

C96 – WEL9

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2005-2006

10 januari 2006

# HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN



INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de versoepeling van de mantelzorg in het kader van de zorgverzekering in Brussel	1
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Vlaams preventiebeleid ten aanzien van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen	4



**Voorzitter: de heer Luc Martens**

**Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de versoepeling van de mantelzorg in het kader van de zorgverzekering in Brussel**

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dames en heren, volgens persberichten van 8 december 2005 is er een versoepeling in de maak inzake de terugbetaling van de mantelzorg in het kader van de zorgverzekering in Brussel. Om in aanmerking te komen voor die premie, moet de mantelzorg gepaard gaan met thuiszorg van een door Vlaanderen erkende thuiszorgorganisatie. Die ongelijke behandeling zorgt voor heel wat ongenoeven bij de Brusselse Vlamingen.

Ik haalde dit onderwerp reeds meermaals aan, ook in de VGC. Mevrouw de minister, bij de bespreking van de beleidsbrief voor 2006 stelde ik u de vraag waarom dit probleem hier niet aan bod kwam. De streefdatum van 2006 voor de gelijkschakeling inzake mantelzorg was reeds in vroegere debatten gevallen.

Volgens het artikel in Brussel Deze Week zou Vlaams parlementslid Steven Vanackere in samenwerking met minister Vervotte een oplossing hebben bedacht. Ik citeer: 'In de toekomst zal de Vlaamse Brusselaar dat bewijs van erkende thuiszorg niet meer maandelijks moeten voorleggen, maar één keer per jaar'. Het zou dus volstaan om een keer per jaar een hemd te laten strijken om de mantelzorg te laten terugbetalen. De vrees dat Franstaligen massaal inschrijven wordt als reden geopperd voor het aanhouden van deze voorwaarde. Echter, als een persoon die thuis verzorgd wil worden in aanmerking wil komen voor een tenlasteneming, dan moet de betrokkene ook geldige attesten voor scores op de Katz-schaal en dergelijke voorleggen. Dat zijn al zware voorwaarden, en het bewijst volgens mij al dat de betrokkene zorgbehoevend is. Ik vraag me dan ook af waarom de Brusselse Vlamingen dan nog creatief moeten zijn en trucs moeten toepassen om dezelfde rechten te krijgen als

de andere Vlamingen. Ze zijn al reglementair ingeschreven en hebben hun bijdrage betaald.

Enerzijds blijkt uit onderzoek dat 27 percent van de thuiswonende zorgbehoevenden die een uitkering krijgen, geen gebruik maakt van professionele diensten. Deze mensen vallen dus nog steeds uit de boot en dat zal ook zo blijven. Anderzijds doen mensen die gebruik maken van professionele thuiszorg, dat doorgaans meermaals per jaar. Het is niet zo dat ze een keer per jaar een hemd laten strijken of een maaltijd vragen.

Mevrouw de minister, klopt het dat er een voorstel is uitgewerkt waarbij slechts één factuur per jaar is vereist bij een door Vlaanderen erkende thuisorganisatie om een beroep te doen op de Vlaamse zorgverzekering? Zo ja, wanneer zou deze wijziging van kracht worden? Meent u dat deze voorwaarde adequaat is om te vermijden dat Franstalige Brusselaars massaal gebruik maken van de Vlaamse zorgverzekering? Ik vind dat erg vergezocht. Volgens mij kunnen Franstaligen eveneens creatief zijn en trucs verzinnen. Ik begrijp dus niet hoe u met dit systeem de Franstaligen zult mijden. Vormt deze aangepaste regeling ook geen discriminatie tegenover de andere Vlamingen die geen factuur moeten indienen van een thuiszorgorganisatie? Waarom schakelt u de Brusselse regeling niet gelijk met de regeling zoals die momenteel in de rest van Vlaanderen geldt? Waarom blijft er een verschil bestaan op het vlak van de mantelzorg?

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

**De heer Steven Vanackere:** Mijnheer de voorzitter, dit onderwerp is inderdaad al meermaals aan bod gekomen in deze commissie. In maart 2005 hebben we voor de eerste keer uitvoerig gepraat over hoe een rechthebbende voor de mantelzorg aangemeld geraakt. We hebben toen gewezen op een verschil in behandeling.

Er zijn toen verschillende denkwijzen naar voren geschoven. Ik heb onder meer de mogelijkheid geopperd van een vorm van lidmaatschap van een mantelzorgvereniging. Over die idee heb ik nadien gepraat met een aantal verenigingen die actief zijn in de mantelzorg. Hoewel die de idee achter de suggestie niet

verwierpen, wilden sommige mantelzorgverenigingen niet zo graag ingeschakeld worden als een instrument van de zorgverzekering. Ze hebben een andere roeping en wilden niet als 'sluis' worden gebruikt. Ik haal dit vandaag aan omdat deze mogelijkheid dus niet zo evident is.

Ik sluit me uiteraard aan bij de opmerking van mevrouw Van Linter dat er eigenlijk geen ongelijke behandeling mag bestaan. Het grote argument om geen ongelijke behandeling meer te hebben, is precies het feit dat na de regularisatieoperatie het risico op manifest misbruik in Brussel veel geringer is geworden dan in de rest van Vlaanderen. Het probleem van laattijdige aansluitingen van mensen die zich negatief selecteren omdat ze wel willen krijgen, maar niet solidair willen bijdragen, is steeds meer aan het wegebden. Wie laattijdig aansluit, krijgt namelijk een sanctie opgelegd. Dat pleit dus voor de afschaffing van de ongelijke behandeling.

Dit recente initiatief lijkt me alleszins een stap vooruit. Terwijl de minister nadenkt over manieren om dit zo goed mogelijk aan te pakken, kunnen we al minstens één ding doen: zorgen dat de poespas van twaalf keer per jaar op zoek te moeten gaan naar een factuur wordt herleid tot één keer per jaar. Geen enkele keer per jaar zou misschien nog interessanter zijn, maar volgens mij is één contact per jaar met een professionele instantie nog niet eens zo slecht. Als dit initiatief enkel zou worden genomen in het kader van een ongelijke behandeling tussen Vlamingen in Brussel en in de rest van Vlaanderen, dan ben ik er ook niet zo voor te vinden. Ik sta echter niet negatief tegenover de achterliggende idee, namelijk ervoor zorgen dat mensen een keer per jaar contact hebben met de professionele wereld – al was het maar om die mensen te informeren over nieuwe ontwikkelingen en mogelijkheden. Ik ben verheugd dat de papierwinkel van twaalf naar één wordt herleid, en ik zie het als een mogelijkheid om er een zinvol moment van te maken.

Mevrouw de minister, wanneer zal de nieuwe regeling in werking kunnen treden?

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

**Mevrouw Elke Roex:** Mevrouw de minister, een Besluit van de Vlaamse Regering vermeldt welke attesten nodig zijn voor de terugbetaling van mantel- en thuiszorg. Het is volgens mij dan ook relatief simpel om dit te wijzigen.

We zijn nu 2006 en wie niet tijdig aangesloten is bij de zorgverzekering, heeft een wachttijd van 10 jaar. Dit principe is ingebouwd om misbruiken te voorkomen. Men zal dus jarenlang moeten betalen vooraleer men een beroep zal kunnen doen op de zorgverzekering.

Er is nog een stap vóór de facturatie door de thuiszorg, namelijk die van de indicatiestelling. Ik heb opgezocht op welke manieren mensen kunnen komen tot dergelijke indicatiestelling. Drie van de zes manieren om een attest te krijgen dat iemand zwaar zorgbehoevend is, gebeuren door Vlaamse instanties. Er zijn nog drie andere manieren via de FOD Sociale Zekerheid waarbij men dus niet via een Vlaamse instantie passeert. Ik vraag me dan ook af of passeren via een Vlaamse instantie niet volstaat. Waarom moeten mensen die voor een indicatiestelling langsgaan bij bijvoorbeeld een dienstencentrum, tegelijkertijd een hemd meenemen om het te laten strijken? Via de indicatiestelling kan een soort garantie worden ingebouwd dat mensen enerzijds in contact zijn geweest met professionele zorgverleners en anderzijds dat ze de nodige attesten hebben. Ik vind het goed dat er wordt nagedacht over vereenvoudiging, maar er kan nog een stap verder worden gezet. Dit zou het voor de mensen veel gemakkelijker maken.

Mevrouw de minister, kan deze stap niet worden gezet? Het is niet eens zo'n grote principiële stap omdat we de garantie blijven hebben dat mensen via een Vlaamse instantie passeren om toegang tot de zorgverzekering te krijgen. Ik snap dat er een oplossing moet komen voor mensen van wie de attesten zijn afgeleverd door federale instanties. Daar zouden we bijvoorbeeld heel gemakkelijk kunnen zeggen dat ze naar een gemachtigd indicatiesteller moeten gaan die erkend is door de Vlaamse overheid.

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

**Minister Inge Vervotte:** Dit onderwerp is al meermaals aan bod gekomen in het parlement, en het is ook een van de actiepunten uit mijn beleidsnota. Het is belangrijk om hieraan te werken omdat we weten dat het voor de Brusselaar niet evident is en een enorme 'overlast' met zich meebrengt.

Met dit initiatief daalt de administratieve last in elk geval. We hebben gekozen om te werken met één factuur over een periode van 12 maanden. Het is een garantie om de tenlasteneming te kunnen krijgen. Hierover is in december 2005 technisch overleg gepleegd met de zorgkassen, die hun bedenkingen

hebben geformuleerd. Dit ontwerp van besluit kan aan de Vlaamse Regering worden voorgelegd voor een principiële goedkeuring. Zoals u weet, moeten daarna de adviesraad van het Vlaams Fonds en de Raad van State hun adviezen formuleren. Ik vermoed dat de procedure tegen mei of juni zal zijn afgerond.

Er is hier al voldoende aangetoond dat er andere maatregelen zijn genomen om misbruiken van Frans-taligen tegen te gaan. Wie laattijdig aansluit, moet een wachttijd van 10 jaar doorlopen vooraleer er een tenlasteneming kan zijn.

We kiezen voor het initiatief van die ene factuur per jaar omdat er geen andere mogelijkheid is om de gemeenschapsaanhorigheid van een inwoner van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest te kennen. Die ene factuur is voor ons een indicator van de doelgroep. Op die manier blijven we de beoogde doelgroep bewaken, het is een vorm van controle. Volgens mij is het indienen van één factuur trouwens niet onoverkomelijk, en het geeft ons de belangrijke informatie die we op een andere manier niet zouden krijgen. We zullen dit systeem na verloop van tijd evalueren en eventueel bijsturen. Ik herhaal dat ik hoop dat er tegen mei of juni duidelijkheid is.

Indien er alternatieven zijn, ben ik steeds bereid om daar rekening mee te houden. We hebben de bekommernis om dingen te vereenvoudigen, maar willen blijvend kunnen beschikken over een aantal gegevens. Daarom kiezen we nu voor het systeem van één factuur. Ik wil niet spreken over discriminatie. Deze maatregel heeft niets meer te maken met controles, het is een manier om informatie te bekomen.

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Eén factuur indienen, is inderdaad niet onoverkomelijk. Als het enkel gaat om het hebben van een indicator, dan moet er veel-er een controlemechanisme van de overheid zijn in plaats van mensen ermee op te zadelen.

Voor mij blijft er een ongelijkheid bestaan. We hebben in Brussel al heel veel problemen gekend met de zorgverzekering, en de regularisatie lost een deel ervan op. Wie correct heeft betaald, kampt echter nog steeds met het probleem dat er niet genoeg Nederlandstalige thuiszorgdiensten en instellingen zijn. Ik vind het dan ook erg dat de mantelzorg nog

altijd niet gelijkgeschakeld kan worden met Vlaanderen. Waarom moet die ene factuur als indicator blijven bestaan?

Mevrouw de minister, ik ben niet tevreden met uw antwoord. Er blijft een onnodige ongelijkheid bestaan.

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

**Mevrouw Elke Roex:** Ik blijf erbij dat het een echte vereenvoudiging zou zijn om de indicatiestelling te gebruiken als indicator. Ik besef dat we dan zullen moeten nadenken over welke instanties in de toekomst gemachtigd zullen zijn om die indicatiestelling te doen. We moeten ons niet enkel baseren op federale gegevens, maar we kunnen via Vlaamse instanties werken. Mensen zullen uiteindelijk bij dezelfde diensten terecht komen, maar in plaats van een 'strijkmoment' zullen ze een begeleidingsmoment hebben.

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

**Minister Inge Vervotte:** We spannen ons in om oplossingen te bieden voor een moeilijke situatie. Ik vind het dan ook jammer dat het indienen van één factuur als dramatisch wordt ervaren. De filosofie van de zorgverzekering is net dat we mensen willen helpen die zorgbehoevend zijn en daardoor meer kosten hebben. Mensen die thuis worden verzorgd, moeten een beroep doen op een aantal diensten. De meesten komen op een bepaald moment sowieso in contact met een organisatie. Het enige wat we dan vragen is om ons één factuur over te maken omdat dat ons informatie geeft. Dat is in mijn ogen een verbetering.

Er zijn volgens mij een aantal juridische problemen om te werken via de indicatiestelling. Het is mijns inziens niet evident om daar een sluis in te bouwen, maar ik zal het laten onderzoeken. Het is voor mij belangrijk dat er oplossingen komen die het voor de Brusselaars gemakkelijker maken. Om nu al vooruitgang te boeken, wil ik het systeem van één factuur per jaar invoeren.

**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 Vlaams preventiebeleid ten aanzien van het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen**

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, uit cijfers van de Hoge Gezondheidsraad blijkt dat Belgische artsen in 2002 9,4 miljoen keer slaap- of kalmeringsmiddelen, meestal benzodiazepines, hebben voorgeschreven. Dagelijks gebruiken maar liefst 1 miljoen Belgen deze medicijnen. Dat betekent dat 10 procent van de Belgen langdurig benzodiazepines slikt.

Aan het gebruik van benzodiazepines zijn zowel op korte als op lange termijn risico's verbonden. Reeds na 2 weken treedt gewenning op, zodat hogere dosissen nodig zijn om hetzelfde effect te krijgen. Vanaf een gebruik van ongeveer 8 weken treedt er een fysieke en mentale afhankelijkheid op.

Niet alle gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen is problematisch, en het kan een perfecte manier zijn om een bepaalde fase te overbruggen. Toch moet een arts telkens opnieuw nagaan of het voorschrijven van deze middelen de meest geschikte behandelingswijze is. Patiënten van hun kant moeten worden gesensibiliseerd over de risico's.

Volgens de VAD zijn er op lokaal en regionaal vlak een aantal projecten en initiatieven, maar vraagt dit probleem om een grootschalige aanpak op lange termijn.

Mevrouw de minister, acht u het aangewezen om een onderzoek in te stellen naar het gebruikersprofiel, de gebruiksvormen en de gebruiksmotieven van de Vlaamse gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen? De cijfers waarover we beschikken, zijn al een aantal jaren oud. Over de profielen vind ik heel weinig wetenschappelijk gestructureerde gegevens terug.

Wat de sensibilisering van patiënten betreft, spelen zowel de eerstelijnsgezondheidszorg als de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg een belangrijke rol. Momenteel worden er zowel met de VAD als met de CGG's onderhandelingen gevoerd in het kader van het afsluiten van een nieuw convenant. Is er vol-

doende ruimte om dit te benadrukken? Wordt dit vanuit de VAD en de CGG's zelf aangegeven?

De federale overheid organiseerde tijdens het werkjaar 2004-2005 reeds voor de derde maal een campagne over verantwoord benzodiazepinegebruik, die was gericht aan artsen en psychiaters. Vond in dit kader overleg plaats tussen de Vlaamse en federale overheid? Zo niet, kan dit geen nuttig initiatief zijn voor de toekomst?

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

**Minister Inge Vervotte:** Mevrouw Jans, ik onderschrijf uw bezorgdheid. We hebben het al meermaals gehad over de geestelijke gezondheidszorg, depressies en zelfdoding. Uiteraard maakt het slaap- en kalmeermiddelengebruik daar inherent deel van uit.

In de IKW's wordt deze problematiek samen met de federale overheid bekeken, die daarin ook een belangrijke rol speelt, bijvoorbeeld wat informatie en het voorschrijfgedrag van artsen betreft.

Voor de cijfers baseren we ons op de gegevens van de VAD. Ik verwijs naar een naslagwerk van de VAD: 'Psychoactieve medicatie, de cijfers in perspectief'. De VAD heeft daarvoor een aantal bronnen gebruikt zoals de bevolkingsonderzoeken, de gezondheidsenquête en de VAD-leerlingenbevraging. Verder zijn er ook de registratiedata uit de alcohol- en drugshulpverlening. Al deze elementen worden gebruikt om meer duidelijkheid te krijgen over de problematiek.

In het naslagwerk wordt dieper ingegaan op een aantal tendensen van de jaren negentig en later. Daarbij wordt nagegaan over welke mensen het gaat, hun scholing, enzovoort. Uit het naslagwerk blijkt bijvoorbeeld dat mensen zonder diploma meer gebruiken dan mensen met een diploma. Ik wil daar echter geen conclusie uit trekken. Het lijkt me dan ook nuttig om bijkomende gegevens te blijven verzamelen.

Voor 2006 concentreren we ons vooral op de gezondheidsconferentie die op het eind van het jaar zal worden gehouden. We willen het middelengebruik nagaan en ons daarbij focussen op alcohol, tabak en illegale drugs. In het kader van het convenant met de VAD worden afspraken gemaakt over alcohol, illegale drugs, gokken en psychoactieve medicatie. Deze elementen zullen ook worden opgenomen in het nieuwe convenant waarover momenteel wordt onderhandeld.



De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg hebben taken te vervullen op twee niveaus. De drugspreventiewerkers in de CGG's werken vooral vraaggestuurd. Huisartsen, CLB's, bedrijven, scholen en anderen die advies op maat vragen, weten dat ze daarvoor terecht kunnen bij de drugspreventiewerkers van de CGG's. Er wordt ook vorming georganiseerd bij allerlei beroepsgroepen en bij het middenveld. Ook daar hebben de drugspreventiewerkers een belangrijke taak.

We proberen onze krachten en expertise te bundelen. Daarom leggen een aantal CGG's zich expliciet toe op alcohol, medicatie, illegale drugs of de gokproblematiek. Er bestaat een algemene richtlijn om bij de aanvang van elke behandeling te vragen en te peilen naar het medicatiegebruik van de cliënt, zodat in therapieën met kennis van zaken andere klinische paden gevolgd kunnen worden.

Bij het afsluiten van het convenant is het voor mij belangrijk dat de werking van de VAD en van de drugspreventiewerkers in de CGG's nauwer op elkaar aansluit. Daar wil ik meer aandacht aan besteden in de komende convenants.

Ik vind het ook heel belangrijk – en dat wordt in alle convenants opgenomen – dat we meer werken met effectmetingen. Vooral op het vlak van preventie is het noodzakelijk dat we de initiatieven kunnen verantwoorden. Als er zaken worden geïmplementeerd, gebeurt dat op basis van wetenschappelijk onderzoek en is het dus evidence based. Het is voor ons ook belangrijk dat de effecten worden nagegaan, want het is niet omdat iets evidence based is, dat we ook zicht hebben op de effecten. Ook dat wordt dus opgenomen in de indicatoren.

Momenteel zijn er geen gezamenlijke initiatieven gepland van de Vlaamse en de federale overheid op het vlak van informatie of campagnes. Via de Cel Gezondheidsbeleid Drugs wordt de Vlaamse overheid wel op de hoogte gesteld over de stand van zaken van de campagne inzake verantwoord slaap- en kalmeermiddelengebruik.

Het voorschrijfgedrag van de artsen sturen, is een federale bevoegdheid. We proberen in de werkgroepen mee te ondersteunen dat de federale overheid deze taak opneemt. Veel van de medicatie is enkel verkrijgbaar op voorschrift. Op federaal niveau werden al een aantal belangrijke initiatieven genomen. Tegelijkertijd – en dat blijkt zeer efficiënt te zijn –

komen er ook onafhankelijke artsenbezoeken, waardoor industrieonafhankelijke informatie kan worden gegeven over de producten.

Het is een heel belangrijke problematiek, die deel uitmaakt van de afspraken in het kader van de convenants, zowel voor de CGG's als voor de VAD. Het is belangrijk dat er een nauwere samenwerking komt tussen beide. We zullen daar expliciet aandacht aan besteden.

Tegelijkertijd moet meer de nadruk worden gelegd op de effectiviteit van een aantal acties. Daarmee spreken we ons niet uit over het feit of iets al dan niet effectief is, maar we willen het weten en meten. Een aantal belangrijke acties moeten door de federale overheid worden ondernomen. We denken dat de initiatieven voor de huisartsen zeer belangrijk zijn, maar ook industrieonafhankelijke informatie is belangrijk.

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

---





