Gezin, andere enkel van Kind en Gezin, en nog andere zijn gesco's. Het FCUD financiert 80 à 85 initiatieven, Kind en Gezin 64. Daarnaast financieren Kind en Gezin en het FCUD samen 83 initiatieven. We hebben geen exacte cijfers van de initiatieven waarin enkel met gesco's wordt gewerkt.

Deze verschillende subsidiëring heeft te maken met het verschil in uitgangspunt van de subsidiëring. Het FCUD hanteert andere barema's als basis voor de toelaatbaarheid van subsidiëring: het subsidieert vanuit het principe van een extra gezinstoelage voor kinderen die er recht op hebben. Het aanvaardt enkel en alleen beperkte werkingskosten. Kind en Gezin subsidieert op basis van een redelijke werkingskost van de voorziening en subsidieert forfaitair.

Ik sluit me aan bij het pleidooi dat hier is gehouden. Voor een goede visie, een coherent beleid, een efficiënte besteding en eenvormigheid moeten alle middelen van de buitenschoolse opvang en van de

flexibele en de urgente opvang worden samengebracht.

De overheveling is in deze commissie al meermaals aan bod gekomen. We hebben geprobeerd om samen met minister Demotte één subsidiëringskanaal in te voeren, maar zonder resultaat. Ik heb in een brief aan minister Demotte gevraagd wat het standpunt is van de federale regering over het arrest van het Arbitragehof en de gevolgen daarvan. Ik heb intussen vernomen dat hij in de commissie heeft aangekondigd dat hij zijn subsidiërvormen zal aanpassen. Aangezien wij echter nog geen officiële reactie gekregen hebben, heb ik voor de zomer opnieuw een brief gestuurd naar minister Demotte met de vraag om ons te betrekken bij de nieuwe regeling.

Op dit moment is vanuit de VIA-akkoorden niet voorzien in middelen voor de initiatieven die enkel door het FCUD worden gesubsidieerd. Het is de taak van de federale overheid om haar subsidies aan te passen aan de reële en effectieve werkingskosten van deze diensten. De Vlaamse overheid kan niet telkens bijpassen waar de federale overheid tekortschiet. Ik zal trachten deze ongelijke behandeling verder met minister Demotte op te lossen.

Het is belangrijk dat er een evolutie komt in dit dossier. Iedereen beseft dat een efficiënte werking alleen mogelijk is met één pot en één subsidiëringuitgangspunt. Ons uitgangspunt, namelijk voorzien in de reële werkingskosten, kan hier zeker verder worden verdedigd.

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

**Mevrouw Elke Roex:** Ik kende de oplossing van de overheveling van het FCUD, maar op korte termijn ben ik veeleer bezorgd om de initiatieven. Ik zal dit verder in het oog houden, want de financiële consequenties zijn voor sommige initiatieven zo groot dat ze ze waarschijnlijk niet zullen overleven. We moeten daarvoor uitkijken. Tenslotte is kinderopvang een van onze verantwoordelijkheden.

**De heer Luc Martens:** Mevrouw Roex, dit dossier is me al lang bekend. In mijn tijd, en dat is nu toch al wat geleden, drongen we al sterk aan op oplossingen. Het is door de bemiddeling van toenmalig premier Dehaene dat er een meer evenwichtige verhouding kwam. Bij de sociale partners bestaat echter een grote weerspanning om die speeltuin te verlaten en dit over te hevelen naar het niveau waar het hoort, dat van de gemeenschappen. Ze bekijken het van

uit een verkeerde invalshoek. De Vlaamse overheid moet er niet voor opdraaien dat een andere overheid voortdurend faalt. (*Opmerkingen van mevrouw Elke Roex*)

**Minister Inge Vervotte:** Wanneer er een tegemoetkoming is van Kind en Gezin, dan ressorteren ze wel onder het VIA en krijgen ze wel steun. Ik kan toch moeilijk vanuit het VIA federale initiatieven beginnen subsidiëren.

**De heer Bart Caron:** Misschien moeten we er met het oog op onze Vlaamse grondwet over nadenken met welke homogene bevoegdheden we in deze commissie geconfronteerd worden, en moeten we dat morgen meegeven aan onze onderhandelaars en partijverantwoordelijken. Ik ben vragende partij om te stoppen met heel dat gedoe van het Fonds voor Collectieve Uitrusting en Diensten in de kinderopvang. Die middelen kunnen overgedragen worden aan de gemeenschappen, zodat we een homogeen beleid kunnen voeren.

Mijnheer de voorzitter, toen u minister was, werkte ik bij de VVSG. We waren toen al vanuit de lokale besturen vragende partij voor een homogene aanpak. Niemand wil op het terrein werken met twee regelgevingen en twee personeelsstatuten.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het initiatief van de minister van Sociale Zaken Demotte over de preventieve screening naar coloncarcinoom**

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Mevrouw de minister, via de pers hebben we vernomen dat minister Demotte werkt aan een screeningsprogramma naar coloncarcinoom bij alle 50-plussers. We onderschrijven uiteraard het belang van preventieve screening in de strijd tegen kanker. Vooral bij darmkanker is dat van groot belang, omdat het een van de meest dodelijke kankers is, die zonder screening bijna altijd te laat wordt ontdekt. Een snelle opsporing bepaalt dan ook de overlevingskansen.

Screening is echter een vorm van preventieve geneeskunde en behoort tot de bevoegdheden van de gemeenschappen. Het screeningsprogramma van minister Demotte lijkt uiteindelijk te zullen uitdraaien op een medische aangelegenheid, gefinancierd door de ziekteverzekering. Samenwerking bij nationale screeningsprogramma's is sowieso interessant en heeft een meerwaarde. Dat heeft de borstkankerscreening bewezen.

Mevrouw de minister, heeft minister Demotte overleg met u gepleegd over zijn screeningsprogramma naar coloncarcinoom? Zo ja, wat was daarvan dan het resultaat? Zult u het screeningsprogramma in Vlaanderen mee financieren? Zo niet, vindt u het dan normaal dat eenzijdig wordt beslist door de federale minister van Volksgezondheid over screenings die behoren tot de preventieve geneeskunde, en dus onder uw beleidsdomein vallen?

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, ik verwijs even terug naar 5 juli 2005, toen we in deze commissie een tweetal vragen om uitleg behandelden over de preventie van en screening naar darmkanker. De minister haalde in antwoord op mijn vraag een groot aantal elementen aan, waaronder ook de door het federaal parlement aangenomen resolutie waarin wordt gevraagd initiatieven te nemen voor de invoering van een algemene screening. Mevrouw de minister, u antwoordde toen dat u in verband met deze resolutie nog niet gecontacteerd was door minister Demotte. Is dat intussen wel al gebeurd?

Screening is, zoals mevrouw Van der Borght zei, een element van de preventieve geneeskunde en valt dan ook onder de bevoegdheden van de gemeenschappen. Toch gebeurt een darmkankerscreening tijdens onderzoeken door huisartsen en specialisten in ziekenhuizen, zodat er toch ook een federaal aspect is. Misschien veronderstel ik ten onrechte dat u dit weet, maar in hoeverre is screening een Vlaamse dan wel een federale materie?

**De heer Erik Tack:** Mevrouw de minister, ik wil niet terugkomen op uw uiteenzetting over darmkanker in de laatste zitting van deze commissie voor de vakantie, maar het moet toch eens duidelijk worden gesteld hoe minister Demotte deze actie ziet. Als ik goed geïnformeerd ben, zou onder alle 50-plussers een kit voor een zelftest op darmkanker worden verspreid. Toen ik dat hoorde, viel ik van mijn stoel. Gelukkig heb ik me niet gekwetst. De postbodes moeten al heel veel taken op zich nemen, zoals ook het sociaal

contact met de bejaarden en de ouderen. Straks worden ze nog consultants bij het opsporen van darmkanker.

Het gaat om de 50-plussers, maar daartoe behoren ook de 60-, 70- en 80-plussers. Jonge mensen maken vaak al een geknoei van een zwangerschapstest met urine. Hoe zullen oudere mensen die test dan moeten uitvoeren? Zullen ze de handleiding – als die er al bij zit – in de vorm van hetzij tekst hetzij figuurtjes, kunnen begrijpen? Er zal een minimale handigheid nodig zijn, en ze zullen de test ook moeten kunnen interpreteren.

De huisarts wordt in dit initiatief niet ter sprake gebracht. Waarschijnlijk heeft die hiervan geen enkele kennis, want hij wordt gewoon vergeten.

Om darmkanker op te sporen via stoelgang, wordt nagegaan of er bloed in de stoelgang aanwezig is. Heel veel darmtumoren bloeden echter niet elke dag, maar slechts occasioneel. Ik doe een gooi naar een cijfer, maar negen op tien darmkankers zullen onopgemerkt blijven en de mensen zullen zich gerustgesteld voelen. Het resultaat van al dat gedoe is dus nul.

Bovendien zullen er heel wat vals positieve test zijn. Kijk maar naar de voorbereiding die nodig is voor de test. De betrokkene mag in elk geval geen aspirine, pijnstillers of ontstekingsremmende middelen innemen in de periode van de test, terwijl die middelen door die groep van de bevolking juist veel worden genomen, aangezien veel van die mensen aan artrose lijden of pijnklachten hebben. Veel mensen zullen nodeloos de arts raadplegen in de waan dat ze kanker hebben, waarna een hele reeks onderzoeken volgt, die dan nutteloos zal blijken.

Volgens de wetenschap moet driemaal per jaar, en dat elk jaar opnieuw, een test op ongemerkt of occult bloedverlies gebeuren bij heel die bevolkingsgroep. Deze test is dus waardeloos en zinloos. Ik begrijp niet waarmee minister Demotte bezig is.

Ik vraag me ook af hoe het zit met de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Ik dacht dat preventie een gemeenschapsbevoegdheid was, maar voor de zoveelste keer neemt minister Demotte een initiatief. Het is misschien goed bedoeld. Preventie-initiatieven moeten we toejuichen. Ze moeten wel goed worden aangepakt en goed worden overlegd. Ik heb geen infor-

matie ontvangen of er daarover met de Vlaamse minister is overlegd. Mijns inziens moeten de initiatieven door Vlaanderen worden genomen, en niet door de federale overheid.

Ik leg mijn vragen voor. Een: was de minister op de hoogte van dit initiatief? Twee: gaat de minister akkoord met het feit dat de federale minister het initiatief neemt? Drie: overweegt de minister om terzake zelf initiatieven te nemen en de actie op betere sporen te plaatsen? Vier: kan ze aanvaarden dat de federale minister zich steeds opnieuw op haar bevoegdheids-terreinen begeeft? Vijf: wat vindt de minister ervan dat de huisarts, die vanop de eerste lijn de spil van de gezondheidspreventie moet zijn, over het hoofd wordt gezien?

**Mevrouw Helga Stevens:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, het budget voor preventie is veel te klein. We kunnen het ons niet veroorloven om geld te verspillen aan onsamenhangende projecten. In dat verband wil ik het even hebben over het idee van het Onafhankelijk Ziekenfonds om voor zijn leden geïntegreerde zorgprogramma's uit te werken. Die programma's moeten ervoor zorgen dat risicopatiënten worden gescreend en dus in een vroeg stadium een zorgprogramma krijgen aangeboden. Dat moet ertoe leiden dat ze er zich toe verbinden hun gedrag te wijzigen en bijvoorbeeld niet meer te roken; in ruil verbindt het ziekenfonds er zich toe om eventuele niet-terugbetaalde medische uitgaven toch terug te betalen.

Mensen zullen dus gezonder leven en op langere termijn zal dat misschien ook tot lagere medische uitgaven leiden. Wat vindt de minister van dit idee? Kan ze in het kader van haar bevoegdheden inzake preventie dat idee helpen realiseren en het op een interministeriële conferentie ter sprake brengen? Een meer samenhangend preventiebeleid is nodig.

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, geachte collega's, inzake preventie gebeuren er eigenaardige zaken. Tijdens het zomerreces vernam ik bijvoorbeeld dat een centrum dat zich om zelfdoding bekommert, aan de federale minister heeft gevraagd om een federaal preventieplan uit te werken. Veel actoren op het terrein van de preventie zijn blijkbaar niet op de hoogte van waar de bevoegdheden zich situeren! In elk geval hoop ik dat de bevolking daarvan niet het slachtoffer wordt. Zelfs volksverte-

genwoordigers zijn blijkbaar niet goed op de hoogte, want aan de basis van het initiatief ligt een resolutie die in het federale parlement is goedgekeurd. Er is dus nog werk aan de winkel. Vlaanderen heeft altijd duidelijk gesteld dat inzake preventie een duidelijke taakafbakening moet gelden. Laat het uiteraard duidelijk zijn dat preventie geen gadget is, of een gimmick om ministers te laten scoren. Preventie moet wetenschappelijk onderbouwd zijn, en dat is niet altijd sexy.

Minister Demotte heeft me nog niet op de hoogte gebracht van wat hij beoogt. Er is daarover dus nog niet overlegd. Voor alle duidelijkheid moet worden gesteld dat hij terzake wel degelijk over bevoegdheden beschikt. De organisatie van preventieve acties is mijn bevoegdheid, maar alles wat slaat op nomenclatuurverbonden prestaties en Riziv-gebonden medische onderzoeken behoort tot zijn bevoegdheden. De gevolgen van onze preventieve acties voor medische handelingen moeten dus met hem worden besproken. Op dat vlak is er samenwerking nodig.

We hechten veel belang aan preventie. De ervaringen uit het buitenland leren ons dat het de moeite loont. Naar aanleiding van het debat dat daarover in de commissie is gevoerd, zitten mijn administratie en mijn kabinet met vertegenwoordigers van de huisartsen en gastro-enterologen rond de tafel om terzake nog dit jaar een initiatief uit te werken. Vorige keer hebben we al verduidelijkt wat we belangrijk vinden: samen met de huisartsen werken naar doelgroepen. Op basis daarvan wordt op dit ogenblik in die 'werkgroep' gesleuteld aan wetenschappelijk onderbouwde programma's.

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Ik dank de minister voor haar antwoord en onthoud vooral dat minister Demotte op geen enkel ogenblik met haar over zijn initiatief heeft overlegd. In De Standaard van 20 juni las ik dat de Vlaamse administratie al een tijdje bezig is met de voorbereiding van de screening. In dat verband wordt verwezen naar de grondwettelijk vastgelegde opdracht van de deelstaten om het preventiebeleid vorm te geven. Wat doet de minister met het feit dat ze niet is geraadpleegd? Mag ik veronderstellen dat ze hem eraan zal herinneren dat hij haar op zijn minst daarbij moet betrekken?

**De heer Erik Tack:** Op twee van mijn vijf vragen heb ik een duidelijk antwoord gekregen. Op drie echter

niet. Zo wil ik weten of de minister akkoord gaat met het feit dat de federale minister het initiatief neemt.

**De voorzitter:** Dat is een retorische vraag.

**Minister Inge Vervotte:** Ik ga noch met de werkwijze, noch met de inhoud van het initiatief akkoord.

**De heer Erik Tack:** In dat geval had ik graag vernomen welke initiatieven de minister wil nemen. Ik kan me niet voorstellen dat ze dit zomaar zal laten gebeuren. Verder wil ik vernemen wat ze zal ondernemen om te voorkomen dat de federale minister zich steeds opnieuw op haar bevoegdheidsterreinen begeeft.

**Minister Inge Vervotte:** Elke bevoegdheidsoverschrijding wordt aangepakt. Zo is er contact opgenomen nadat we kennis hadden gekregen van de verklaring over het federale zelfmoordpreventieplan. In dit geval lijkt het me verstandig om eerst ons eigen voorstel uit te werken, om nadien met de federale minister te overleggen over de consequenties voor het Riziv en dergelijke. Dat kan binnenkort al gebeuren.

**De heer Erik Tack:** Mag de huisarts over het hoofd worden gezien?

**Minister Inge Vervotte:** Wat mij betreft, mag dat niet.

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

---

– *Mevrouw Dillen treedt als voorzitter op.*

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de integratie van het pneumokokkenvaccin in het vaccinatieprogramma**

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, de pneumokokkenbacterie is in België de belangrijkste oorzaak van meningitis, bacteriëmie, septicemie en pneumonie bij zuigelingen en het jonge kind. De incidentie van pneumokokkeninfecties is op dit ogenblik 59 op 100.000 bij kinderen jonger dan 5 jaar en 104 op 100.000 bij kinderen jonger dan 2 jaar.

Van maart 2002 tot maart 2003 werden 342 kinderen in het ziekenhuis opgenomen ten gevolge van een invasieve pneumokokkeninfectie. Dat is gemiddeld één kind per dag. Eén op vier kinderen met een hersenvliesontsteking door pneumokokken ondervindt zware en invaliderende neurologische gevolgen zoals verlamming, mentale achterstand, epilepsie, enzovoort. Eén kind op drie lijdt hierdoor aan doofheid. In 16 percent van de gevallen overlijdt het kind.

Er werd een vaccin ontwikkeld waarvan vaststaat dat het veilig en efficiënt is en beschermt tegen pneumokokkenstammen die verantwoordelijk zijn voor 85 percent van de invasieve pneumokokkeninfecties. De Hoge Raad voor Gezondheid heeft in februari 2004 aanbevolen om alle kinderen te laten vaccineren. Tijdens de interministeriële conferentie in december 2004 werd de beslissing om Prevenar op te nemen in het vaccinatieschema uitgesteld. Op 13 juni 2005 werd tijdens de interministeriële conferentie de beslissing opnieuw uitgesteld. Dat betekent dat de overheid opnieuw talmt met het vastleggen van een datum voor het opnemen van Prevenar in het vaccinatieschema.

Mevrouw de minister, waarom werd opnieuw beslist de opname van Prevenar in het vaccinatieschema uit te stellen? Wanneer denkt u dat vaccin vooralsnog op te nemen in het vaccinatieschema? Wat is de verantwoordelijkheid van de overheid ten aanzien van kinderen die een hersenvliesontsteking hebben opgelopen als gevolg van een pneumokokkenbacterie?

**Mevrouw Vera Jans:** Ik begin mijn aanvulling op dezelfde manier als daarnet. Deze problematiek is hier vrij uitgebreid aan bod gekomen in juni. Toen werden een tweetal vragen om uitleg gesteld over hetzelfde thema. Mevrouw de minister, u hebt toen een vrij uitgebreid antwoord gegeven. Daaruit heb ik vooral onthouden dat de totale kosten voor het vaccinatieprogramma op dit moment 14,5 miljoen euro bedragen. Op basis van het protocol met de federale overheid zou de opname in het schema Vlaanderen 4,83 miljoen euro kosten. Dat zou een verdubbeling betekenen van het huidige vaccinatiebudget. Men wilde dan ook niet over een nacht ijs gaan alvorens daarover een beslissing te nemen. Bovendien is de vaccinatiegraad in Vlaanderen niet slecht.

Mevrouw de minister, zijn er ondertussen nieuwe elementen opgedoken? Aangezien we hierover vrij kort geleden van gedachten hebben gewisseld, zou me dat verbazen.

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

**Minister Inge Vervotte:** Er zijn inderdaad geen nieuwe elementen in het dossier. Degenen die het debat hebben gevolgd, weten dat er een gemengde financiering is vanuit de gemeenschappen en de federale overheid. Het probleem is aan bod gekomen op de vorige interministeriële conferentie. Minister Demotte heeft gezegd dat hij nog een advies verwacht van het kenniscentrum vooraleer een beslissing te treffen over de nodige middelen.

Elk vaccin dat wordt voorgesteld door de Hoge Raad voor Gezondheid komt in aanmerking om te worden opgenomen in het schema. Er is dan een gedeelde financiering door alle betrokken overheden. Zoals u weet, staat de federale overheid in voor twee derde van de financiering en de gemeenschapsvoorziening voor één derde.

De zaak is ook aan bod gekomen tijdens de begrotingsbesprekingen. Zo is er in de pro memorie van die besprekingen een onderdeel 'pneumokokken' opgenomen. Indien alle overheden bereid zijn om het vaccin op te nemen in het basisvaccinatieschema, zal Vlaanderen zijn verantwoordelijkheid nemen.

Uiteraard is elke zware ziekte bij kinderen te betreuren. Gelukkig is er in dit geval een vaccin dat bescherming biedt. Ik begrijp dat het niet voor iedereen evident is om het te kopen. We blijven er verder aandacht aan besteden en bekijken hoe we het vaccin kunnen opnemen in het schema.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Mevrouw Jans, het was zeker niet mijn bedoeling om hier het inhoudelijke debat opnieuw te voeren. Mijn bekommernis ging voornamelijk over het feit dat de beslissing al twee keer werd uitgesteld.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de beloofde bijkomende middelen voor thuiszorg en dementerenden**

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** In de pers stond dat er extra geld wordt uitgetrokken voor de thuiszorg van dementerenden. De middelen zouden dienen om projecten van thuiszorgorganisaties te financieren. Uiteraard deel ik de bekommernis voor de thuiszorg. We kunnen ons enkel verheugen over de aandacht die dit onderwerp krijgt.

Dementerenden vormen echter een zeer speciale groep in de samenleving. Als het de bedoeling is dat ze langer thuis kunnen blijven wonen via de inzet van technologische hulpmiddelen en domotica, dan kunnen we dat enkel toejuichen. Toch blijven er een aantal vragen. Wie komt in aanmerking? Wat zijn de doelstellingen betreffende de jaren extra in de thuis-situatie? Wat is de omvang van de bewaking? Wat is de verantwoordelijkheid van de dienst thuiszorg bij gevaar? Wat gebeurt er met de dementerende die er alleen voor staat en alleen woont?

Ook blijkt dat een dementerende in een bepaalde fase niet meer in staat is om thuis te verblijven. Er moet dus aandacht worden geschonken aan het probleem van de opvang van dementerenden in rustoorden. Mevrouw de minister, u hebt een bezoek gebracht aan een instelling in Aalst. In de pers hebt u toen beloofd dat er geld zal worden vrijgemaakt voor de aanpassing van de rust- en verzorgingstehuizen om de dementerenden op te vangen.

Mevrouw de minister, hoeveel middelen trekt u uit voor deze projecten? Hoeveel thuiszorgorganisaties hebben een project ingediend en voor welk bedrag? Wordt al een selectie doorgevoerd? Zo ja, wie werd geselecteerd en op basis van welke criteria? Welke dementerende bejaarden komen in aanmerking om deel te nemen aan dit soort van projecten? Gaat het om alleenstaande dementerenden of dementerenden met partner? Hoe worden dementerenden geselecteerd om in thuiszorg verzorgd te worden? Welk meetinstrument wordt daarvoor gebruikt? Is dat de Katz-schaal of een ander instrument? Waar worden de hulpmiddelen geïnstalleerd, bij de bejaarde thuis of in een vorm van begeleid wonen? Wat gebeurt er met de hulpmiddelen eens de bejaarde overlijdt of toch residentieel moet worden opgenomen? Worden ze gerecupereerd? Welk budget voor hulpmiddelen stelt u ter beschikking?

Wat is uw doelstelling met deze projecten in termen van extra jaren die een dementerende hierdoor langer thuis kan verblijven? Zullen thuisverzorgers in deze projecten de dementerende bejaarden permanent



in het oog houden via de webcam om zo het wegloopgedrag van dementerenden op te lossen? Zal de bewaking ook 's nachts gebeuren? Hoe zit het met de verantwoordelijkheid van de dienst thuiszorg indien een bejaarde door een gebrek aan toezicht toch in een gevaarsituatie terecht komt? In welke mate wordt in dit project ook rekening gehouden met de partner van de dementerende bejaarde en diens privacy?

**Mevrouw Greet Van Linter:** In de praktijk zullen er problemen ontstaan met de alleenstaande dementerenden. Hoe worden dementerenden geselecteerd om thuis te worden verzorgd? Er werd al gewezen op de Katz-schaal. Wie zal instaan voor de evaluatie? Een schaal invullen en ze evalueren zijn totaal verschillende zaken.

Het gaat niet om kleinigheden. Er moeten bepaalde criteria in acht worden genomen. Er moet verantwoordelijkheid worden opgenomen voor de veiligheid van de betrokkenen. Gebeurt dat door artsen of door een multidisciplinair team? Wie volgt dit verder op? Dementie treedt immers op in diverse stadia, met een voortdurende evolutie. Hoe zal dit concreet worden gevolgd? Zullen er nadien regelmatig controles worden gedaan, en door wie? Hier zullen heel wat mankracht, teamwork en middelen aan te pas komen. Zullen de door u vooropgestelde middelen dan wel volstaan?

**De heer Tom Dehaene:** Het is terecht dat we hiervoor veel aandacht hebben en zoeken naar nieuwe technologie terzake. Bij het beoordelen van dit alles, vraag ik echter ook de nodige aandacht voor kleinschalig wonen. Dat biedt zeer veel mogelijkheden. Het is inderdaad intensief, maar het lijkt me een zeer waardevol alternatief voor dementerende bejaarden.

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

**Minister Inge Vervotte:** Er zijn inderdaad projectmiddelen vrijgemaakt voor de oproep die we hebben gelanceerd. Die eerste oproep is zo breed mogelijk geformuleerd, omdat we het innovatieve karakter en de in deze sector aanwezige creativiteit zoveel mogelijk willen stimuleren. Voor de eerste fase is er sprake van een aantal criteria. Het gaat namelijk over de problematiek van dementerenden in een thuiszorgsituatie, met de nadruk op het zo lang mogelijk thuis houden van de persoon in kwestie en op duurzaamheid met het oog op verbreding. Het is immers niet de bedoeling projectjes op te zetten die heel lokaal en gebonden zijn. Het is de bedoeling eruit te leren,

zodat het kan worden uitgebreid naar de rest van Vlaanderen. Dit zijn voorlopig de enige criteria die we hebben vooropgesteld. Nu krijgen we volop dossiers en projectvoorstellen binnen. We hopen daar veel uit te kunnen leren. We zijn echter niet op de hoogte van alles wat er op dit vlak mogelijk is. Bij veel van deze mensen is er heel wat kennis en know-how aanwezig. We hopen via hen tot zeer veel inzicht te komen, en misschien ook verder beleidsbeslissingen te nemen in deze richting.

Ik kan u momenteel niet medelen hoeveel dossiers er zijn. Normaliter moeten alle dossiers ingediend zijn tegen het einde van deze maand. Ik zal ze dan opvragen, maar nu heb ik daar nog geen zicht op.

Ik stel inderdaad een bedrag van maximaal 600.000 euro ter beschikking. Het is uiteraard de bedoeling dat de door u terecht aangehaalde elementen inzake zorg, begeleiding en indicatiestelling in die projectvormen aan bod komen, net als antwoorden op de vraag over welke personen het gaat en wat de criteria zijn. Zo kan het bijvoorbeeld dat in sommige projecten die zich aandienen een privacy-element belangrijk zal zijn. Uiteraard zal daar dan de wetgeving inzake de privacy worden gerespecteerd en zal er sowieso toestemming moeten zijn van de betrokkene zelf, of van partner of familie.

Voorlopig bevinden we ons echter in de fase waarbij er een open oproep is gedaan en er een bedrag ter beschikking is gesteld. Wanneer al deze projecten binnen zijn, zullen we aan verdere criteriaverfijningen moeten doen om keuzes te maken met betrekking tot de projecten. De effecten daarvan moeten we dan evalueren tegen het einde van de projectduur, eind 2006, en daaruit kunnen we dan ook beleidsrelevante beslissingen putten. Het is de bedoeling nu wat te experimenteren. Er wordt immers gesteld dat het vooral bij beginnende dementie belangrijk is dat mensen zo lang mogelijk in hun thuisomgeving kunnen blijven. Uiteraard betekent dit ook een vervolg van circuits. We hebben met minister Demotte afspraken gemaakt over zorgvernieuwingsprojecten. In het derde protocol terzake wordt specifiek ruimte geschapen voor projecten inzake dementie.

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Mevrouw de minister, het spijt me, maar u hebt een aantal vragen niet beantwoord. Zo vroeg ik waar de hulpmiddelen zul-

len worden geïnstalleerd en wat er gebeurt indien een bejaarde overlijdt of moet worden opgenomen.

**Minister Inge Vervotte:** U moet die vraag stellen wanneer ik een keuze heb gemaakt uit de projecten. Dan mag u me kritisch ondervragen over de correctheid van de criteria en kunt u dat alles bekijken. Voorlopig moet u echter begrijpen dat er sprake is van een open oproep omdat ik wil nagaan wat er zoal aanwezig is in het veld, want anders had ik geen oproep moeten doen en had ik zelf bepaald welk project ik zou willen bekijken.

Uiteraard zullen de criteria verder moeten worden bepaald, en dan zullen er ook afspraken moeten worden gemaakt over de te gebruiken hulpmiddelen. Er kan misschien bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van videotelefonie. Dat zal moeten blijken uit de aantrekkelijkheid van de projecten die zullen binnenlopen. Ik ga me nu echter nog niet beperken inzake een aantal criteria: ik wil eerst nagaan welke creativiteit, kennis en knowhow er binnen de sector aanwezig zijn.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Ik kan daar uiteraard wel wat begrip voor opbrengen. Als ik het goed begrijp, doet u nu een open oproep, waarvoor u een budget hebt gereserveerd. Als ik het goed begrijp zult u, op basis van wat u binnenkrijgt, bepalen aan wie u dit zult toekennen?

**Minister Inge Vervotte:** We hebben een open oproep gedaan, waarbij we de doelstelling van het project hebben aangegeven, namelijk ervoor zorgen dat dementerende personen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven en dat het project ook zijn waarde kan hebben buiten de regio. We zullen nagaan welke goede initiatieven er binnenlopen. Op basis daarvan zullen we een aantal keuzes moeten maken, bijvoorbeeld over het verder ondersteunen van technologie. Als er bijvoorbeeld geen projecten binnenkomen met technologie zoals videotelefonie, ga ik dat niet opnemen in mijn criteria. Het is evident dat er eerst een zo breed mogelijke oproep gebeurt, met zoveel mogelijk initiatieven, die vervolgens zullen worden geëvalueerd op basis van bepaalde criteria. Zo gebeurt dat altijd met het toekennen van projectsubsidies.

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

– *Mevrouw Vera Van der Borgh treedt als voorzitter op.*

**Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toename van ouderdomsdiabetes bij jongeren**

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, geachte leden, naar aanleiding van het Europese diabetescongres werd erop gewezen dat het aantal kinderen en jongeren dat aan diabetes lijdt, en vooral dan aan ouderdomsdiabetes, aanzienlijk en zorgwekkend toeneemt. Volgens de specialisten gaat het over een toename met 3 tot 5 percent nieuwe gevallen per jaar.

Een aantal belangrijke oorzaken daarvan zijn bekend: slechte eet- en leefgewoonten, een gebrek aan voldoende preventie, een gebrek aan beweging en overgewicht. Uit onderzoeken is gebleken dat overgewicht het snelst toeneemt in de groep van 2- tot 6-jarigen. Dat is erg verontrustend. Als deze kinderen zwaarlijvig zijn op het ogenblik dat ze de puberteit bereiken, is de kans bijzonder groot dat ze diabeticus worden.

Het Nederlandse onderzoek dat aan de basis van het congres lag, waarschuwt ervoor dat indien er geen verandering komt, 6 tot 8 percent van onze jongeren binnenkort zal lijden aan diabetes. Vandaag is de jongste ouderdomsdiabeticus ter wereld 4 jaar oud. Dat is erg zorgwekkend. Vooral in de VS en Europa is dit probleem bijzonder ernstig aan het worden, met alle gevolgen van dien. Een en ander leidt immers tot risico's op hart- en vaataandoeningen, maar ook tot andere complicaties: het ontwikkelen van depressies, eetstoornissen, amputaties, blindheid, enzovoort.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van de toename van ouderdomsdiabetes bij jongeren? Is hierover ook in Vlaanderen wetenschappelijk onderzoek verricht? Zo ja, wat zijn de resultaten? Zo neen, zult u maatregelen nemen om dit onderzoek te laten uitvoeren?

De resultaten van het Nederlandse onderzoek zijn zorgwekkend. Daarover kunnen we het allen eens zijn. Specialisten waarschuwen ervoor dat ook Vlaanderen dezelfde trend volgt. Welke initiatieven

hebt u genomen om de oorzaken – die bekend zijn – voor deze toename te helpen wegwerken?

Mevrouw de minister, de slechte eet- en leefgewoonten vormen een derde belangrijke oorzaak. Het onderwijs zou op dit vlak misschien ook een steentje kunnen bijdragen. Hebt u in dit verband al een aantal projecten in samenwerking met de minister van Onderwijs uitgewerkt?

Deze problematiek is de voorbije 10 jaar in deze commissie en in de Commissie voor Onderwijs al herhaaldelijk aan bod gekomen. Zo is het onderwerp in de marge van een aantal bijzonder interessante hoorzittingen over zwaarlijvigheid aan bod gekomen. Minister Vandenbroucke denkt er eindelijk aan om de frisdrankautomaten in scholen te verbieden. Het heeft lang geduurd om hem hiervan te overtuigen. Alle betrokken diensten zouden met betrekking tot deze problematiek een strategisch plan moeten uitwerken.

Ik zou nog een laatste bedenking willen formuleren. Gezien de ernst van de problematiek is tijdens het congres besloten om een wereldwijde studie op poten te zetten. In de loop van dit onderzoek zouden jongeren tussen 7 en 18 jaar over hun leven met diabetes en de hieruit voortvloeiende problemen worden bevraagd. De minister van Volksgezondheid van Oostenrijk, de volgende voorzitter van de EU, heeft besloten de ziekte op de Europese agenda te plaatsen en de exacte verspreiding in Europa in kaart te brengen.

Mevrouw de minister, is Vlaanderen bereid om aan dit Europees onderzoek deel te nemen? Indien u me vandaag geen antwoord op deze bijkomende vraag kunt geven, zal ik ze in de vorm van een schriftelijke vraag opnieuw indienen.

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

**De heer Tom Dehaene:** Mevrouw de voorzitter, ik wil niet herhalen wat mevrouw Dillen reeds heeft gezegd. Aangezien ik boekhoudkundige van opleiding ben, zou ik er evenwel toch nog een aantal cijfers aan willen toevoegen.

Er wordt over een diabetesepidemie in België gesproken. Momenteel hebben ongeveer 300.000 mensen in België diabetes. Tegen 2010 zou dit aantal tot 510.000 mensen kunnen oplopen. We beschikken echter niet over exacte cijfers voor België of voor Vlaanderen.

De VS beschikt wel over exacte cijfers: 10 jaar geleden telden de meeste staten van de VS ongeveer 4 percent diabetespatiënten, maar in 2005 is het aantal patiënten in de meeste staten al boven 15 percent gestegen. Het verband met obesitas is uiteraard niet ver te zoeken. Bovendien gaat 1 dollar van elke 5 dollar die in de VS aan gezondheidszorg wordt besteed naar de behandeling van diabetespatiënten. Indien we niets aan de stijging van het aantal mensen met diabetes doen, wacht ons met andere woorden een zware budgettaire last.

In 44 Limburgse gemeenten heeft een screening plaatsgevonden. Hieruit is gebleken dat ongeveer 5 percent van de onderzochte personen diabetes heeft. De helft van die mensen wist niet eens dat ze de ziekte hadden. Aangezien de eerste duidelijke symptomen lang op zich kunnen laten wachten, is dit vrij typisch voor deze ziekte. Om een verergering van de gevolgen van de ziekte te voorkomen, is het nochtans belangrijk er snel bij te zijn.

We vragen hier terecht meer aandacht voor deze ziekte. Op 14 november 2005 vindt de volgende editie van de World Diabetes Day plaats. In de aanloop naar deze dag zal het thema weer veel aandacht krijgen.

Mevrouw de minister, is het haalbaar om het project in Limburg in heel Vlaanderen te herhalen? Ik vrees dat ik het antwoord op deze vraag al ken. Dit project is allicht niet goedkoop en de middelen zijn beperkt.

Bovendien draait dit project enkel om het opsporen van mensen die reeds diabetes hebben. We moeten ook voldoende preventieve inspanningen leveren. Ik heb deze vraag trouwens al eens eerder gesteld. Bestaat de mogelijkheid om hiervoor een zekere budgettaire return te krijgen? Ik vind dat Vlaanderen hiervoor middelen moet vrijmaken. Indien de andere regio's dit niet doen, zullen de kosten evenwel blijven oplopen en daarvoor zullen we allemaal moeten blijven betalen. Is er al zicht op een budgettaire return?

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

**Minister Inge Vervotte:** Mevrouw de voorzitter, het Belgisch Diabetesregister staat in voor de registratie van diabetespatiënten. Dit register wordt enkel vanuit mijn budget gesubsidieerd. Diabetes wordt momenteel in twee types ingedeeld. Ik wil hier niet verder op de medische verschillen tussen type 1 en type 2

ingaan. Er bestaan bovendien nog een paar andere specifieke types.

Volgens het Belgisch Diabetesregister bedraagt de incidentie van type 1 diabetes in Vlaanderen twaalf per 10.000. Het Belgisch Diabetesregister baseert zich hiervoor op cijfers uit Antwerpen. Die cijfers zijn blijkbaar het volledigst en het meest representatief voor Vlaanderen. Ik weet niet welke wetenschappelijke criteria hierbij worden gehanteerd.

Uit de gegevens van het Belgisch Diabetesregister blijkt tevens dat de stijging van de incidentie bij kinderen door een daling van de incidentie bij de 15- tot 39-jarigen wordt gecompenseerd. Dat wijst op een vroegere manifestatie van de ziekte. Uit deze cijfers blijkt dat er de voorbije 10 jaar geen stijging is geweest van dit type van diabetes, maar wel dat er een vroegere manifestatie is.

Hoewel het register ook andere types van diabetes onder de 40 jaar registreert, is deze registratie volgens ons te onvolledig om een idee te geven van een incidentie van type II. Professor Gorus van het diabetesregister volgt dit voor ons op. Volgens hem zijn er vandaag geen gegevens die ons toelaten te stellen dat type II meer zou voorkomen bij blanke kinderen in Europa. Het klopt wel dat zwaarlijvigheid toeneemt en dat dit een uitlokkende factor kan zijn van diabetes. Dit kan een verklaring zijn van de vroegere manifestatie van type I-diabetes.

In Vlaanderen wordt de gezondheidstoestand van jongeren regelmatig opgevolgd. Bij zuigelingen en peuters gebeurt dit door de huisartsen, pediaters en artsen en verpleegkundigen van onder andere Kind en Gezin. Normaal gezien moeten CLB's ook de taak van de gezondheid van de schoolgaande jeugd mee op zich nemen. Bij iedere baby, peuter en leerling wordt regelmatig het BMI bepaald. Bij jongeren is het belangrijk dat die wordt uitgezet op de curve van leeftijdsnoten. Er werd recent een aangepaste groeicurve opgesteld. De onderzoeken worden gefinancierd door het departement Welzijn en Gezondheid. Door de multidisciplinaire werking van de CLB's kunnen eet- en gewichtsstoornissen bij kinderen vroeger worden opgespoord.

Ik subsidieer momenteel een onderzoeksopdracht die binnenkort in de eindfase komt. De opdracht was de professionalisering van de preventie en behandeling van jongeren met eetstoornissen. Die opdracht werd toevertrouwd aan de KUL. Elementen die in de

onderzoeksopdracht voorkomen, zijn: vroegtijdige opsporing, het in kaart brengen van de bestaande hulpverlening, het piramidiaal model waarbij zoveel mogelijk aandacht wordt besteed aan preventie om zo weinig mogelijk curatief te moeten optreden, en het getrappt behandelingsmodel voor deze problematiek.

Daarnaast zijn er de LOGO's, de gezondheidsdoelstellingen, het VIG en intersectorale samenwerking. Er is ook een positief domeinoverschrijdend initiatief van de minister van Onderwijs. Minister Vandenbroucke is van plan een gezondheidscoördinator aan te werven in de scholen. De aansturing zal door ons gebeuren, maar een gezondheidsplan voor de scholen krijgt nu structureel meer vorm. Scholen zijn een belangrijke partner.

Ik heb geen weet van een internationaal project. Mijn ervaring leert dat internationale initiatiefnemers telkens contact opnemen met lokale initiatieven, zoals het VIG. We hebben de gewoonte om onze kennis en knowhow ter beschikking te stellen, alsook onze kanalen.

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben blij dat er recent een aantal initiatieven worden genomen. Als u de resultaten hebt van het onderzoek van de KUL, kunnen we daarover misschien van gedachten wisselen in deze commissie.

Het verheugt me dat u betrokken bent bij de plannen van minister Vandenbroucke. Hij heeft eindelijk ingezien dat er iets moet gebeuren in het onderwijs. Ik ben de eerste om te beklemtonen dat ouders hierin de hoofdverantwoordelijkheid dragen. Niet alle ouders hebben echter de mogelijkheid en de kennis om hun kind te begeleiden. Het gaat jammer genoeg om arme kinderen en kinderen in het beroeps- en technisch onderwijs. Nog geen jaar geleden antwoordde minister Vandenbroucke op een vraag van mij dat dit niet behoorde tot de taak van een school. Het verheugt me dan ook dat hij nu erg ver gaat met de gezondheidscoördinator. Ik ben benieuwd naar de praktijk, maar steun dit initiatief met enthousiasme.

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

---

– *De heer Felix Strackx treedt op als voorzitter.*

**Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de proefprojecten voor betere opvang na zelfmoordpoging**

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het experiment rond een betere opvang voor zelfmoordpatiënten**

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, uit Vlaams onderzoek is gebleken dat een op dertig personen die een poging tot zelfmoord heeft ondernomen, binnen het jaar daadwerkelijk overlijdt door zelfmoord. Het risico is vooral groot bij personen die zonder professionele begeleiding het ziekenhuis verlaten.

Mevrouw de minister, enkele weken geleden hebt u aangekondigd dat u een proefproject wilt opstarten in vijf Limburgse algemene ziekenhuizen, specifiek gericht op de opvang en begeleiding van personen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen. Uw doelstelling is een daling van het aantal depressies en zelfmoorden.

Op welke wijze wordt dit proefproject georganiseerd? Wie is hiervoor verantwoordelijk? Zal er bijkomend personeel worden ingezet om dit project te organiseren? Hoeveel en welke middelen zult u vrijmaken om dit project te ondersteunen? Het project loopt in vijf Limburgse ziekenhuizen. Waarom loopt dit project uitsluitend in de provincie Limburg? Op basis van welke criteria? Bestaat er een bijzondere vorm van samenwerking tussen de uitgekozen ziekenhuizen? Hoe en door wie zal dit project worden geëvalueerd? Hebt u reeds concrete plannen om bij een positieve evaluatie dit project uit te breiden naar alle provincies?

In het raam van de doelstelling om het aantal zelfmoorden terug te dringen is er ook een project om depressieherstel te voorkomen met een combinatiebehandeling van meditatietechnieken en gedragstherapie. Wat is hier de stand van zaken? Hoe wordt dit georganiseerd? Wanneer gebeurt hiervan een evaluatie?

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Ik beperk me tot mijn vragen, voor het overige sluit ik me aan bij de inleiding van mevrouw Dillen.

Mevrouw de minister, zal in deze ziekenhuizen een extra personeelslid worden ingezet, gefinancierd door de Vlaamse overheid, of wordt gewerkt met het reeds aanwezige personeel? Indien een extra personeelslid wordt ingezet, hoeveel middelen worden daar dan voor uitgetrokken? Indien wordt gewerkt met het huidige personeel, in welke mate is daarover dan overleg gepleegd met de federale minister van Sociale Zaken die deze personeelsleden financiert vanuit het ziekte- en invaliditeitsbudget? Hoeveel kost de training van deze personeelsleden?

Er zal worden nagegaan of er een risico op herstel is en of opvang nodig is. Wat gebeurt er indien opvang nodig is? Over welke opvang gaat het dan? Wordt de betrokkene in contact gebracht met opvanginitiatieven, eventueel federale opvangvormen?

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

**Mevrouw Vera Jans:** Ik sluit me aan bij beide vragen.

Het project waarvan sprake is veelbelovend. Mensen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen, vormen een uitgesproken risicogroep. De opvang op de spoedgevallendienst is dan ook cruciaal.

Ik ben benieuwd naar het verloop en op termijn naar de evaluatie van dit project. Ik hoop dat het bijdraagt tot de dynamiek die in het beleid is ontstaan om depressies en zelfmoord te voorkomen.

Mevrouw de minister, u hebt ook uw steun gegeven aan het pilootproject mindfulness-based cognitive therapy. Ik ben blij dat dit vernieuwend concept op steun mag rekenen.

Als ik me niet vergis, hebben de vijf Limburgse ziekenhuizen dit project zelf aangebracht of bestond er al een soort samenwerking. Ik verneem echter graag van u hoe de situatie precies in elkaar zit.

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

**Minister Inge Vervotte:** De begeleiding van de pilootprojecten voor de opvang van suïcidepogers gebeurt in het Limburgs Universitair Centrum te Diepenbeek, in samenwerking met de eenheid voor zelfmoord van

de universiteit van Gent en met de werkgroep suïcidepreventie van Limburg.

Het gaat vooral over mensen die op de spoedgevaldienst terechtkomen omwille van een zelfmoordpoging en die uit het ziekenhuis worden ontslagen. Uit onderzoek blijkt dat een vervolg van de zorg nodig is. We willen deze zorg optimaliseren om nieuwe zelfmoordpogingen te voorkomen.

Het project bestaat uit drie fasen. De eerste fase is een voorbereidende fase die bestaat uit de ontwikkeling van het instrument, de vorming van de hulpverleners, het maken van afspraken met de ziekenhuizen en de voormeting van de indicatoren. Vervolgens is er de pilootfase met ondersteuning van de hulpverleners bij het gebruik van het instrument, de toepassing van het instrument bij de aangemelde suïcidepogers, de nameting van de indicatoren en registratie van de gegevens voor de nameting en evaluatie. De laatste fase bestaat uit de evaluatie van de meetresultaten en het haalbaarheidsonderzoek.

Het gebruik van het instrument van de psychosociale evaluatie bij de opvang is vooral belangrijk om de achterliggende problematiek en risicofactoren, de actuele suïcidaliteit en de motivatie van de handeling in kaart te brengen. Daaruit kan worden nagegaan welke specifieke hulp nodig is. Dit wordt dan een element van de nazorg. Op die manier kunnen de hulpverleners het hervallen inschatten en tegelijkertijd stappen zetten tot de vervolgbehandeling van de betrokkene.

Dit vergt een bijkomende inspanning van de diensten spoedgevallen. De ziekenhuizen krijgen er dan ook een financiële steun voor van de Vlaamse Gemeenschap, bestaande uit een algemeen bedrag van 2.500 euro per ziekenhuis. Dat bedrag is bedoeld om de training die het personeel moet volgen te vergoeden, alsook de regelingen die intern moeten worden getroffen, zoals de deelname aan het project, de vervangingen, de kwaliteitsbewaking, de beschikbaarheid van het personeel, enzovoort. Daarnaast wordt een bedrag van 140 euro per gescreende patiënt ter beschikking gesteld voor de tijdsinvestering. We financieren niet het personeel van de ziekenhuizen, want dat is een federale materie, maar geven een financiële injectie voor de financiering van de tijdsinvestering en dergelijke.

Patiënten die in het project terechtkomen en de screening ondergaan, kunnen worden doorverwe-

zen. Daarom is er al eerder een project geweest om de nazorg beter onderling af te stemmen en zowel de ambulante zorg als de gespecialiseerde zorg te kunnen mobiliseren in een soort netwerk.

Het is niet de bedoeling een afzonderlijk circuit van zorg en opvang te realiseren, wel om de doorstroming naar de nazorg te organiseren. Het komt erop neer dat er afspraken worden gemaakt over de nazorg voor een patiënt die een suïcidepoging heeft ondernomen en daardoor is terechtgekomen in een dienst spoedgevallen. In die dienst is niet altijd de mankracht en de tijd voorhanden om daar mee bezig te zijn. Daarom stellen we nu extra instrumenten ter beschikking.

Dit is eigenlijk een vervolg op een ander project, namelijk voor nazorg, dat we willen optimaliseren. Nu zullen de twee dus op elkaar aansluiten. Er is een goede samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen, want ook in dit geval is het belangrijk dat de nazorg door de huisarts wordt voortgezet. In de gesprekken die ik onlangs met huisartsen heb gevoerd, kwam duidelijk naar voren dat zij veel met deze problematiek worden geconfronteerd. Vaak komen mensen die de weg naar een Centrum Geestelijke Gezondheidszorg niet kennen, wel naar de huisarts. De huisarts is dan ook een belangrijke schakel in het nazorgnetwerk.

De lopende projecten in het kader van de preventie van depressie en zelfdoding zijn inderdaad proefprojecten. De bedoeling daarvan is de haalbaarheid van bepaalde preventiestrategieën te toetsen aan de realiteit in de Vlaamse context. We hebben gekozen voor Limburg omdat er dan verschillende projecten zijn met een goede regionale spreiding. Ik som de projecten op: Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) in Oost-Vlaanderen, het pilootproject European Alliance Against Depression in West-Vlaanderen, KOPP of Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen in Vlaams-Brabant en dus nu Psychosociale Evaluatie en Opvang van Suïcidepogers in het Algemeen Ziekenhuis (PEOSAZ) in Limburg. Waar het volgende zal komen, kunt u al raden.

Er is gekozen voor Limburg omdat daar al een project voor nazorg bestond en het ene moet aansluiten op het andere. Het heeft geen zin een suïcidescreening naar hervat te doen als er geen nazorg is. Eerst moet de nazorg georganiseerd worden, en dan de

screening. Met screening zonder nazorg zouden we niet goed bezig zijn.

De evaluatie van die strategieën is een onderdeel van het pilootproject zelf. De laatste fase is een haalbaarheidsonderzoek. Als dat gunstig uitvalt, zullen we moeten nagaan welke voorwaarden nog moeten worden vervuld om dit verder te kunnen implementeren in Vlaanderen. Als we een pilootproject opzetten, dan is het ook de bedoeling, als dat kan, om het verder uit te bouwen.

MBCT is een cognitieve groepstherapie. De persoon zelf worden instrumenten in handen gegeven om iets aan de depressie te doen. Hij leert afstand nemen van negatieve gedachten. We weten dat een depressie totstandkomt als een persoon een negatieve gedachte-stroom heeft over zichzelf en zijn omgeving. Ook met medicatie wordt eigenlijk ingespeeld op die gedachte-stroom, zodat die niet de bovenhand krijgt over de persoon zelf. Met deze cognitieve groepstherapie zijn in Amerika al zeer goede resultaten geboekt, die ook evidence-based zijn. Het klinkt wel wat alternatief, maar de resultaten zijn duidelijk wetenschappelijk aangetoond. Het gaat om fantastische cijfers met een daling van de herval met bijna 50 procent, wat in deze sector enorm is.

Het is dan ook de moeite waard het ook in Vlaanderen te toetsen aan de realiteit. In het haalbaarheidsonderzoek dat in het project is opgenomen, zitten ook effectmetingen. Voor ons is het belangrijk te weten wat de effecten op lange termijn zijn voor de mensen die de therapie hebben gevolgd.

De voorbereidingsfase duurt 9 maanden, de uitvoeringsfase een jaar, en de evaluatiefase 15 maanden. Dat laatste is nodig omdat we de periode waarin herval kan optreden, voldoende lang moet zijn.

Het is alvast een enorm succes. Al meer dan duizend mensen hebben zich aangemeld om aan deze groepstherapie deel te nemen. Het is belangrijk dat we voortgaan met de strijd tegen depressie, want het is zeker een probleem van vandaag.

Tegen 30 september 2007 wordt een eindrapport, met inbegrip van de evaluatie, verwacht. Dan zullen we zien of het positief is en aan welke voorwaarden verder moet worden voldaan om het in Vlaanderen te ontwikkelen. Dat moet uiteraard gebeuren met het oog op specifieke doelgroepen. Het is niet de bedoeling dat elke Vlaming MBCT kan volgen, maar wel

dat heel specifieke doelgroepen, die een risico op herval lopen, in aanmerking komen.

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

**De heer Erik Tack:** Wat houdt het Limburgse PEOSAZ-project precies in?

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

**Minister Inge Vervotte:** Het project is in de eerste plaats opgevat als een screeningsinstrument. Een persoon die na een zelfmoordpoging op de spoedafdeling belandt, wordt gescreend. Er wordt ingeschat hoe groot de kansen op herval zijn. De mensen van de spoedgevallendiensten zullen technieken worden aangeleerd om dat na te gaan.

De informatie wordt dan overgemaakt aan het nazorgnetwerk dat zal nagaan waar de persoon in kwestie het beste terecht kan: in een gespecialiseerde of een psychiatrische instelling, dan wel of de huisarts of een CGG de aangewezen hulp kunnen bieden. De informatie wordt dus opgenomen in een soort rapport over de risico's op herval en over de aard van de aangewezen hulp.

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

– *Het incident wordt gesloten om 17.28 uur.*

---









## HANDELINGEN

De handelingen zijn het woordelijk verslag van de plenaire vergaderingen en van de in openbare commissievergaderingen gehouden interpellaties en vragen om uitleg.

Ze worden in twee edities uitgegeven:

- de eerste, met witte kaft, bevat de handelingen van de plenaire vergaderingen;
- de tweede, met witte kaft en met bovenaan links de letter C met een chronologisch volgnummer, de vermelding van de commissie met het volgnummer van de vergadering per commissie, bevat de handelingen van de in openbare commissievergaderingen gehouden interpellaties en vragen om uitleg. Per commissie en per vergadering wordt een editie van de handelingen uitgegeven.

FIN : Commissie voor Algemeen Beleid, Financiën en Begroting  
SFIN : Subcommissie voor Financiën en Begroting  
BRU : Commissie voor Brussel en de Vlaamse Rand  
BIN : Commissie voor Binnenlandse Aangelegenheden, Bestuurszaken, Institutionele en Bestuurlijke Hervorming en Decreetevaluatie  
WON : Commissie voor Wonen, Stedelijk Beleid, Inburgering en Gelijke Kansen  
BUI : Commissie voor Buitenlands Beleid, Europese Aangelegenheden, Internationale Samenwerking en Toerisme  
OND : Commissie voor Onderwijs, Vorming, Wetenschap en Innovatie  
CUL : Commissie voor Cultuur, Jeugd, Sport en Media  
WEL : Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin  
ECO : Commissie voor Economie, Werk en Sociale Economie  
SWAP : Subcommissie voor Wapenhandel  
LEE : Commissie voor Leefmilieu en Natuur, Landbouw, Visserij en Plattelandsbeleid en Ruimtelijke Ordening en Onroerend Erfgoed  
SLAN : Subcommissie voor Landbouw, Visserij en Plattelandsbeleid  
OPE : Commissie voor Openbare Werken, Mobiliteit en Energie

