

C122 – WEL10

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2005-2006

31 januari 2006

# HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN



## INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Vanderpoorten tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de preventiestrategie voor drugs, alcohol en tabak in Vlaanderen	
Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het recente advies van de Vlaamse Jeugdraad over drugs en drugsbeleid	1
Vraag om uitleg van de heer Eloi Glorieux tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toename van het aantal zendmasten en de effecten hiervan op de volksgezondheid	4
Vraag om uitleg van mevrouw Margriet Hermans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de financiering van de dagactiveringscentra voor (ex-)psychiatrische patiënten	8
Vraag om uitleg van de heer Gilbert Bossuyt tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitsluiting van gewezen, niet-beroepsactieve grensarbeiders van de zorgverzekering	
Vraag om uitleg van de heer Sven Gatz tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de erkenning van de Brusselse OCMW's door Vlaanderen en het belang hiervan voor de zorgverzekering voor de Brusselse Vlamingen	10
Vraag om uitleg van mevrouw Tinne Rombouts tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de samenwerking tussen het Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk en de VDAB	15
Vraag om uitleg van de heer Erik Tack tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over haar recente uitspraken over de screening van borstkanker	18
Vraag om uitleg van mevrouw Marie-Rose Morel tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de inzet van het paramedisch interventieteam (PIT) in Halle en het akkoord met federaal minister Demotte rond de normering voor medische urgentieteams (MUG's)	20
Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ziekenhuisbacterie	24
Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van de behoeftepeiling naar de nood aan residentiële opvang van slachtoffers van familiaal geweld en de resultaten van de behoeftepeiling inzake familiaal geweld	
Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Vlaamse aanpak van intrafamiliaal geweld	27
Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de huidige toestand met betrekking tot het tekort aan Nederlandstalige kinderopvang in Brussel	
Vraag om uitleg van mevrouw Elke Roex tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de studie over de Vlaamse kinderopvang in Brussel	31



**Voorzitter: de heer Luc Martens**

**Vraag om uitleg van mevrouw Marleen Vanderpoorten tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de preventiestrategie voor drugs, alcohol en tabak in Vlaanderen**

**Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goeij tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het recente advies van de Vlaamse Jeugdraad over drugs en drugsbeleid**

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

**Mevrouw Marleen Vanderpoorten:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, vorig jaar heb ik een vraag gesteld over dit onderwerp. De afgelopen weken hebben ook de media aandacht besteed aan de preventie inzake drugs, alcohol en tabak in het algemeen.

Mevrouw de minister, in uw antwoord op mijn vraag van vorig jaar haalde u aan dat de gemeenschappen moesten kunnen beschikken over de federale inkomsten uit accijnzen op tabaksverkoop om de eigen preventie-initiatieven uit te breiden en te versterken. Op dat moment waren alle betrokken partijen blijkbaar tot een akkoord gekomen. U zei toen dat het de bedoeling was dat de onderhandelingen hierover zouden worden afgerond, zodat tegen 2006 extra middelen zouden vrijkomen. U voegde er ook aan toe dat het voor de Vlaamse Regering belangrijk is dat er nieuwe initiatieven worden ontwikkeld en dat het niet alleen mag gaan om een uitbreiding van reeds bestaande zaken. Ten slotte haalde u ook aan dat eind 2004 aan de UA de opdracht was gegeven om heel specifiek inzake drugs, alcohol en tabak te onderzoeken welke gehanteerde preventiestrategieën een effect hebben en welke minder succesvol zijn.

Mevrouw de minister, is er ondertussen een akkoord bereikt over de hoogte van het bedrag en de verdeel sleutel? Welke preventiestrategieën hanteren u en de Vlaamse Regering vanaf 2006? Welke nieuwe preventie-initiatieven zullen er eventueel, afhankelijk van de budgettaire ruimte, worden opgestart?

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goeij:** Mijnheer de voorzitter, ook ik had een vraag om uitleg ingediend over de stand van zaken in verband met het Vlaamse drugs- en drugspreventiebeleid. We zoeken dan telkenmale naar een aanknopingspunt om – liefst positieve – suggesties te doen, zodat de commissie een debat kan voeren over de voorstellen.

De leden van de commissie hebben ongetwijfeld het advies van de Vlaamse Jeugdraad gelezen of ontvangen. Ik was blij verrast, hoewel ik de degelijkheid van de werking en de kwaliteit van de adviezen van de Vlaamse Jeugdraad ken. Hier gaat het immers over een moeilijke problematiek, zeker als het advies van jongeren kan en moet uitgaan. We moeten het dan ook niet alleen lezen, maar ook hier ter sprake brengen.

De Vlaamse Jeugdraad breekt een lans voor een breed drugsbeleid, dat informatie, preventie en hulpverlening combineert. Het is evident dat hij daarnaast ook speciale aandacht vraagt voor jongeren. Het gaat daarbij niet alleen om de participatie van jongeren, maar ook om de specifieke situatie waarin jongeren kunnen belanden. In zijn advies staat ook – heel terecht – dat als er over drugs en een drugsbeleid wordt gesproken of beslist, er ook over de beleidsdomeinen en -niveaus heen zou worden gewerkt.

Een van zijn uitgangspunten is dat jongeren slecht geïnformeerd zijn over het druggebruik en de drugswetgeving. Daarnaast stelt hij vast dat er ook heel wat gebrekkige informatie en communicatie bestaan ten aanzien van de bevolking, want die heeft een foute perceptie over jongeren en hun vermeende druggebruik.

Volgens de jeugdraad ligt de slechte communicatie en informatie aan de basis van heel wat misverstanden over jongeren en drugs enerzijds en van een groeiend onveiligheidsgevoel anderzijds. De jeugdraad is bovendien van oordeel dat door een niet-efficiënt drugsbeleid de jongeren drugs als ongevaarlijk beschouwen.

Mevrouw de minister, ik ga niet verder uitweiden over het probleem, maar ik wil me concentreren op

de thema's die de jeugdraad heeft behandeld. Op dit moment is de drugswetgeving niet sluitend, zo stelt de raad. Uit een ander onderzoek blijkt dat slechts 35 percent van de universiteitsstudenten correct kan antwoorden op basisvragen over de strafbaarheid van cannabisgebruik. 'Het mag nu toch!' is het meest gehoorde antwoord aan politiediensten die jongeren met cannabis op zak vatten. Er moet dus dringend werk worden gemaakt van een degelijke informatiecampagne, waarbij duidelijkheid wordt verschaft over wat mag en wat niet mag. Plant u een dergelijke campagne? Indien ja, gebeurt dat dan samen met de minister van Onderwijs? Is er al overleg geweest met de minister van Onderwijs? U had aangekondigd dat er samenwerking zou zijn met scholen over wat mag en wat niet mag. Hoever staat het met daarmee?

Door de bevoegdheidsverdeling inzake dit thema moeten alle beleidsmakers regelmatig samen overleggen, want enkel op die manier kunnen de verschillende strategieën of beleidsniveaus op elkaar worden afgestemd. Ook u pleitte eerder al voor een goed uitgewerkte coördinatie. Is er recent nog overleg gepleegd tussen de Vlaamse en de federale regering over het drugsbeleid? Indien ja, wat werd dan precies besproken en/of overeengekomen? Wat moet er nog gebeuren voor de cel Gezondheidsbeleid en de cel Drugs van start kunnen gaan?

Over de drugswetgeving wordt ofwel weinig ofwel foutief gecommuniceerd. De perceptie van jongeren hangt aan elkaar van veronderstellingen, onduidelijkheden en misvattingen, aldus de Jeugdraad. Mevrouw de minister, u benadrukte bij een vorige gelegenheid dat het tijd wordt dat er een duidelijke boodschap wordt gegeven over drugs omdat de discussie te veel zou verengd worden tot het legaliseren en het wettelijke aspect. Welke maatregelen zijn intussen al genomen om die communicatie vlotter, efficiënter en eenduidiger te laten verlopen?

Mevrouw de minister, u hebt verklaard dat u zelf met de jongeren wilt praten over een beleid dat specifiek op jongeren is gericht. Is dat intussen gebeurd en wat zijn daar dan de resultaten en gevolgen van?

Heel wat jongeren die cannabis proberen, beperken dit tot een eenmalig experiment. Mevrouw de minister, beschikt u over recente gegevens over het middelengebruik bij jongeren in het algemeen? In hoeverre wordt met dit experimenterend gedrag rekening gehouden in het huidige preventiebeleid?

Wat de voorwaarden betreft waaraan het kwalitatief breed en geïntegreerd drugsbeleid moet voldoen,

hebt u vroeger al aangekondigd dat de universiteit van Antwerpen de opdracht had gekregen om een wetenschappelijke studie uit te voeren over de strategieën die al dan niet effect zouden hebben.

Mevrouw de minister, jongeren willen niet alleen zo veel mogelijk als actor worden betrokken bij de opmaak, zij willen dit ook ruimer zien. In welke mate kunt u zich vinden in die visie? In het advies van de Jeugdraad wordt voorgesteld een werkgroep op te richten. In hoeverre is dit haalbaar? Is het haalbaar om jongeren daar expliciet bij te betrekken?

Het preventiebeleid moet meer doelgroepgericht worden. Het moet zich niet alleen richten op potentiële gebruikers maar ook op ouders, leerkrachten, jongerenbegeleiders, enzovoort. Is een dergelijke aanpak mogelijk? Hoe wilt u tegemoetkomen aan deze eis?

De Jeugdraad betreurt dat de media erg negatief berichten over jongeren en drugs. Vaak brengen ze ongenueanceerde berichten die de negatieve beeldvorming over de jeugd in de hand werken. Hoe kan dit probleem worden opgelost?

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Ik sluit me aan, vooral bij de vraag van mevrouw Vanderpoorten over de financiële middelen voor uw preventiebeleid. Dat pleidooi is in deze commissie al herhaaldelijk gehouden, ook tijdens de vorige legislaturen. Het zou veel efficiënter zijn om de middelen te groeperen. Met één pot kan een veel beter uitgebouwd preventiebeleid worden gevoerd. Het is ook nodig en nuttig om de inspanningen op het vlak van preventie op te drijven. Uit cijfers blijkt immers dat helaas vooral bij jongeren het drugsgebruik blijft toenemen. Vaak zijn jongeren zich niet meer bewust van wat wel of niet strafbaar is, en van de gevolgen. Mevrouw de minister, uw beleid moet zich dan ook meer richten tot de jongeren. Bent u van plan om binnen afzienbare tijd een drugsnota voor te leggen in het Vlaams Parlement?

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

**Minister Inge Vervotte:** Wat het tabaksfonds betreft, vindt de Vlaamse Regering het belangrijk dat een deel van de accijnzen kan terugvloeien naar de gemeenschappen. We hebben daarover rond de tafel gezeten maar we hebben geen akkoord kunnen bereiken over het bedrag en over de verdeelsleutel. In juni 2005 hebben we een schriftelijk document bezorgd aan de federale regering. Sindsdien is er geen enkele vooruitgang meer geboekt.

Intussen zit er in het middenfonds, dat wordt gespijsd door het Riziv, 2 miljoen euro. Dat fonds wordt beheerd door de federale minister van Volksgezondheid. Die middelen zijn vrijgemaakt opdat projectaanvragen kunnen worden gedaan. Organisaties kunnen jaarlijks een projectaanvraag indienen om subsidies te krijgen.

Ik ben het er niet mee eens dat de gemeenschappen en gewesten op geen enkele manier zijn betrokken bij de organisatie en de opmaak van de beoordelingscriteria. Dat weerspiegelt dan ook in de resultaten van de projecten die zijn goedgekeurd. Uit de lijst van goedgekeurde projecten blijkt dat slechts enkele Vlaamse projecten zijn opgenomen. Bij het ter sprake brengen van dit punt bij de Cel Gezondheidsbeleid Drugs kregen we de boodschap dat er weinig Vlaamse projecten waren ingediend en dat men voorrang had gegeven aan tweetalige projecten. Wij hebben toen onze houding uitdrukkelijk duidelijk gemaakt en gesteld dat het hier niet om een vervanging van het Tabaksfonds kon gaan. Zonder het op de communautaire spits te drijven, durf ik wel zeggen dat dit een voorbeeld is van hoe de zaken zeker niet moeten verlopen.

We zouden vooraf verdeelsleutels moeten vastleggen of bij ontstentenis daarvan betrokken moeten worden bij de visie op en het toekennen van subsidies aan die projecten. Spijtig genoeg zijn alle beslissingen over de dossiers alleen door de federale collega genomen. De resultaten zijn dan ook navenant.

Wat de preventiestrategieën betreft, herhaal ik dat een geïntegreerde, wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen aanpak mijn voorkeur wegdraagt. Wij wensen dat op een formele basis te realiseren zoals hier eerder is goedgekeurd. Ik denk bijvoorbeeld aan het decreet over de preventieve gezondheidszorg. We willen een gezondheidsconferentie organiseren. De aanbevelingen zullen door de regering worden bekeken waarna er in het Vlaams Parlement over zal worden gedebatteerd. De conferentie zal tegen het einde van dit jaar worden gehouden. Na de hele procedure van diverse adviesverleningen te hebben doorlopen, kunnen de voorstellen door het parlement worden behandeld. Dat wordt midden of einde 2007.

De bedoeling van de gezondheidsconferentie is een stand van zaken op te maken. Dat vinden we belangrijk met het oog op het efficiënt inzetten van onze middelen. De resultaten ervan zullen leiden tot het

uitzetten van de nodige beleidslijnen. Zowel wetenschappers als maatschappelijke actoren uit het veld zullen worden gehoord. Er is in dit verband een zeer concrete vraag gesteld over het project van de universiteit Antwerpen. Er is inderdaad uitvoering gegeven aan de resultaten van het onderzoek voor wat de al dan niet werkbare strategieën betreft. De resultaten werden een paar weken geleden voorgelegd aan een reflectiegroep bestaande uit mensen uit het veld. We hadden immers om zo'n toetsing gevraagd. De resultaten worden op dit moment verwerkt. Binnen enkele weken zal het rapport worden gefinaliseerd en worden de resultaten bekendgemaakt. De resultaten zullen ook op de gezondheidsconferentie worden voorgesteld.

Mijn uitgangspunten voor het ontwikkelen van een beleid inzake alcohol, tabak en illegale drugs zijn de voorbije maanden niet veranderd. Ik ben het dus in grote lijnen eens met de analyse en de standpunten die de Vlaamse Jeugdraad formuleert. Persoonlijk vind ik dat het debat te veel over het legaliseren van drugs ging en te weinig over de essentie van de zaak, namelijk of dit aspect deel uitmaakt van een gezonde levenskeuze. We moeten het meer over deze laatste boeg gooien. Het is niet onze taak om te informeren over de aspecten van legaliteit van sommige drugs, wel om te informeren over de gezondheidsimpact van alcohol, drugs of tabak.

Er moet natuurlijk afstemming zijn op het federale gezondheidsbeleid, ook op het vlak van justitie en binnenlandse zaken.

Mijn visie op jongerenbeleid wil ik hier nog even samenvatten door de nadruk te leggen op de competentie van jongeren. Zo willen wij bijvoorbeeld hun relationele vaardigheden ontwikkelen en niet alleen het preventiebeleid concentreren op informatiecampagnes. Ik ben bereid om een gezondheidsconferentie te organiseren waaruit een gezondheidsdoelstelling zal voortkomen waarmee we naar de regering en het parlement zullen stappen. Dat betekent dat we daarvoor ook de nodige middelen uittrekken.

Ik ga hier niet dieper in op inhoudelijke argumenten van de Jeugdraad. Ze zullen op de conferentie ter sprake komen. Mijn eerste opdracht is niet om over de legaliteit van drugs te informeren, maar ik zal het punt zeker met mijn federale collega's bespreken.

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

**Mevrouw Marleen Vanderpoorten:** Ik ga volledig akkoord met de strategie die de minister voorstelt. Ik begrijp dat er moeilijkheden schuilen in het overleg met de federale collega, zeker als het de financiële aspecten betreft.

Ik heb nog een punt. De jongste weken zijn wij meerdere malen geconfronteerd met discussies over het rookverbod in openbare gebouwen. Wordt de minister daarbij betrokken? Wordt er overlegd met de federale ministers en met de Vlaamse minister bevoegd voor jeugd en cultuur over de manier waarop dat wordt aangepakt? Ik verneem dat er nogal wat discussie is over de vraag of roken in fuifzalen en jeugdlokalen moet worden verboden. Dat is belangrijk voor het preventiebeleid.

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Ik dank de minister voor haar antwoord. Ik had erop gerekend dat ze toch wat meer zou ingaan op het advies van de Vlaamse Jeugdraad. De minister wil tegen eind 2006 een gezondheidsconferentie organiseren. In de voorbereiding wil ze daarbij de georganiseerde en niet-georganiseerde jeugd betrekken. Met betrekking tot zaken waarbij de gezondheid van kansarme en zwakkere jongeren dagelijks in problemen kunnen komen, pleit ik ervoor om niet alleen op lange termijn te werken. Vlaanderen heeft geld voor het preventiebeleid. We moeten vermijden dat er zich een groot incident voordoet en we dan in een reactie onze spijt moeten betuigen dat er niet veel is ondernomen. Preventie en informatie moeten er nu komen. Dat is natuurlijk de verantwoordelijkheid van het federale niveau. Toch is het nodig dat acties in dat verband worden doorgesproken met de Cel Drugs. En men mag niet wachten tot eind 2006: we moeten daarvan vandaag al werk maken.

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

**Minister Inge Vervotte:** Verboden maken een essentieel deel uit van het preventiebeleid. De Cel Gezondheidsbeleid Drugs komt geregeld samen. Daarin hebben we ook de discussies over het Tabaksfonds gevoerd. De algemene Cel Drugs komt echter niet samen, omdat een aantal conventies nog niet zijn ondertekend. Dat is een groot probleem, want dat leidt ertoe dat er weinig wordt gecoördineerd. We kaarten dat voortdurend op de interministeriële conferenties aan, want we zien het belang daarvan in.

Op dit ogenblik worden we dus niet geraadpleegd, met alle gevolgen van dien.

Onlangs heeft de Vlaamse Regering beslist om het gezondheids- en welzijnsbeleid ook op de agenda van de scholen te plaatsen. We beseffen immers dat scholen een belangrijke hefboom zijn en dat ze die rol kunnen vervullen zonder dat ze zwaar worden belast. Scholen en andere partners moeten duidelijke boodschappen krijgen in verband met het beleid. In een intentieverklaring die is ondertekend door de ministers Vandenbroucke, Anciaux, Leterme en ikzelf worden middelen voor een gecoördineerde aanpak vrijgemaakt.

Mevrouw Merckx stelt dat er rond het drugsbeleid nog niets is gebeurd. Die uitspraak is volledig voor haar rekening. Ik denk dat er al belangrijke stappen zijn gezet, zoals het onderzoek van de effectiviteit en efficiëntie van de preventie. Dat laatste is een essentiële voorwaarde om nieuwe bakens te kunnen uitzetten. Ondertussen is het zeker niet zo dat er niets gebeurt. Er zijn immers lopende convenants met partners die het beleid uitstippelen. De Vlaamse Regering heeft ervoor gekozen dat de partners die taak op zich nemen en daartoe hun expertise verder uitbouwen en ook acties ondernemen.

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

---

**Vraag om uitleg van de heer Eloi Glorieux tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toename van het aantal zendmasten en de effecten hiervan op de volksgezondheid**

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

**De heer Eloi Glorieux:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, dit onderwerp is hier de afgelopen jaren al een aantal keren aan bod gekomen. Dat leidde tot een aantal parlementaire initiatieven, mijns inziens terecht. Een resolutie die de CD&V-fractie daarover destijds heeft ingediend en die in 2002 is aangenomen, is ondertussen grotendeels uitgevoerd. Daarmee is het probleem natuurlijk niet van de baan. De techniek staat niet stil, wel integendeel. De technische evolutie holt het beleid met een sneltreinvaart voorbij. Onlangs sprak ik met een stralingsdeskundige. Hij zei dat hij



geen ander voorbeeld in de geschiedenis kende dat kan worden vergeleken met de introductie van een nieuwe technologie zoals de mobiele telefonie. Hij had het dan over zowel de industriële ontwikkeling als de commercialisering ervan. Hij voegde eraan toe dat het technologische aspectenonderzoek naar de sociale en maatschappelijke gezondheidsaspecten jarenlang achterloopt op de commercialisering en technische ontwikkeling van deze technologie.

De techniek is allang het gsm-stadium gepasseerd. Ondertussen is er ook UMTS, de Universal Mobile Technology Systems, bijgekomen. Daardoor kunnen we niet alleen telefoneren met de gsm, maar ook draadloos internetten, digitaal tv kijken, foto's en zelfs films via de gsm bekijken, enzovoort. Daarvoor is er een antennespanning nodig die 50 keer zo hoog ligt als voor de klassieke gsm. Dat heeft als gevolg dat er een hogere elektromagnetische straling is.

De belangrijkste zorg van heel wat bewoners is natuurlijk het effect van die straling op de gezondheid. Sinds de opgang van de mobiele telefonie is er in bijna alle landen uitgebreid onderzoek verricht naar de effecten van straling op de gezondheid. Het gaat om niet-ioniserende straling. De onderzoeken geven geen uitsluitsel. Er zijn rapporten die stellen dat alles nog wel meevalt en voorhouden dat er nog niet kan worden aangetoond dat er bepaalde effecten zijn op gezondheid. Andere rapporten, daarentegen, zijn veel voorzichtiger. Daarin wordt vastgesteld dat er een aantal gezondheidseffecten zijn en dat het risico groter is dat er meer aandoeningen zullen worden vastgesteld naarmate er mensen worden blootgesteld aan meer dosissen van niet-ioniserende stralingen.

De materie blijft hoe dan ook controversieel. De polarisatie neemt toe. In november 2004 heeft het Nationaal Forum voor Gezondheid en Milieu van Nederland nog een document gepubliceerd over de ongerustheid en onzekerheid in verband met de elektromagnetische straling. Daarin staat dat heel wat omwonenden van gsm- maar ook UMTS-antennes klachten hebben over slapeloosheid, moeheid, hoofdpijn, duizeligheid, hartproblemen, oorsuizingen, enzovoort.

Wetenschappelijk onderzoek geeft inderdaad geen eenduidige uitkomst over de gevolgen van de straling. Wel is er sprake van een toenemend aantal onderzoeken waaruit blijkt dat er wel degelijk schade is. Het is op dit ogenblik onbekend hoe de straling de gezondheidsklachten veroorzaakt.

Belangrijk is in elk geval dat bij een Nederlandse studie van TNO werd vastgesteld dat de effecten die worden gemeten bij UMTS-antennes, niet optreden bij gsm-antennes. Er is dus wel degelijk een verschil tussen beide. Dat kan natuurlijk te maken hebben met het verschil in frequentie. De gsm-zendmasten werken met een frequentie van rond 1.800 megahertz, terwijl de UMTS-zendmasten een frequentie van 2.150 megahertz hebben.

In oktober 2005 heeft het Zweedse hooggerechtshof voor milieuzaken over dit onderwerp een belangrijke uitspraak gedaan. Daarin stelt het dat masten en antennes voor UMTS een risico inhouden voor het milieu, en bijgevolg voor de gezondheid. Het hof wees heel expliciet naar een aantal experimenten met dieren. Daaruit blijkt dat radiofrequente niet-ioniserende stralingen gedragsveranderingen en een verstoring van lichaamsfuncties kunnen veroorzaken.

Die uitspraak is belangrijk. Door de straling als een milieufactor te beschouwen, valt ze onder milieubeleid. Dat betekent dat het zogenaamde voorzorgsbeginsel geldt.

Uiteraard is de straling van UMTS een milieufactor, ook al zijn zeer weinig mensen zich daarvan bewust. Zoals bij alle soorten straling voelen, horen of zien de mensen die niet. Mensen kunnen dus jarenlang onder de invloed van de straling leven zonder dat ze het beseffen. Na verloop van tijd ondervinden ze er wel de effecten van.

De straling heeft biologische effecten bij waarden die ver onder de normen van de Europese Unie en de Wereldgezondheidsorganisatie liggen. Die normen zijn enkel gericht op het voorkomen van verhitting. Zo werd een paar weken geleden in Zweden het resultaat van een studie bekend die aangeeft dat als een gsm dicht tegen het oor wordt gehouden, de hersenen niet zouden worden opgewarmd. Die studie stelt dus dat er niets aan de hand is. Het gaat hier echter niet om de gsm-straling, maar wel de UMTS-straling, die een veel hogere waarde heeft.

Wat ook enorm belangrijk is in deze materie, zijn de effecten die door de synergie worden veroorzaakt. Er wordt wel onderzoek verricht naar de impact van afzonderlijke soorten straling, maar bijna niet naar de impact van verschillende soorten straling die tegelijkertijd optreden. Thuis worden we constant blootgesteld aan stralingen van de microgolfoven, de gsm, draadloze telefoons, internet, enzovoort. Dat betekent dat we al geruime tijd aan verschillende

types van stralingsbronnen worden blootgesteld. Die versterken elkaar bovendien. Er zijn onderzoeken die uitwijzen dat de blootstelling aan de afzonderlijke stralingen vrij schadeloos is. Er is echter weinig onderzoek gebeurd naar de impact van de gezamenlijke stralingen.

Gelukkig is de huidige Belgische norm vier keer strenger dan de veiligheidsfactor die door de Europese Unie en de Wereldgezondheidsorganisatie wordt toegepast. Terecht worden die voorzorgen genomen.

Mevrouw de minister, eind juli voorspelde Base dat er binnen enkele jaren ongeveer 40.000 antennes voor mobiele telefonie in Vlaanderen zullen staan. Dat is bijna een verzevenvoudiging. Op dit moment zijn er om en bij 6.000 antennes. In drukke, stedelijke gebieden zou dit betekenen dat er om de 500 meter een antenne op een flat, een kerktoren of een verlichtingspaal zou worden geplaatst. De toename geldt dan vooral voor de 50 keer sterkere UMTS-zenders.

We zijn het er allemaal over eens dat mobiele telefonie zeer nuttig is. Iedereen maakt er gebruik van. Bij de ontwikkeling en in de verkoopstrategie richten de aanbieders zich meer en meer tot kinderen. Ook dat is een belangrijk aspect. Meestal worden enkel de effecten berekend van een gemiddelde dosis voor een gemiddelde bevolkingsgroep.

Mevrouw de minister, bent u zich bewust van het probleem dat de zendmasten vandaag vormen? Ik denk dan vooral aan de toename die Base heeft voorspeld. Die toename maakt dat we naar een exponentiële groei gaan van de zendmasten en dus ook van de blootstelling aan straling. Hebt u hierover al contacten gehad en overleg gepleegd met andere bevoegde ministers, met de operatoren, met gezondheidsdiensten? Zo ja, wat zijn daarvan de resultaten en de gevolgen? Bent u bereid om het voorzorgsprincipe te laten gelden en er bij de federale bevoegde minister op aan te dringen dat de Belgische normen, indien nodig, bij een sterkere straling worden aangepast aan de nieuwe UMTS-zendtechnologie?

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, we hebben inderdaad al gedebatteerd over dit onderwerp. Mevrouw de minister, in een antwoord op een vraag zei u dat de berichten uit de wetenschappelijke wereld geruststellend zijn. Wel moest de zaak worden opgevolgd. Hebt u nieuwe

signalen gekregen? Mijn volgende vraag gaat over de plaatsing van UMTS-antennes in de buurt van scholen, hospitalen, enzovoort. Hebt u gegevens die er op wijzen dat dit schadelijk is? Indien de resultaten, zoals ik hier en daar heb vernomen, geruststellend zijn, zou daarover duidelijk moeten worden gecommuniceerd, zodat paniecreacties worden vermeden.

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

**Mevrouw Else De Wachter:** Mijnheer de voorzitter, ik wil me aansluiten bij de vraag van de heer Glorieux. Ik heb wel een déjà-vugevoel omdat we het probleem al een aantal keer hebben aangekaart. Ik denk dan onder meer aan het voorzorgsbeginsel, het milieu, de ruimtelijke ordening. Iedereen deelt de bekommernis. Het is inderdaad belangrijk dat er verder onderzoek gebeurt, waarbij vooral het aspect tijd in aanmerking wordt genomen om mogelijke schade na te gaan.

Het is heel belangrijk dat we daaraan verder werken bij de preventie, informatie en communicatie, zodat eventuele – mogelijk onnodige – paniek wordt vermeden. In dat verband is er een belangrijke taak weggelegd voor de lokale besturen. De LOGO's zijn zeer actief. Ze hebben een goed uitgewerkt dossier. Ze zijn ook bereid langs te komen bij de lokale besturen, om informatieavonden te organiseren, ook voor de milieuraden. Op die manier kunnen de lokale besturen zich heel goed informeren zodat ze de bevolking de gepaste inlichtingen kunnen verstrekken.

Wat de kinderen betreft, klopt het dat studies hebben aangetoond dat er een probleem is bij de ontwikkeling van hersencellen bij kinderen jonger dan 2 jaar. Mevrouw de minister, is het niet mogelijk dat u een doelgerichte oproep doet? Ik denk aan brieven aan de ouders, waarin op een heel eenvoudige, concrete manier wordt aangegeven waarop ze moeten letten. We leven nu eenmaal in een samenleving waarin heel veel ouders enkel nog een gsm hebben. Ze hebben geen vast toestel meer. Kinderen komen er dan ook automatisch mee in contact.

Samen met mevrouw Dillen heb ik een tijd geleden ook een vraag gesteld. Ik heb toen suggesties gedaan in verband met de milieuwetgeving. U hebt toen geantwoord dat u ze zou overmaken aan uw collega. Is dat gebeurd? Zo ja, kunt u in dat verband enige evolutie vaststellen?

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, het klopt dat iedereen de nodige waakzaamheid aan de dag moet leggen. Dat geldt trouwens voor alle thema's en problemen die te maken hebben met het leefmilieu en de impact op de gezondheid. Het drama is dat de wetenschap onderzoek verricht en enkel nadat de bewijzen op tafel liggen, een link kan vaststellen. Zolang dat niet het geval is, is er geen impact. Dat maakt dat we met de nodige omzichtigheid moeten omgaan met de gegevens. Dat is trouwens ook gebeurd toen we de normen hebben vastgelegd.

We krijgen heel wat brieven van bezorgde burgers en van gemeentebesturen. Telkens er een bouw aanvraag moet worden ingediend voor het plaatsen van masten, raden we de besturen aan zich voldoende te informeren, te zorgen voor de nodige participatie. Er is inderdaad een link met de LOGO's en de medisch milieukundigen. Er moet met voldoende kennis van zaken worden geoordeeld over de bouw aanvragen voor dergelijke masten. Dat punt wordt mee opgenomen, niet alleen ingeval het om één mast gaat, maar ook bij bijkomende antennes. Er wordt constant overleg gepleegd. Terecht wordt er op gewezen dat participatie en communicatie van de lokale besturen met de lokale bevolking cruciaal zijn. Onze mensen spelen daarin een belangrijke rol.

Op dit ogenblik zijn er verscheidene initiatieven, zowel van de overheid als van de operatoren en andere betrokken partijen. De federale overheid heeft een gespecialiseerde website ontwikkeld: [infogsm.be](http://infogsm.be). Daarin wordt specifiek aandacht besteed aan de problematiek van het gsm-gebruik bij jongeren.

Ik zal hier niet herhalen wat de medisch-milieukundigen doen in de LOGO's. Ze zijn met de zaak bezig.

Het klopt ook dat er steeds onderzoek wordt verricht. Wat de UMTS-technologie betreft, werd er deze maand een paper gepubliceerd door het steunpunt Milieu en Gezondheid, 'Gezondheidseffecten van UMTS' van professor De Bont en professor Van Larebeke. De auteurs komen daarin tot de vaststelling dat het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van blootstelling aan de straling van UMTS-masten nog in de kinderschoenen staat. UMTS zou geen invloed hebben op de visuele perceptie bij mensen en geen substantiële schade zou toebrengen aan de bloed-hersenbarrière. Wel werd er een kleine maar statistisch toch significante afname in het welzijn bij testpersonen vastgesteld. Aan de mensen werd gevraagd hoe ze zich voelden. Mensen die in de buurt

van een mast wonen, gaven daarbij aan dat ze zich minder goed in hun vel voelen.

Deze studie werd echter sterk bekritiseerd. In een andere studie, door Zwitserse wetenschappers, zal er ook een antwoord op worden geformuleerd. Binnen afzienbare tijd zouden de gegevens bekend moeten zijn. Er zijn constant replieken, maar dat is uiteraard eigen aan de wetenschappelijke wereld.

Uit alle thans bekende resultaten van de onderzoeken, die ook zullen worden voortgezet, blijkt dat er geen duidelijke gezondheidseffecten worden waargenomen als gevolg van straling door gsm- en UMTS-zendmasten. Ik zeg dat met de nodige omzichtigheid. We zijn immers aangewezen op de huidige kennis van de wetenschappelijke wereld.

Uit zowel de wetenschappelijke wereld, inzonderheid de Wereldgezondheidsorganisatie, als de International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection bereiken ons nog altijd dezelfde berichten. Ook internationaal wordt het probleem verder opgevolgd.

Terecht werd hier gezegd dat het niet is omdat de wetenschappelijke wereld geen verbanden kan aantonen, dat er geen zijn. Daarom kiezen we voor het voorzichtigheidsprincipe. Dat is ook de reden waarom de normen in België vier keer hoger zijn dan de waarden die worden aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie. We hebben een buffer ingevoerd. We zorgen ook voor een wetenschappelijke monitoring via het steunpunt en de deskundigen in de LOGO's. We blijven uiteraard alert. Tot op heden is er geen reden om te zeggen dat er dringend bijkomende maatregelen moeten worden getroffen.

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

**Mevrouw Else De Wachter:** Mevrouw de minister, u hebt niet geantwoord op mijn suggestie om aan de doelgroepen te vragen daar aandacht aan te besteden.

**Minister Inge Vervotte:** Ik wil daarover niet improviseren. Als we informatie moeten geven, dan doen we dat ook. Ik heb daarover geen concrete aanbevelingen gekregen, wat niet betekent dat we daarover geen vragen kunnen stellen. Als er moet worden geïnformeerd, kiezen we voor de kanalen waarmee we de mensen het best kunnen bereiken. Kind en

Gezin heeft inderdaad een heel groot bereik. Wanneer er specifieke aanbevelingen voor kinderen zijn, dan zoeken we naar de meest geschikte kanalen om die te bereiken.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Margriet Hermans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de financiering van de dagactiveringscentra voor (ex-)psychiatrische patiënten**

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

**Mevrouw Margriet Hermans:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, in het verleden heb ik reeds een aantal vragen over dit onderwerp gesteld.

Via dagactiviteitencentra worden patiënten uit hun isolement gehaald en behoed voor een heropname in de psychiatrie. Deze centra vormen dus een eerste schakel naar resocialisatie en reïntegratie. Door de stopzetting van het pilootproject 'dagactivering' voor psychiatrische patiënten door federaal minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken Rudy Demotte, zal de werking van vele dagactiviteitencentra sterk worden belemmerd. Voor 2005 werd er nog een overgangsregeling getroffen, maar intussen zwalpen een aantal centra opnieuw tussen wal en schip. Voor velen betekent het toedraaien van de financiële kraan het einde. Andere centra worden naar de bedelstaf gedreven of steunen louter op vrijwilligerswerk.

Een aantal dagen geleden had ik contact met de coördinator van het Turnhouts dagactiveringscentrum 't Twijgje. Daaruit bleek dat het centrum voor zijn financiering van de ene noodmaatregel naar de andere holt. Om toch net het hoofd boven water te kunnen houden, heeft de coördinator een samenwerkingsverband gesloten met Beschut Wonen Kempen en het Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Turnhout. Beide instellingen detacheren één personeelslid naar 't Twijgje. Met andere woorden, amper twee opgeleide mensen moeten instaan voor de zorg van 65 psychiatrische patiënten. Dat is ruim onvoldoende.

Op jaarbasis heeft 't Twijgje ongeveer 100.000 euro aan werkingsmiddelen nodig. Momenteel ontvan-

gen ze een subsidie van de provincie van 2.500 euro, een dotatie van de stad Turnhout van 7.500 euro en financiële steun van vrijwilligersorganisaties voor een bedrag van 3.750 euro. Een ander deel van de financiële steun komt van eenmalige sponsors.

Wanneer psychiatrische patiënten zich aanmelden voor behandeling, wordt van hen een bijdrage van ongeveer 8 euro per dag gevraagd. Voor velen blijkt dat onhaalbaar te zijn. Zij hebben het financieel niet breed en leven vaak van een overlevingsvergoeding. Zo'n 40 percent van de mensen die zich hebben aangemeld, haakt dan ook af.

Uit uw antwoord op een eerdere vraag om uitleg bleek dat u een grotere verantwoordelijkheid zou nemen en dit probleem zou opnemen in de discussies over de enveloppefinanciering van de centra geestelijke gezondheidszorg die zou ingaan op 1 januari 2006. U zei ook dat dit deels een federale bevoegdheid is. Een KB legt dit op als taak in het kader van het beschut wonen. U wilde hierover dan ook graag in overleg treden.

De aanpak in de psychiatrie is in Vlaanderen in essentie anders dan in Wallonië. Over de taalgrens benaderen ze psychiatrische patiënten veeleer medisch, Vlaanderen pakt de problemen aan vanuit een maatschappelijke dynamiek en vanuit de welzijnsoptiek.

Mevrouw de minister, hebt u al financiële middelen uitgetrokken voor de dagactiveringscentra? Zo ja, met welk budget en binnen welke termijn? Zo neen, kunt u toelichten waarom u niet hebt voorzien in een enveloppefinanciering van de centra voor geestelijke gezondheidszorg zoals u eerder hebt gezegd?

Is er een budget vrijgemaakt voor 't Twijgje? Zo ja, welk budget en binnen welke termijn? Zo neen, waarom niet?

Hebt u deze materie al aangekaart op het Overlegcomité? Zo ja, wat is de stand van zaken? Is er een oplossing in zicht voor de financiering? Welke middelen acht u opportuun? Is er nog sprake van een overlapping van de bevoegdheden of zijn de terreinen inzake geestelijke gezondheidszorg beter afgebakend? Zo neen, waarom is dit nog niet besproken? Zult u dit thema nog aankaarten op het Overlegcomité?

**De voorzitter:** Mevrouw Hermans, toen ik uw vraag ontving, heb ik getwijfeld of ik zou voorstellen er een

schriftelijke vraag van te maken. Ik moet al heel wat vragen afwijzen. Het is de bedoeling dat vragen om uitleg aanleiding geven tot een politieke gedachtewisseling. Deze vraag kon eigenlijk evengoed schriftelijk worden gesteld.

Mevrouw Roex heeft het woord.

**Mevrouw Elke Roex:** Tijdens de begrotingsbesprekingen hebben we het al uitgebreid gehad over de dagactiviteitencentra. De middelen daarvoor komen uit de enveloppe van de VIA-akkoorden inzake Beschut Wonen. Mijn vraag was toen al in welke mate de initiatieven afhankelijk zouden zijn van de wil van Beschut Wonen om mensen ter beschikking te stellen. In welke mate biedt dit een oplossing voor de verschillende dagactiviteitencentra? Is er sprake van een afslanking waarbij de werking wordt bedreigd?

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mevrouw de minister, hoe wordt in Vlaanderen invulling gegeven aan de zorgfunctie activering? In welke mate is er een rol weggelegd voor de centra geestelijke gezondheidszorg? Sluit dit aan bij het nieuwe af te sluiten convenant waarover de onderhandelingen aan de gang zijn? Is voorzien in bijkomende financiële middelen?

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

**Minister Inge Vervotte:** Ik wil het probleem niet herleiden tot de zeventien pilootprojecten waarvan de federale overheid heeft beslist ze niet meer te financieren omdat het gaat om Vlaamse projecten en omdat deze activiteit niet of nauwelijks wordt ontwikkeld in Wallonië. Ik wil het debat opentrekken naar de functieactivering en naar de plaats die deze kan krijgen binnen de gezondheidszorg.

In het kader van de zorgscircuits en -netwerken zijn we erin geslaagd de financiering rond te krijgen. In het kader van het federale sociaal akkoord stijgt de tewerkstelling met 86 voltijdse equivalenten voor de initiatieven rond beschut wonen, meer bepaald voor de functie activering in Vlaanderen.

De gewesten, de gemeenschappen en de federale overheid zijn overeengekomen dat de functionele

inbedding van de zorgfunctie activering conform de verklaringen die zijn afgelegd tijdens de interministeriële conferentie van 6 december, moet gebeuren in het perspectief van en via de realisatie van onze geestelijke gezondheidszorgcircuits en -netwerken. Dat is voor ons belangrijk omdat dit de zekerheid biedt dat we niet noodzakelijk dezelfde visie als Wallonië moeten hanteren voor Vlaanderen. Er is afgesproken dat elk zijn visie op zijn eigen manier mag ontwikkelen met federale middelen. Zo zijn wij in staat om de zeventien projecten waarvan sprake, voort te zetten.

Voor de doelgroep van de volwassenen met stoornissen inzake geestelijke gezondheidszorg moet de zorgfunctie activering vorm worden gegeven en worden erkend als onderdeel van een later verder uit te bouwen zorgprogramma.

Om in aanmerking te komen voor een erkenning van de zorgfunctie activering, is samenwerking nodig tussen minstens twee initiatieven beschut wonen en een bestaand initiatief op het gebied van activering binnen de regio. De bedoeling is een brede inbedding te krijgen en een schakel tussen het ambulante en het residentiële aspect.

Gisteren nog hebben we rond de tafel gezeten met de initiatieven beschut wonen om de praktische uitvoering van het akkoord te bespreken. De initiatieven beschut wonen zijn bereid samen te werken met de diverse pilootprojecten.

Ik ben op de hoogte van het probleem van 't Twijgje. Door onze bemiddeling konden we garanderen dat de activiteiten in 't Twijgje niet moesten worden stopgezet.

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

**Mevrouw Margriet Hermans:** Mevrouw de minister, ik ben blij te horen dat beschut wonen concreet werk maakt van die samenwerking. Dat zal heel belangrijk zijn om te overleven. En ook de bemerking van de voorzitter heb ik meegenomen.

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

---

**Vraag om uitleg van de heer Gilbert Bossuyt tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitsluiting van gewezen, niet-beroepsactieve grensarbeiders van de zorgverzekering**

**Vraag om uitleg van de heer Sven Gatz tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de erkenning van de Brusselse OCMW's door Vlaanderen en het belang hiervan voor de zorgverzekering voor de Brusselse Vlamingen**

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

**De heer Gilbert Bossuyt:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, deze problematiek treft een kleine doelgroep maar ook zij moeten hier aan bod kunnen komen.

De Europese Commissie heeft in december 2002 en februari 2003 aan de Vlaamse Regering meegedeeld dat een aantal bepalingen van de regelgeving met betrekking tot de Vlaamse zorgverzekering niet in overeenstemming zijn met de Europese regelgeving. De Vlaamse Regering heeft daarop een expertencommissie aangesteld om het probleem te onderzoeken.

Mevrouw de minister, op basis van de conclusies van die commissie hebt u op 15 juni 2005 een omzendbrief uitgevaardigd over de toepassing van de Vlaamse zorgverzekering, rekening houdend met de Europese regelgeving. Het gaat om de Europese verordening 1408/71 – niet-beroepsactieve buitenlands verzekerden.

De conclusies van de expertencommissie en de omzendbrief zijn verbazingwekkend. De gewezen grensarbeiders die een volledige beroepsloopbaan in het buitenland hebben afgelegd, kunnen volgens de omzendbrief niet meer aansluiten bij de Vlaamse zorgverzekering, zelfs niet vrijwillig. Er is wel een uitzondering voor wie reeds een financiële tegemoetkoming heeft ontvangen.

De reeds betaalde bijdragen zullen door het Vlaams Zorgfonds worden teruggestort. De gewezen grensarbeiders uit Frankrijk kunnen vandaag echter niet rekenen op een gelijkaardige verzekering, zoals l'allocation personnalisée d'autonomie, omdat ze in Vlaanderen wonen.

De gewezen grensarbeiders met een gemengde loopbaan, deels in het buitenland, deels in ons land, kun-

nen hun aansluiting bij de Vlaamse zorgverzekering wel behouden.

Mevrouw de minister, welke zijn de Europese en andere bezwaren om geen vrijwillige aansluiting te garanderen voor deze gewezen grensarbeiders?

Wat is de logica om niet-beroepsactieve gewezen grensarbeiders uit te sluiten van de zorgverzekering die pas in 2001 in het leven is geroepen en wordt gefinancierd met ledenbijdragen en algemene begrotingsmiddelen? Mensen die hier hun bijdrage betalen maar in het buitenland werken, voldoen aan de criteria om van een bijkomend voordeel te genieten. Het gaat weliswaar om een kleine groep van mensen, maar dat is geen reden om hun een aantal rechten niet toe te kennen.

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

**De heer Sven Gatz:** De toepassing van de zorgverzekering in Brussel is een thema dat hier al vaker ter sprake is gekomen. Misschien verveelt het thema dus sommigen, wat ik best kan begrijpen. De Brusselse collega's hier proberen gewoon wat oplossingen naar voren te schuiven. We klagen niet. Het Vlaams Brusselfonds van minister Anciaux voorziet de komende jaren in een inhaalbeweging om het Vlaamse aanbod op het vlak van zorg gestaag te vergroten. Mijn vraag gaat over het linken van het bicommunautaire aanbod in Brussel aan de zorgverzekering.

We weten allemaal dat er problemen zijn met de toepassing van de zorgverzekering. Een eerste probleem is al dat er in Brussel geen subnationaliteit bestaat. Dat is vanuit Vlaams politiek oogpunt misschien een goede zaak, maar met betrekking tot de zorgverzekering geeft het problemen. Brusselaars begrijpen niet precies hoe de vork in de steel zit. Er zijn oplossingen bedacht om de overgang voor de toepassing van de zorgverzekering in Brussel zo soepel mogelijk te laten verlopen. Wat het aanbod van de zorgverstrekker zelf betreft, blijft er een probleem bestaan. Daarover gaat mijn vraag.

Wie zich in Vlaanderen tot een OCMW wendt en terecht komt bij een dienst die zorgen verstrekt in het kader van de zorgverzekering, hoeft zich de vraag niet te stellen of de zorg ook financieel is gedekt. Dat is gewoon zo. In Brussel ligt dat anders en dat is heel moeilijk uit te leggen aan de Brusselse Vlaming. Er zijn op dit ogenblik drie OCMW's die zich politiek

inschakelen in het verhaal van de Vlaamse zorgverzekering, dikwijls om heel uiteenlopende redenen. In Ukkel is er een Vlaamse OCMW-voorzitter die mee vorm wil geven aan de samenhang van de Vlaamse Gemeenschap over de gewestgrenzen heen en daarvan zijn schepencollega's moet overtuigen. In Jette en Evere gaat het eerder om pragmatische Franstaligen die de stelling huldigen 'If you can't beat them, join them' en ervoor willen zorgen dat hun rekeningen op het einde van de rit ook kloppen.

De oorzaak voor dat lage aantal ligt niet bij u, mevrouw de minister. Vele Brusselse OCMW's staan niet te trappelen om door Vlaanderen erkend te worden. Hun argument is dat ze niet willen weten van een 'Belgique à deux vitesses'. Ze hebben misschien een punt, maar tegelijk vergissen ze zich. U weet dat aangezien er geen subnationaliteit bestaat, ook Franstaligen zich desgewenst bij de zorgverzekering zouden kunnen aansluiten. Op die manier is er wel sprake van ongelijke behandeling, maar niet van discriminatie. De Brusselse zorgverzekering zou de toets van het Arbitragehof of de Raad van State zeker doorstaan. De Brusselse Vlamingen blijven, afhankelijk van het OCMW uit hun buurt, wel wat in de kou staan.

Ik vraag u of het niet mogelijk zou zijn sommige dingen eenvoudiger op te lossen. Zo zou men in Brussel het bicommunautaire aanbod in twee blokken kunnen opsplitsen. Ik begrijp dat, als een privé bicommunautaire instelling, een vzw die geen link heeft met een OCMW, de erkenning binnen de Vlaamse zorgverzekering aanvraagt, de normale procedure loopt. Er wordt dan een bepaalde checklist afgetoetst om na te gaan of de dienstverlening wel voldoende Nederlandstalig is. Dat moeten we zo houden.

Van OCMW's zouden we meer mogen verwachten, al is de praktijk nu anders. Ze zijn immers wettelijk tweetalig en zouden dat in de praktijk ook moeten zijn. Zou het niet mogelijk zijn om de Brusselse OCMW's automatisch als bicommunautaire instellingen te erkennen? Hebt u de bevoegdheid daartoe? Wenst u dat vanuit uw bevoegdheid ook te realiseren? Hebt u hierover al overleg gepleegd met uw Brusselse collega's?

Ik geef u ook de cijfers die ik de voorbije dagen heb kunnen vergaren. Het gaat alleen over het aanbod van rusthuisbedden, al kan de zorgverzekering niet louter worden teruggebracht tot het aantal rusthuisbedden. Hiermee wil ik alleen maar een idee geven

van mogelijke uitbreidingen. Als we de rusthuisbedden optellen die van de OCMW's afhangen, komt men uit op een kleine drieduizend. Op dit ogenblik, samen met de gemeenten Jette, Ukkel en Evere en sommige initiatieven die toch van OCMW's afhangen maar zich als privé partner hebben laten erkennen in Ganshoren, Etterbeek en Brussel-Stad, gaat het om enkele honderden, al naargelang de schatting die ik heb laten maken. Het gaat om een vork van 500 tot 1.000.

Bij een affirmatief antwoord op mijn vraag, zou dat aanbod verdrievoudigen. Betekent dat dan dat het aanbod volledig wordt ingevuld en door de zorgverzekering wordt betaald? Ik denk het niet, al zou het theoretisch wel kunnen. Er zijn op dit ogenblik ook niet in alle Brusselse gemeenten voldoende Vlamingen aanwezig om dit aanbod in te vullen. Maar ze zouden dan wel over een ruimere keuze beschikken.

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Ik sluit mij aan bij de vraag en de voorstellen van de heer Gatz. De problemen zijn correct geschetst. De oplossing zou eenvoudig zijn. Meer Vlamingen zouden geholpen worden; Vlamingen die hun bijdragen correct betalen en nu uit de boot vallen omdat de OCMW's niet zijn aangesloten.

Ik heb nog een bijkomende vraag. Op het einde van vorig jaar hebt u de mogelijkheid geopperd om de zorgverzekering uit te betalen vanuit een individueel recht. Zo wordt de zorgverzekering niet afhankelijk van de instelling waar men verblijft, maar van de persoon die al dan niet een bijdrage leverde. U hebt toen gezegd dat deze invalshoek zou worden onderzocht. Hebt u daar al een antwoord op of hebt u dit idee intussen verlaten?

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

**De heer Steven Vanackere:** Ik ben tevreden met de vraag en de onderliggende stelling omdat ze aansluiten bij het Europese verhaal van zonet. Beide vragen hebben meer met elkaar te maken dan men op het eerste zicht zou verwachten. Wie vandaag in Marbella verblijft en de zorgverzekering aanvraagt, vraagt men niet of hij bicommunautair is of Vlaams-erkend. Daar zitten we met een individueel recht. De logica van gelijke behandeling is geïnspireerd door de Europese wetgeving, de andere door een interne regeling. Voor onze mensen is het zo dat als ze in Brussel

aankloppen voor een dienstverlening, ze eerst moeten checken of het wel gaat om een erkende instelling.

Ingaan op de suggesties zou vermoedelijk institutioneel nogal innovierend zijn, maar we stellen wel vast dat verschillende politieke partijen er dezelfde zienswijze op nahouden. Dat is positief. Ik heb een bijkomende vraag en ook wat nieuws. Op 21 december 2005 heeft het OCMW van Sint-Agatha-Berchem beslist om de gelijkschakeling aan te vragen voor de diensten en instellingen die ervoor in aanmerking komen onder het motto 'We zijn altijd blijer met elk nieuw schaap dat naar de stal komt dan met de schapen die er nog niet zijn'. Het gaat om het rusthuis met RVT-afdeling Bloemendal met 110 bedden, het dagverzorgingscentrum Zonnebloem met een capaciteit van 15 plaatsen en de buitendienst van het departement sociale dienst voor familiale- en huishoudhulpsters en de distributie van warme maaltijden, goed voor ongeveer tweehonderd contacten per dag. Er is dus vooruitgang. Het blijft wellicht nog wel zo dat zolang de institutionele realiteit in Brussel niet verandert, een en ander zal neerkomen op de politieke wil van de lokale verantwoordelijke, in het bijzonder van het OCMW, om al dan niet in te stappen in de zorgverzekering.

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

**Minister Inge Vervotte:** Ik stel vast dat de Vlaams-Brusselaars meer verdedigers hebben in het Vlaams Parlement dan de grensarbeiders.

**De heer Gilbert Bossuyt:** Ik had de vraag van de heer Gatz niet gezien, anders had ik gevraagd deze vragen niet samen te behandelen. Het gaat hier immers wel degelijk om twee verschillende problemen. Ik ken de 'ardeur' van de Vlaams-Brusselse verdedigers. Ik wilde de aandacht van de minister vragen voor dat kleine volk dat over de grens zijn boterham gaat verdienen.

**Minister Inge Vervotte:** Ik zal beginnen met het probleem van de grensarbeiders. Het is een technisch-juridische aangelegenheid. De Vlaamse Regering heeft in eerste instantie een principiële standpunt ingenomen over het toepassingsgebied van de Vlaamse zorgverzekering. Er is ooit beslist dat het de bedoeling van de Vlaamse zorgverzekering is om zich strikt te oriënteren op de verplichtingen die ontstaan door de toepassing van de Europese regelgeving op de interne rechtregels. Europa is formeel. Een aansluitingsplicht kan niet worden opgelegd aan perso-

nen die uit eigen recht sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat. Dat betekent dat niet de Vlaamse Gemeenschap, maar de respectieve lidstaten bevoegd zijn om een vorm van zorgverzekering te ontwikkelen voor personen die bij hen sociaal verzekerd zijn. Dat sluit aan bij onze idee van een sociaal Europa.

Het kan niet de bedoeling zijn dat de Vlaamse Gemeenschap als een vangnet zou functioneren voor het geval dat de Europese lidstaten de beleidskeuze niet maken om een vorm van zorgverzekering te ontwikkelen of ervoor te zorgen dat er voldoende garanties zijn voor het recht om sociaal verzekerd te zijn, liefst naar analogie met ons Vlaamse systeem.

Als de Vlaamse Gemeenschap een facultatieve aansluiting zou toelaten, zou dat leiden tot een cumulatie van systemen in landen waar wel in een zorgverzekering is voorzien. Zoals u weet, opent men rechten in het land waar men sociaal verzekerd is. Dat zou dan op een cumul neerkomen. Het voorbeeld bij uitstek is Duitsland. Daar komt men al snel op een cumul uit.

Bij de aanvraag van de Vlaamse zorgverzekering, is duidelijk aangestuurd op een verzekeringsplicht. Dat is belangrijk voor de leefbaarheid van het systeem. We hebben ervaring met het gebied Brussel-Hoofdstad. Daar is aangetoond dat bij een facultatieve aansluiting er een onevenwicht ontstaat tussen de ledenbijdragen en de uitkeringen voor tenlastenemingen. De cijfers zijn er, maar daarover hebben we het hier al genoeg gehad.

Voor een beperkte groep is het facultatieve systeem, met dezelfde modaliteiten als er vandaag bestaan, evenmin wenselijk omdat dan meer zal moeten worden betaald dan het risico oplevert. Bijdragen en modaliteiten moeten immers mee bepaald worden naargelang het risico. Dat is een bijkomend juridisch probleem.

Het toelaten van een facultatieve aansluitingsmogelijkheid voor uitgaande arbeiders kan een oplossing zijn, maar het zou tegelijkertijd een nieuwe onbillijkheid creëren. De Vlamingen zouden dan verplicht worden tot aansluiting maar de grensarbeider niet. Dat vormt een bijkomend probleem, maar omwille van een hogere rechtsorde, Europa, kunnen we de grensarbeiders toch niet verplichten tot aansluiting. Als de Vlaamse overheid de mogelijkheid had om voor de grensarbeiders dezelfde modaliteiten te garanderen als voor de inwoners van het Vlaamse Gewest, dan zou er geen bezwaar zijn.



We hebben getracht een billijke oplossing te vinden. We botsen tegen de grenzen van de mogelijkheden binnen de vigerende juridische bepalingen. We hebben ervoor gekozen om het niet-facultatief te maken omdat wij ervan overtuigd zijn dat een verplichting bijkomende onbillijkheden creëert, en er dan juridische problemen ontstaan door een mogelijke cumulatie. Wij hebben ervoor gekozen om het ook niet-facultatief open te stellen voor bepaalde groepen.

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

**De heer Gilbert Bossuyt:** Mevrouw de minister, ik dank u in elk geval. Uw antwoord zal allicht aanleiding geven tot een aantal acties. Dat is niet uw fout, natuurlijk. Het gaat hier immers om een bepaalde interpretatie van de verschillende regelgevingen, zowel van de Europese als van het Vlaamse standpunt daarover. Dat lijkt me echter een juridische kwestie. Op het ogenblik dat er is beslist om de zorgverzekering tot stand te laten komen, zijn we ervan uitgegaan dat er voor onze inwoners, aansluitend op het ouderenbeleid en de voorzieningen die we al hebben, er een Vlaamse zorgverzekering zou worden opgezet, voornamelijk om toe te laten dat mensen die niet in verzorgingsinstellingen terecht komen, die thuis blijven leven, ook op een reeks van diensten een beroep zouden kunnen doen.

Ik heb ook de discussies gevolgd voor de totstandkoming van de zorgverzekering, maar er is een duidelijk verschil tussen de zorgverzekering en de sociale zekerheid. Als het zou gaan over deze laatste, dan is het normaal dat men de actieve loopbaan van de betrokkene in acht neemt. Gedurende die loopbaan moet deze immers bijdragen betalen die dan binnen dat systeem garant staan voor de uitbetaling. Hier gaat het evenwel niet over een 'carrière' van bijdragen die geïnd worden. In het geval van de zorgverzekering, die pas in 2001 in het leven is geroepen en waar het dus niet gaat om reeds lang betaalde bijdragen, staan bijvoorbeeld grensarbeiders op hetzelfde niveau als mensen die voor het eerst in 2001 een bijdrage betaald hebben. Er is dus een 'recht' ontstaan dat betrekking heeft, niet op sociale zekerheid, maar op een aanbod van voorzieningen vanaf een bepaalde leeftijd. Dat geldt ook voor die mensen. Dat was de filosofie, ongeacht de Europese regelgeving.

Deze problematiek zal ongetwijfeld nog meermaals aan bod komen. Er is namelijk een belangrijke discriminatie, want ook de zorgverzekering wordt

betaald van belastinggeld. Ook die mensen hebben tijdens heel hun carrière belastingen betaald in het land waar ze woonachtig zijn en tegelijkertijd zijn ze bereid bijdragen te betalen. Hier is mijns inziens wel sprake van een discrepantie, maar die zal op een ander niveau dan dat van het politieke gelijk moeten worden bevochten, als ik het goed begrijp. Als we immers de louter technische interpretatie volgen, dan is de conclusie logisch. Ik betwijfel echter sterk of die interpretatie klopt.

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

**Minister Inge Vervotte:** Alle juridische interpretaties zijn in deze zaak welkom. We hebben gezocht naar de meest billijke oplossing. Er zijn echter een aantal onrechtvaardigheden die niet uit te schakelen zijn. Europa is in dat verband zeer expliciet: een aansluitingsplicht kan niet worden opgelegd aan personen die in andere lidstaten op basis van het daar vigerende recht verzekerd zijn. Interpretatieruimte is er niet. Daar wringt dus het schoentje. Als u daarentegen een juridische hefboom vindt om dat te verhelpen, dan zal ik dat met dank aanvaarden en onderzoeken.

**De heer Gilbert Bossuyt:** Ik dank de minister voor haar antwoord.

**De voorzitter:** Dan is er nog Brussel. Minister Vervotte heeft het woord.

**Minister Inge Vervotte:** Ook dat is een kluwen. De zorgverzekering lijkt een never ending story. De vraagsteller heeft een verhaal opgebouwd met een interessant denkkader. We moeten echter goed nadenken over de mogelijke problemen. De Vlaamse Regering heeft niet de bevoegdheid om bicommunautaire voorzieningen te erkennen. Die bevoegdheid heeft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. De Vlaamse Regering kan wél bicommunautaire voorzieningen automatisch gelijkstellen met van rechtswege erkende voorzieningen in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering. Dat werd mogelijk dankzij het besluit van de Vlaamse Regering van 14 november 2003.

Het is niet evident om een Brusselse OCMW-voorziening automatisch gelijk te stellen met van rechtswege erkende voorzieningen in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering. In een advies van de Raad van State bij het besluit van de regering staat dat de Vlaamse Gemeenschap 'niet rechtstreeks verplichtingen kan

opleggen aan voorzieningen die door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie erkend zijn.' Dat betekent dat de Vlaamse overheid in automatisch gelijkgestelde voorzieningen geen controle zou kunnen uitoefenen op het naleven van de voorwaarden die in het kader van de Vlaamse Zorgverzekering gesteld zijn. Dat brengt ons bij een inhoudelijk debat dat ook hier geregeld wordt gevoerd maar vandaag niet is aangekaart.

Het besluit van de Vlaamse Regering impliceert dus dat we niet automatisch kunnen gelijkstellen en erkennen. Dat kan echter wel gebeuren via het afsluiten van een overeenkomst met het Vlaams Zorgfonds. Zo'n overeenkomst kan de Vlaamse Gemeenschap toestaan om te controleren of de bicommunautaire instelling bereid is om minimale inspanningen te leveren voor een kwalitatieve zorgverlening aan Nederlandstalige bewoners, met inbegrip van een dienstverlening in hun taal. Dat is de essentie.

Het gaat niet over veel mensen. Het systeem is uitgewerkt ten behoeve van Vlaamsgeoriënteerde Brusselaars in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. We moeten kunnen blijven controleren dat de dienstverlening ook gebeurt in de eigen taal. We kunnen dat alleen via een samenwerkingsovereenkomst. Als we automatisch zouden gelijkstellen, dan hebben we geen garantie dat het doel van de zorgverzekering – een dienstverlening in het Nederlands aanbieden – wordt gerealiseerd.

Ik denk niet dat ik van de regering het mandaat zou krijgen om de mensen van een bicommunautaire instelling die zich vrijwel uitsluitend richt tot Fransstaligen, zonder enige voorwaarde toegang te geven tot de Vlaamse zorgverzekering. Dat zou een politiek probleem zijn.

Er is nog een bijkomend juridisch probleem. De automatische gelijkstelling van de OCMW's zou aanleiding geven tot een klacht bij de Raad van State. Zo zou er immers een verschil van behandeling ontstaan tussen de bicommunautaire OCMW-voorzieningen en de bicommunautaire privaatrechtelijke voorzieningen. Ik blijf daarom vasthouden aan de eis dat een Nederlandstalige zorgverlening belangrijk is en blijft. Een automatische gelijkstelling kan niet. Dat is alles wat we in zo'n overeenkomst vragen. Voorzieningen die bekommerd zijn over hun bewoners kunnen dat zeker niet als een onoverkomelijke eis opvatten. We zijn graag bereid om daarover overeenkomsten af te sluiten.

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

**De heer Sven Gatz:** Ik heb twee belangrijke zaken uit uw antwoord onthouden. Het argument van de juridische bezwaren tegen een verschillende behandeling van privaatrechtelijke instellingen en instellingen uit de openbare bicommunautaire sector, weegt misschien minder zwaar. Dat verschil lijkt me overkoombaar.

Ik heb wel begrepen wat het verband is tussen een overeenkomst en de controle. Ik kan begrip opbrengen voor uw standpunt. Het is een ingewikkelde materie en misschien niet zo gemakkelijk op te lossen als ik aanvankelijk wel dacht. Toch zou ik u willen vragen in welke mate u proactief optreedt. Ik veronderstel dat op een bepaald ogenblik alle bicommunautaire instellingen zijn aangeschreven door het Zorgfonds. Of is dat niet gebeurd en moeten ze zelf het initiatief nemen? Als de regering het initiatief neemt, lijkt het mij nuttig om dat geregeld te herhalen. De heer Vanackere heeft hier terecht gezegd dat er een gunstige evolutie merkbaar is. Meer en meer instellingen die van OCMW's afhangen, sluiten aan bij de zorgverzekering. Dat gebeurt vandaag meer dan pakweg drie jaar geleden. Over de juridische problemen zal ik eens nadenken: ik heb geen pasklare oplossing. In elk geval lijkt het me belangrijk dat de regering het terrein bezet houdt en actief optreedt.

Misschien is het volgende probleem hier al eerder aangehaald. Kunt u samen met minister Anciaux opvolgen hoe we in deze legislatuur ons aandeel in de toepassing van de zorgverzekering kunnen vergroten? Rome is natuurlijk niet op een dag gebouwd. Met onderwijs en cultuur zijn we al sinds 1971 bezig. Dat leidt hier en daar al tot het bereiken van de ééndenorm. Voor welzijn is dat zeker nog niet het geval. Kunnen jullie op geregelde ogenblikken overleggen om na te gaan hoe Vlaanderen vooruitgang zou kunnen boeken? We vragen gewoon de uitvoering van het regeerakkoord, niet meer maar ook niet minder. We beseffen natuurlijk wel dat het een heksentoer zal zijn om in 2009 de cijfers van 30 percent of 300.000 eenheden te benaderen.

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

**De heer Steven Vanackere:** Ik wil hier nog een element aanhalen dat de analyse van de minister ondersteunt. Een instelling in Brussel is niet bicommunautair omdat ze ervoor heeft gekozen om voor beide gemeenschappen in te staan, maar omdat ze niet

heeft gekozen. Veel collega's vatten het bicommunautaire op als een actief gegeven: het zich bewust richten tot beide gemeenschappen. In ons institutioneel model ben je echter bicommunautair als je niet hebt gekozen. Dat ondersteunt de houding van de minister die stelt dat ze niet zonder meer kan aannemen dat een instelling alle voorwaarden van de Vlaamse zorgverzekering zal respecteren omdat ze niet heeft gekozen voor een van de twee gemeenschappen. Als er een onweerlegbaar vermoeden zou zijn dat een bicommunautaire instelling die zich door de twee gemeenschappen heeft laten erkennen, de voorwaarden zou respecteren, dan zou het ongehoord zijn dat die instelling dit nogmaals tegenover de minister van Welzijn zou moeten aantonen. Maar dat is niet het geval.

Over Sint-Agatha-Berchem ben ik heel tevreden. Voor alle duidelijkheid: als een instelling ervoor kiest om de gelijkschakeling aan te vragen, dan mag ik er toch van uitgaan dat dit niet gepaard gaat met een loodzware procedure en een lange wachtperiode? Ik begrijp dat er moet worden gecontroleerd, maar het kan niet dat men lang moet wachten vooraleer de effecten op het terrein merkbaar zijn. Ik verras u misschien met deze vraag. Toch wil ik ze stellen, want er is nu een vierde gemeente die de stap wil zetten. We moeten hen zo gezwind als mogelijk in de schaapsstal krijgen.

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

**Minister Inge Vervotte:** De voorziening zelf moet een aanvraag indienen. Vlaanderen schrijft hen niet aan. De vragende partij moet zelf het initiatief nemen als men erom bekommerd is dat de bewoners van deze rechten kunnen genieten.

De bijdrage is altijd op naam van de individuele persoon, en nooit op naam van de instelling waar de personen verblijven. Onderzoek leert ons dat dit ook altijd echt zo gebeurt. Er kan een probleem rijzen als een instelling volmachthouder is voor mensen die niet zelf hun rekeningen kunnen beheren. In dat geval zal de instelling de bijdrage namens het individu betalen.

Hoe het met de opvolging zit, weet ik niet precies. Aangezien ik wel onmiddellijk op de hoogte word gesteld als er wachtlijsten ontstaan en dat nu niet is gebeurd, vermoed ik dat er zich op dat vlak geen problemen voordoen.

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Er is niet geantwoord op mijn vraag, wellicht omdat ik ze niet goed heb geformuleerd. In de debatten van vorig jaar is gezegd dat de mogelijkheid om aan te sluiten niet zou afhangen van het feit of de instelling door de Vlaamse Zorgverzekering is erkend, maar wel van het feit of de individuen zelf correct hun bijdragen hebben betaald. Zo zou iemand die zijn hele leven heeft betaald, maar terecht komt in een Franstalige instelling of in een tweetalige instelling die niet door de Vlaamse Gemeenschap is erkend, toch van het recht kunnen genieten. De mensen begrijpen niet waarom men van die verzekering niet kan genieten als men ervoor heeft betaald.

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

**Minister Inge Vervotte:** Ik moet dat nakijken. In elk geval impliceert dat voorstel dat we de eis van een Nederlandstalige dienstverlening laten vallen. Dat staat haaks op de principebeslissing die is genomen.

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

---

#### **Vraag om uitleg van mevrouw Tinne Rombouts tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de samenwerking tussen het Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk en de VDAB**

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

**Mevrouw Tinne Rombouts:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, ik wil hier de vrijwilligers in het zonnetje plaatsen, want ze bouwen mee aan een warm en verdraagzaam Vlaanderen. Vrijwilligers leren verschillende vaardigheden aan, en leggen contacten die voor henzelf ook belangrijk kunnen zijn. Werkzoekenden zouden via vrijwilligerswerk veel ervaring kunnen opdoen. Dat zou positieve gevolgen kunnen hebben voor hun zoektocht naar werk.

Het Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk of VSVw is eind jaren 70 opgericht onder de naam 'Platform voor Voluntariaat'. De initiële basisdoelstellingen waren het ondersteunen en promoten van de vrijwilligersgedachte en het behartigen van de belangen van

vrijwilligerswerkingen. Die zijn na 30 jaar nog steeds actueel. Rekening houdend met de ontwikkelingen van het werkveld heeft het VSVw zich aangepast en is het vandaag een forum voor alle soorten vrijwilligerswerk, ongeacht de sector waar de activiteiten zich afspelen.

De doelstellingen van het VSVw worden vertaald in drie kerntaken: het aanbieden van advies, van informatie en van vormingsmogelijkheden. Voor het takenpakket informatie heeft het VSVw samen met de provinciale steunpunten en het Brusselse 'het Punt', met steun van de Koning Boudewijnstichting, een on-linevacaturebank voor vrijwilligers opgestart. Het is een nuttige databank waarop vandaag ongeveer 2.000 vacatures staan. Gezien het belang van het vrijwilligerswerk voor onze samenleving en het feit dat vrijwilligerwerk steeds handen te kort komt, is het zeer belangrijk dat deze vacaturebank maximaal wordt bekendgemaakt. Zo kunnen potentiële vrijwilligers snel hun weg vinden naar een openstaande vacature. Tot vandaag is deze databank grotendeels onbekend en wordt zij enkel geraadpleegd door toevallige bezoekers van de site.

Als we de databank willen laten renderen, dan is een doelgroepgerichte aanpak een zeer efficiënt middel. Daarbij denken we in de eerste plaats aan jonge of langdurige werkzoekenden. Wanneer jonge of langdurige werklozen zouden participeren in vrijwilligerwerk bouwen ze niet enkel mee aan een verdraagzame en warme samenleving, maar leren ze ook een heleboel vaardigheden en leggen ze contacten die nadien nog goed van pas kunnen komen, zoals sociale vaardigheden, werkdiscipline, organisatie- en bestuurs technieken, enzovoort.

Zo'n engagementen en de verworven ervaring worden door de werkgever, naast diploma's en andere werkervaringen, vaak als doorslaggevend beschouwd bij een sollicitatiegesprek. Voor een aantal mensen kan vrijwilligerswerk dus een opstapje betekenen naar een job. Om dat te realiseren en deze mensen te stimuleren en te begeleiden is een samenwerking met de VDAB belangrijk.

Ziet de minister mogelijkheden om dit initiatief te ondersteunen? Vreest de minister voor onoverkomelijke problemen of knelpunten die een snelle samenwerking tussen het VSVw en de VDAB in de weg staan? Beschikt het VSVw over voldoende middelen om de bestaande vacaturebank zo gebruiksvriendelijk en geactualiseerd mogelijk uit te bouwen?

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

**Mevrouw Vera Van der Borghth:** Ook ik zie een reeks nuttige gevolgen van zo'n initiatief, vooral voor jonge werklozen. Onlangs heeft minister Vandenbroucke nog geld ter beschikking gesteld van de VDAB om jonge werklozen te helpen. De VDAB kan een grote rol spelen om de jongere werklozen vaardigheden en goede attitudes bij te brengen. Dat geld zou kunnen gebruikt worden om dat initiatief vorm te geven.

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

**Minister Inge Vervotte:** Dit zijn interessante ideeën. Nochtans moeten we goed overdenken wat de mogelijke gevolgen kunnen zijn. De beleidskeuzen zijn duidelijk gemaakt om de beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt alsmaar meer te laten doorwegen bij de beoordeling van het al dan niet recht hebben op een werkloosheidsvergoeding. Die beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt is essentieel.

Hier wordt het probleem aangesneden van de langdurig werklozen en hun mogelijkheden om vaardigheden te verwerven. Dat is een belangrijk probleem, maar een oplossing mag de beschikbaarheid voor de arbeidsmarkt niet in gevaar brengen. Een werkzoekende kan vandaag maar vrijwilligerswerk leveren als hij daarvoor de toestemming van de directeur van de RVA krijgt. Die toestemming wordt niet automatisch verleend, want de RVA gaat ervan uit dat werkzoekenden op zoek moeten gaan naar werk of zich bijscholen om gemakkelijker werk te vinden.

Er kan worden gearchtueerd dat dit de kansen op de arbeidsmarkt vergroot. Die stelling zal dan wel voldoende moeten worden onderbouwd. Daarnaast mogen we ook niet vergeten dat er heel wat ontwikkelingen zijn met betrekking tot de sociale economie. Ik zal dat punt hier niet uitdiepen omdat dat ons te ver zou leiden.

Mevrouw Rombouts, u vraagt ons na te gaan hoe we jonge en langdurige werklozen kunnen inschakelen in het vrijwilligerswerk, zodat de competenties worden versterkt en ze leerervaring opdoen. Vanuit dat standpunt is het interessant die zaak verder te bekijken. Het probleem moet echter ook in een ruimer perspectief worden geplaatst. Studies hebben trouwens aangetoond dat ervaring die wordt opgedaan via het vrijwilligerswerk als een pluspunt wordt beschouwd bij sollicitaties.

Het voorstel om bij de trajectbegeleiding van de werkzoekende door de VDAB gebruik te maken van een vacaturedatabank voor vrijwilligers van het Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk, is interessant. We moeten wel met de nodige omzichtigheid tewerk gaan.

Ik ga niet te diep in op het informatiesysteem. U hebt de ontwikkeling ervan gegeven. Momenteel wordt een subsidie toegekend van 99.000 euro. Het gaat om een heel interessant initiatief, dat is ontstaan om de vraag en het aanbod beter op elkaar af te stemmen. Er kan nog wat worden gedaan om het beter bekend te maken. Ik wil initiatieven nemen om die databank een grotere bekendheid te bezorgen. Toch leert de ervaring ons dat een elektronisch kanaal slechts in beperkte mate wordt gebruikt bij vrijwilligerswerk omdat de grootste rekrutering gebeurt via de organisaties zelf. Daarnaast wordt ook de voorkeur gegeven aan mond-aan-mondreclame, het persoonlijk aanspreken van kandidaat-vrijwilligers, enzovoort. Andere kanalen die de voorkeur hebben om vacatures voor vrijwilligers in te vullen, zijn advertenties en artikelen in kranten, folders en flyers, die meestal worden verspreid via de gemeenten en bibliotheken.

De databank is één element. U hebt gelijk als u zegt dat ze beter bekend zou moeten worden gemaakt. Uit ervaring en bevragingen weten we dat de rekrutering vaak ook op een andere manier gebeurt.

Vrijwilligersorganisaties vragen vandaag van hun vrijwilligers dat ze, naast hun engagement, ook een bijscholing volgen en er voor zorgen dat er continuïteit is. De rekrutering gebeurt op basis van motivatie en beschikbaarheid. Dat is het element dat ook het moeilijkst is om te bepalen. In die zin kan de VDAB wel optreden als mediator voor potentiële vrijwilligers. Er zal wel blijvende aandacht moeten gaan naar het vrijwillige en onbezoldigde karakter. Als vrijwilligerswerk kan worden ingepast in een of andere vorm van competentieversterking, dan moet dat worden bekeken.

Mevrouw Rombouts, we moeten eerst een aantal zaken verder uitklaren vooraleer we openingen kunnen creëren. Ik denk daarbij aan de beschikbaarheid. Deze behoort tot de bevoegdheid van de – federale – RVA. We hebben er geen enkel bezwaar tegen om de VDAB te vragen of ze bereid is de gegevens van de vacaturedatabank ter beschikking te stellen van de werkzoekenden. Om het individu te beschermen, pleit ik dan wel voor duidelijkheid. Kandidaten voor vrijwil-

ligerswerk die zich niet goed hebben geïnformeerd, kunnen immers wordt bestraft als ze geen toestemming hebben gekregen van de RVA-directeur.

Ik vind het een goed idee, dat zeker verder moet worden onderzocht. We mogen echter ook niet uit het oog verliezen dat er een aantal verregaande juridische en individuele problemen zijn, die eerst moeten worden uitgeklaard.

**De heer Luc Martens:** Ik zou daar nog één element aan willen toevoegen. We mogen niet vergeten dat de VDAB tot voor enkele maanden nogal wat kritiek kreeg omdat er geen voldoende actieve opstelling was, niet in het minst ten aanzien van de meest kwetsbare groep. Als het initiatief onder één koepel wordt gebracht, dan bestaat het gevaar dat aan de VDAB een gemakkelijke uitweg wordt aangeboden om mensen aan te moedigen zodat ze kiezen voor vrijwilligerswerk. Zo worden ze de facto buiten beeld gebracht. Om het probleem op te lossen, moet er worden nagedacht over werk in de samenleving, de definitie en waardering van werk. Dat is een fundamenteel debat. Een te pragmatische benadering zou op korte termijn wel eens meer negatieve dan positieve effecten kunnen hebben, zowel voor de vrijwilliger als voor de werkzoekende.

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

**Mevrouw Tinne Rombouts:** Mevrouw de minister, de begeleiding door de VDAB en de controle daarop is zeer belangrijk. Als het systeem wordt ingevoerd, moeten we zeker vermijden dat mensen uit de arbeidsmarkt verdwijnen. De VDAB heeft een zeer belangrijke begeleidingsrol.

Ik heb begrepen dat u achter het systeem staat en vindt dat bijkomende competenties voor de persoon in kwestie een meerwaarde betekenen. We stellen voor beide partijen om de tafel samen te brengen zodat een beslissing kan worden genomen en de trajectbegeleiding onder controle kan worden gehouden.

**Minister Inge Vervotte:** Ik wil het debat niet volledig uitputten. Wel is het essentieel dat wordt gezocht naar andere systemen dan die van vorming en opleiding om mensen toegang te geven tot de arbeidsmarkt. Dat is echter veeleer de taak van de minister van Werk. Het klopt wel dat de welzijnssector een zeer goede basis zou kunnen bieden en heel wat mogelijkheden kan creëren om competenties op te bouwen en

te zorgen dat de arbeidskansen worden vergroot. Die idee moet zeker verder worden onderzocht. Of dat dan betekent dat er automatisch een koppeling moet gebeuren tussen de databanken, daarover wil ik me nu niet uitspreken.

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

---

**Vraag om uitleg van de heer Erik Tack tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over haar recente uitspraken over de screening van borstkanker**

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

**De heer Erik Tack:** Mijnheer de voorzitter, de uitspraken van minister Vervotte waarover het hier gaat, zijn niet meer zo recent. Toen ik de vraag heb ingediend, waren ze dat wel.

Mevrouw de minister, in de pers zijn een paar artikels verschenen over uitspraken die u hebt gedaan over de screening van borstkanker. In de algemene pers stond een kleine tekst over uw voorstel om te zorgen voor betere toestellen en een grotere betrokkenheid van de huisartsen. In de Artsenkrant was het echter voorpaginanieuws. Dit betekent dat het probleem van de screening van borstkanker wel leeft bij het medische corps.

U zou gezegd hebben dat u de arts als spilfiguur ziet bij de opsporing van borstkanker. Dat staat volledig in tegenstelling met de manier waarop de borstkankerscreening op dit ogenblik wordt georganiseerd. U zou willen zorgen voor die betrokkenheid via de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen. Bovendien zou u hebben verklaard dat u de mammobielen meer wilt inzetten en dat er digitale mammografietoestellen in omloop zouden moeten komen. Dat is een hele omwenteling, zowel qua organisatie als qua infrastructuur waarmee de borstkankerscreening in de toekomst zou worden georganiseerd.

Mevrouw de minister, zijn deze citaten een correcte weergave van wat u aan de pers hebt gezegd? Wat bedoelt u met de huisarts als spilfiguur? Welke rol zal de huisarts krijgen? U betreft ook de Wetenschappelijke Vereniging voor Huisartsen bij de zaak.

Welke afspraken zijn er met de WVVH tot op heden gemaakt in dit verband?

Hoe ziet u de werking van deze mammobielen? Wie is er verantwoordelijk voor? Wie zal deze mammobielen inzetten? Wat zal dat kosten? Wie zal de kostprijs daarvan dragen? Zijn er daarover afspraken gemaakt met de federale overheid? In de pers staat dat u betere toestellen wilt. Wat bedoelt u met de digitalisering? Waarom moet die screening plots worden gedigitaliseerd? Zal dat op termijn verplicht worden? Is de overheid van plan nog slechts die centra te erkennen die een digitale screening uitvoeren? Bent u van plan een drempel op te leggen inzake erkenning? Wie zal de kostprijs van de digitalisering dragen: de radiologen, de overheid? Zal er worden gezorgd voor een andere betoelaging van de screening?

– *Mevrouw Vera Van der Borgh, ondervoorzitter, treedt als voorzitter op*

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

**Mevrouw Else De Wachter:** Mevrouw de minister, bent u van plan om het bestaande systeem van mammobielen uit te breiden? Op lokaal vlak merken we dat sinds het gebruik van de mammobielen en de mond-aan-mondreclame vrouwen moeten worden doorgestuurd omdat de opkomst te groot is. Er wordt veel gemakkelijker over gepraat.

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer Tack, de weergave van mijn uitspraken in de Artsenkrant is vrij beperkt. Dat is ook de reden waarom er zo veel vragen over bestaan. Er is een gezondheidsconferentie geweest, wat belangrijk om weten is. U weet dat we na de conferentie de procedure volgen. Het thema zal dus ook in het parlement aan de orde worden gesteld. De gezondheidsconferentie vond plaats op 16 december. Onder meer de deelname van een bevolkingsgroep werd daar onder de loep genomen. Hieruit bleek dat de deelname, zowel via de doorverwijzing door de huisarts of de gynaecoloog als via een rechtstreekse uitnodiging, voor ons nog steeds te laag is.

De verwoording in de Artsenkrant laat vermoeden dat de mammobielen voor alle vrouwen zal worden ingezet, ongeacht de aanwezigheid van de vaste mammografische eenheden. Dat is niet wat ik heb gezegd, noch wat ik wenselijk of goed vind. Mam-

mobielen zijn voor ons complementair. Ze moeten voornamelijk daar worden ingezet waar er geen aanbod is en waar het voor mensen moeilijk is om zich te verplaatsen. We hebben niet de bedoeling om in heel Vlaanderen mammobielen in te zetten.

De weergave van de uitspraken over de digitale screening is nagenoeg correct. Ze wordt echter weinig omkaderd. Zoals u hebt gezegd, speelt de huisarts een heel belangrijke rol bij de doorverwijzing van de vrouwen uit de doelgroep. We zijn er meer en meer van overtuigd dat de laagdrempeligheid ten aanzien van en de beschikbaarheid van de huisarts zo groot is, dat hij een belangrijke mediator kan zijn om mensen aan te zetten een beslissing te nemen.

Wij zijn ervan overtuigd dat dit een win-winoperatie is, zowel voor het individu als voor de overheid. We moeten durven toegeven dat ook de overheid een kosten-batenanalyse maakt. Het is dus ook belangrijk voor onze financiën, vooral voor de preventie waarbij duidelijk sprake is van een kosten-batenanalyse. Het is belangrijk dat mensen overtuigd zijn van het nut van preventie, niet alleen individueel maar ook collectief. Een mediator of vertrouwenspersoon kan daarin een belangrijke rol spelen.

– *De heer Luc Martens treedt als voorzitter op.*

Als beheerder van het globaal medisch dossier heeft de mediator minstens eenmaal per jaar contact met de vrouwen die beschikken over zo'n dossier. Dat contact kan nuttig zijn om de vrouw door te verwijzen. Ook indien een vrouw niet kiest voor een globaal medisch dossier, kan de huisarts deze taak op zich nemen. Het zou ook aangenaam zijn indien een huisarts zijn patiënten proactief zou aanschrijven. Dat zou een deel vormen van de actieve interactie tussen participant-patiënt en huisarts. Ook de gynaecologen spelen hierin een belangrijke rol.

Met de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse huisartsen zijn we overeengekomen om de implementatie van praktijkaanbevelingen en werkmodellen door te voeren. Daarmee kan de deskundigheid bij de huisartsen worden bevorderd.

Er wordt ook gezocht naar een geschikte manier om praktijkvoering zo efficiënt en kwaliteitsvol mogelijk te laten verlopen. Een van de instrumenten daartoe is het elektronisch medisch dossier. De Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen zal binnen haar convenant de behoefte hieraan nagaan en

zoeken naar softwaremogelijkheden om daarop een antwoord te kunnen bieden.

In Vlaanderen zijn er twee mobiele mammografische eenheden of mammobielen. Die zijn verbonden aan het screeningscentrum van de universiteit van Antwerpen en aan het Leuvens Universitair Centrum voor Kankerpreventie. De mammobielen kunnen ook worden ingezet in gemeenten die niet behoren tot het werkingsgebied van deze screeningscentra. Hiertoe zijn onderling al afspraken gemaakt. Ik heb niet de intentie om het aantal mammobielen te vergroten.

De twee mammobielen worden alleen ingezet als aanvulling op de bestaande eenheden. Ze kunnen ook worden ingezet op uitdrukkelijke vraag van de gemeenten. In dat geval gebeurt de plaatsing van de mammobiel in consensus tussen de gemeente, de LOGO's, het screeningscentrum en de betrokken vaste mammografische eenheden. Er bestaat ook een procedure voor het geval zich een conflict voordoet.

De screeningscentra die een mammobiel inzetten, mogen hun subsidies daarvoor aanwenden. De screeningscentra zonder mammobiel worden op dezelfde wijze gesubsidieerd.

De toelating van een digitale screening in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Vlaanderen ligt in de lijn van de evolutie die al gedurende een aantal jaren plaatsvindt. Vele radiologische diensten schakelen, onder meer voor röntgenonderzoeken, over op digitale systemen. Ik wil de invoering van digitale screeningsmammografie niet overhaasten. We moeten de zekerheid hebben dat deze nieuwe techniek minstens even goed is. Onlangs toonden een aantal internationale studies de evenwaardige kwaliteit van sommige digitale systemen aan ten opzichte van bestaande analoge systemen.

In november 2003 verscheen een addendum bij de Europese aanbevelingen inzake mammografische borstkankeropsporing, inclusief de normen voor de kwaliteitscontrole van de digitale systemen. We volgen deze normen. Analoge screening kan blijvend worden toegepast. We zullen dan ook niemand verplichten om over te gaan op digitale screening.

De mammografische eenheden kunnen een bijkomende erkenning aanvragen voor digitale screening, naast hun oorspronkelijke erkenning die sowieso ook van kracht blijft. Radiologische diensten die willen worden erkend, vermelden bij hun aanvraag de keuze

van techniek: digitaal, analoog of beide. De digitale screening vormt dus geen verplichting en de radio- loog beschikt over de vrije keuze van techniek.

De regelgeving betreffende de digitale screening geeft de Vlaamse overheid de mogelijkheid om de kwaliteit te bewaken zoals dit ook bij analoge screening het geval is.

De kosten voor de invoering van de apparatuur voor digitale screening in de mammografische eenheid worden gedragen door de mammografische eenheid zelf. De digitalisering van de screeningscentra verloopt geleidelijk zodat de kosten voor de overheid kunnen worden ingepast in de voorziene jaarlijkse subsidies.

De digitalisering van het gezondheidsonderzoek heeft geen invloed op de kosten die worden gedragen door de federale overheid. Het bedrag waarin wordt voorzien voor de prestatie van het nemen van een screeningsmammografie met een eerste lezing en tweede lezing blijft dan ook gelijk.

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

**De heer Erik Tack:** Het artikel uit de Artsenkrant liet iets anders veronderstellen. Daarin stond namelijk dat vanaf 2006 de digitale mammografietoestellen in omloop zouden komen. De installatie van zo'n toestel kost ongeveer 10 miljoen Belgische frank. De erkende radiologische diensten zullen dus niet zomaar overschakelen naar een digitaal systeem als daar geen verhoogde tegemoetkoming van de overheid tegenover staat. Het is dan ook evident dat screeningscentra hun analoog toestel dat nog steeds voldoet, niet naar de vuilnisbak verwijzen. Dat artikel heeft enige onrust veroorzaakt. Voor het overige dank ik u voor uw antwoord, mevrouw de minister.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Marie-Rose Morel tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de inzet van het paramedisch interventieteam (PIT) in Halle en het akkoord met federaal minister Demotte rond de normering voor medische urgentieteams (MUG's)**

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

**Mevrouw Marie-Rose Morel:** Mevrouw de minister, de afgelopen maanden woedde er een discussie over de MUG van Halle. Als compensatie voor de mislukte onderhandelingen over Brussel-Halle-Vilvoorde zou het ziekenhuis van Halle een MUG-dienst krijgen die Nederlandstalige patiënten zou kunnen bedienen. Dat verheugde ons zeer.

Mevrouw de minister, na eindeloze discussies met minister Demotte kondigde u in december 2005 aan dat de MUG er eindelijk was. Al snel bleek echter dat van een MUG in Halle geen sprake was. Het zou gaan om een snelle ambulance.

Een MUG is een snelle interventiewagen. Het grote verschil met een ambulance is precies dat er steeds een arts met een brevet acute geneeskunde aan boord is. Nu blijkt dat de MUG van Halle een snelle interventiewagen is zonder zo'n arts aan boord. Het gaat over een paramedisch interventieteam, ook afgekort als PIT. Een PIT is geen MUG want het hart van de MUG, meer bepaald de arts, is eruit gehaald.

Uw argumentatie, mevrouw de minister, was dat in Nederland interventies altijd zonder een arts gebeuren. Het is inderdaad zo dat Nederland geen MUG kent, behalve in een aantal grootsteden. Het verschil is echter wel dat in Nederland het verplegend personeel, zelfs de ambulanciers, een aantal levensreddende handelingen mogen uitvoeren. Ze zijn gemachtigd en opgeleid om een intubatie uit te voeren, adrenaline en atropine te injecteren, manueel te shocken, en dergelijke meer. Dat zijn levensreddende handelingen die Belgische verpleegkundigen niet mogen uitvoeren.

Om het PIT toch enige waarde te geven, zou minister Demotte de normering voor de MUG via een KB naar beneden halen. Dat is natuurlijk de omgekeerde wereld. Aangezien een MUG in Halle niet mogelijk is, wordt de normering voor de MUG afgezwakt zodat het PIT uiteindelijk een MUG wordt.

Mevrouw de minister, op een actuele vraag van 29 juni 2005 antwoordde u dat uzelf de aanzet hebt gegeven om de normering voor de MUG af te zwakken. Ik citeer: 'We vroegen aan minister Demotte of hij bereid was modellen toe te passen, verschillende modellen die internationaal werken, waar niet telkens een arts mee moet uitrukken.' U bent dus bereid het hart van de MUG te amputeren om in Halle geen gezichtsverlies te lijden. Ik vind het ook heel jammer dat men de uitmuntende kwaliteit van onze interven-



tiegeneeskunde in heel het land wil decimeren. Minister Demotte is daar al lang mee bezig om geld te besparen. In plaats van mee te stappen in dat verhaal zouden we beter een vuist maken en ervoor zorgen dat we in Halle een volwaardige MUG krijgen.

U hebt het hier waarschijnlijk over gehad met uw federale collega, Carl De Vlies. Op 25 oktober werd in het federaal parlement in elk geval verklaard dat het niet aanvaardbaar is dat in Halle een MUG zou rijden zonder urgentiearts aan boord. Dat is een onaanvaardbare en halfslachtige oplossing waarbij enkel verplegend personeel en ambulanciers worden ingezet.

Ik vind het jammer dat dit dossier op die manier is verlopen en dat daar niet correct over is gecommuniceerd met de burgers. We mogen de normering voor heel het land niet afzakken om op een ander terrein een mini-overwinning te behalen die er eigenlijk geen is.

Mevrouw de minister, klopt het dat men bezig is met de aanpassing van het KB om de experimenten met PIT's aanvaardbaar te maken? Hebt u zicht op de stand van zaken?

Kunt u ons garanderen dat die proefprojecten geen zachte start zijn van het afbouwen van de zeer succesvolle en in het buitenland zeer geprezen MUG-werking in Vlaanderen?

Vindt u het zelf verantwoord dat u het uitstekende en kwalitatieve MUG-systeem in vraag stelt om tegemoet te komen aan de besparingen van minister Demotte, dat allemaal om een non-overwinning in Halle?

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

**De heer Mark Demesmaeker:** Mevrouw Morel spreekt in termen van mini-overwinning en non-overwinning. Ik heb het een beetje moeilijk met de stekelige ondertoon van haar vraag.

We weten allemaal hoe de bevoegdheden in dit land zijn verdeeld. Minister Vervotte heeft in dit dossier niet meer of minder dan een bemiddelende rol gespeeld. Ze heeft die rol ter harte genomen met als doel te voorzien in een kwaliteitsvolle, dringende medische hulpverlening waarbij taal geen barrière meer mag vormen. Ik ben geen specialist maar vol-

gens experts zou het systeem dat nu reeds in Leuven functioneert en in Halle zou worden ingevoerd, wetenschappelijk verantwoord en kosteneffectief zijn. Andere experts zeggen dat de MUG-dienst in Halle evenwaardig zal zijn aan om het even welke andere MUG-dienst.

Als de dienst zoals die nu wordt opgevat, het verschil kan maken tussen leven en dood in een regio waar MUG-diensten op dit ogenblik verloren rijden omdat ze de Nederlandstalige straatnamen niet begrijpen, en waar verpleegkundigen en artsen de taal van de patiënt niet kennen, dan is het PIT een belangrijke stap vooruit dat alle krediet verdient.

Het is in ieder geval een grote stap vooruit. Het enige resterende probleem is dat er nog geen oplossing is voor de interventies vanuit Brusselse ziekenhuizen zoals Saint-Luc of Erasmus die nu ook vaak de Vlaamse Rand bedienen en vaak Nederlandsonkundig zijn. Welk spoor zal de minister volgen om voor dit probleem een oplossing te bedenken?

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

**De heer Erik Tack:** Ik ben heel verwonderd als ik de heer Demesmaeker hoor spreken van een even kwaliteitsvolle medische hulpverlening. Ik kan dat alleen maar tegenspreken. Men moet mij niets wijsmaken. Een MUG waarin een arts, dikwijls een specialist interne geneeskunde of anesthesist, meereist, zou evenveel kwaliteit bieden als een wagen met twee verpleegkundigen. Als dat klopt, kan men de studie geneeskunde beter afschaffen. Een snelle interventie dient niet om te vervoeren maar om snel medisch in te grijpen. Daarvoor is een medicus nodig. Ik heb tijdens mijn hele opleiding niets anders gehoord dan dat bij een urgentie de eerste medische handelingen levensreddend kunnen zijn. Als er eerst nog transport bij komt kijken, hebben mijn professoren mij belogen, ofwel is de geneeskunde zo geëvolueerd dat die stelling intussen al lang achterhaald is.

In heel wat gevallen rijdt een MUG uit waarna blijkt dat dit niet echt nodig was. Als huisarts word ik ook dikwijls urgent opgeroepen en als ik dan ter plaatse ben stel ik soms vast dat het niet zo dringend was. Het gaat hier echter over de gevallen die wel dringend zijn. Het is niet gemakkelijk voor de dispatching om dat in te schatten. Als men de snelle urgentie wil afbouwen en daardoor een politieke overwinning wil behalen, is dat ook goed. Er kunnen altijd mensen

politiek bereid worden gevonden om de medische urgentiediensten te degraderen en de PIT's gelijk te stellen met de MUG's. Ikzelf geloof alleen de experts die mij op school een heel ander verhaal onderwezen hebben.

Het is een zeer verregaande verantwoordelijkheid om alles op gelijk niveau af te handelen. Ik val van mijn stoel als ik hoor dat men de regelgeving over de MUG's op die manier zal neerhalen. Ik kan mij daar als medicus noch als parlementslid achter scharen.

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

**Minister Inge Vervotte:** Het is absoluut nodig om bepaalde punten uit elkaar te halen. Er wordt te veel op een hoop gegooid. De debatten en gesprekken die ik met mijn collega Demotte heb opgestart, zijn gebaseerd op een terechte zorg. Het is geen Brussel-Halle-Vilvoordedossier. Wij hebben vastgesteld dat de garantie van hulp- en dienstverlening niet kon worden geboden in de regio Halle. Wij hebben oog gehad voor twee kwesties: enerzijds de taalproblematiek en anderzijds de MUG voor de regio Halle.

We moeten allereerst de bedoelingen van de proefprojecten even nagaan. Vandaag wordt een oproep naar de hulpdiensten beantwoord door het uitsturen van een ambulancedienst, bemand met ambulanciers met 120 uren opleiding, of van een MUG met een verpleger met 4 jaar specialisatie en een arts met op zijn minst een brevet van acute geneeskunde. Er werden studies over de materie besteld. Daaruit blijkt dat België overgemedicaliseerd is en dat de tussenkomst van een MUG dikwijls niet nodig is. U stelt dat het vanuit uw praktijkervaring uitzonderlijk is, mijnheer Tack. Wij hebben wetenschappelijke studies over het onderwerp laten uitvoeren en daaruit blijkt dat in 38 procent van de MUG-interventies een infuus zelfs onnodig was en dat minder dan 10 procent van de patiënten een intubatie kregen. Die cijfers werpen een ander licht op de discussie.

We houden hier in het parlement constant debatten over kostenefficiëntie, zeker als het over het RIZIV gaat. Het in toom houden van de kosten voor sociale zekerheid is toch een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Studies wijzen op een overmedicalisering bij het gebruik van de MUG. We moeten dan ook zoeken naar juiste oplossingen. Er wordt een modelketting opgestart waarin ik volledig geloof. Een oproep komt binnen via de honderd. Voorts gebeurt een betere dispatching voor de Nederlandstaligen. Dat is de essentie van het verhaal. Bovendien gebeurt de dispatching ook op een medisch verant-

woorde manier. Dat is vandaag een fundamenteel probleem. De dispatching wordt beter uitgebouwd. Dat is afgesproken met het federale niveau. Men wil een betere medische screening, die vandaag zo goed als niet gebeurt. Wij hebben de garantie gekregen dat als er een arts nodig is, hij ook mee zal uitrukken. Niemand wil immers de verantwoordelijkheid dragen om geen arts uit te sturen als dat nodig is. Als wordt vastgesteld dat een arts niet onmiddellijk noodzakelijk is, kan een verpleger de taak vervullen. Er worden garanties ingebouwd door een transmissiesysteem aan boord zodat de diagnose mee door een arts kan worden gevolgd. Als blijkt dat zich toch nog een urgentie zou voordoen, kan een arts alsnog snel ter plaatse komen. De permanentie wordt immers verzekerd.

Er is voldoende gewaakt om te allen tijde de medische urgenties efficiënt te benaderen. Er is gezocht om competentie op de juiste plaats en het juiste moment optimaal in te zetten. In de praktijk blijkt dat artsen vaak worden uitgestuurd terwijl dat helemaal niet nodig was, en ook dat artsen niet aanwezig zijn op de momenten dat ze echt nodig zijn, juist omdat ze met een verkeerde ploeg zijn uitgerukt. Het is dus een essentieel onderdeel van goed beleid om de beperkt beschikbare artsen optimaal in te zetten. Ik verwijs ook naar de ervaringen in binnen- en buitenland. De proefprojecten krijgen de nodige financiering om de juiste werkmodellen uit te bouwen. Zo moet rekening gehouden worden met de ervaring van bijvoorbeeld het universitaire ziekenhuis Gasthuisberg. Dat werkt al 20 jaar met dat systeem. We vonden het zinvol om dat systeem in detail te bestuderen. Bovendien wordt in de ons omringende landen als Nederland, Groot-Brittannië, Duitsland, de Scandinavische landen, Canada en de Verenigde Staten het systeem van een efficiëntere inzet van artsen en betere medische screening met succes toegepast.

Wij geven het project alle kansen omdat ik er oprecht in geloof. Een van de proefprojecten zal vast en zeker in Halle georganiseerd worden. Er werden afspraken over gemaakt. Drie projecten zouden in het Franstalige landsgedeelte functioneren en drie in het Nederlandstalige. Minister Demotte plant een herziening van het koninklijke besluit 78. Dat heeft te maken met de competenties van de verpleegkundigen die, mits ze goed opgeleid zijn, bepaalde taken zullen kunnen uitvoeren.

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

**Mevrouw Marie-Rose Morel:** Ik dank de minister voor haar antwoord. Het is evident dat iedere studie door een andere kan worden ontkracht. Ik kan

gemakkelijk het omgekeerde bewijzen. Ik ken bijvoorbeeld een studie die spreekt van 80 percent van de oproepen die geen arts vereisten. Minister Demotte hanteerde dit aantal, dacht ik. Die cijfers komen van Leuven. Leuven heeft een universitair ziekenhuis met 3 PIT's. We moeten misschien eens nadenken of Leuven wel 3 PIT's nodig heeft. De dispatching voor 3 PIT's moet immers ook worden betaald. Er zou bijvoorbeeld een vergelijking kunnen worden gemaakt met Antwerpen, dat ook een goede urgentiedienst heeft. De dispatching in Leuven stuurt de PIT's uit in de gevallen waar een arts niet nodig is. Dat is correct. Ze hebben er immers drie staan. Er zit geen dokter bij, dus dat zijn geen extra kosten. Ik wil tot voorzichtigheid manen. We houden een cijferslag, maar het probleem ligt bij de dispatching.

**Minister Inge Vervotte:** Ontkent u het feit dat vandaag artsen niet optimaal worden ingezet?

**Mevrouw Marie-Rose Morel:** Dat ontken ik zeker niet, maar ik ben niet van plan om 20 percent van de mensen – volgens de cijfers van Demotte, ik durf van 50 percent te spreken – te laten sterven op straat omdat we toevallig met een misbruik van 80 percent zitten opgezadeld. Daar denk ik nog niet over.

**Minister Inge Vervotte:** Is het een goede zaak dat de dispatching medisch beter wordt aangepakt?

**Mevrouw Marie-Rose Morel:** Dat is uiteraard een goede zaak. Het gaat niet alleen om de dispatching, mevrouw de minister. De mensen daar ter plekke moeten nog de juiste medische handelingen kunnen stellen.

**Minister Inge Vervotte:** Dat wordt in het systeem ingebouwd. Vandaag wordt dat niet gegarandeerd en gebeurt er geen medische dispatching. Iedereen die nadenkt, komt tot het besef dat als aan het begin niet de juiste analyse gebeurt, er misschien aan het einde van de ketting ook wel fouten gebeuren.

**Mevrouw Marie-Rose Morel:** Niets verbiedt u een goede dispatching te organiseren en de MUG alleen maar uit te sturen als het nodig is. Ik wil ook nog wijzen op het volgende aspect. U verwijst naar het buitenland. Het Nederlandse Zeeland doet echter een beroep op de MUG-dienst van Antwerpen omdat ze zo minder mortaliteit meemaken dan met hun eigen PIT's. Bij dringende interventies contacteren ze het UZA in Antwerpen. De kwaliteit van een MUG en een PIT is dus zeker niet dezelfde.

Ik heb nog een laatste punt. U zegt dat men nog altijd een arts kan nasturen. Dat is echt ongehoord. Weet u dat het oorspronkelijk de bedoeling was dat er een MUG ter plaatse komt als ziekenwagenmensen vaststellen dat de toestand van de zorgbehoevende bijzonder kritiek is? U stelt nu voor om een PIT of een 'MUG-light' uit te sturen, om eventueel nadien nog een dokter per auto er achteraan te sturen. Wel, ik hoop alleszins dat ik nooit ernstig gekwetst geraak en in uw hulpscenario terecht kom. Ik dank de minister voor haar antwoord. Ik betreur het evenwel zwaar dat we de neerwaartse spiraal niet stoppen en dat de kwaliteit van onze MUG's wordt afgebouwd.

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

**De heer Mark Demesmaeker:** Ik ben blij dat de minister de zaak heeft geduid. Mevrouw Morel moet weten dat we pas kunnen nadenken over een betere aanwending van mensen en middelen als we alle vooroordelen en taboes laten varen. Zij heeft een kritische geest. Ik heb daar geen problemen mee. Maar alle taboes moeten in deze zaak overboord.

Ik zou wel de minister willen vragen om het probleem aan te pakken van de Nederlandsonkundige urgentiediensten die door de Brusselse ziekenhuizen naar de Vlaamse Rand worden gestuurd. Dat mag niet worden vergeten.

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

**De heer Erik Tack:** Een: ik ben wat verwonderd als ik de minister hoor zeggen dat we naar het buitenland moeten kijken. Ik ga niet akkoord. We moeten niet naar het buitenland kijken, maar doen wat het beste is voor onze mensen.

**Minister Inge Vervotte:** Ik heb gewoon gezegd dat we uit de ervaringen in het binnen- en buitenland kunnen leren. We moeten niet verwaand zijn en beweren dat er uit buitenlandse ervaringen niets te leren valt.

**De heer Erik Tack:** Twee: de minister maakt een kostenbatenanalyse. Dat is misschien goed, maar we moeten daar toch voorzichtig mee zijn.

Drie: het KB zal worden aangepast. Een verpleegkundige met het diploma op zak is niet automatisch bekwaam om op het goede moment een intubatie uit te voeren of intraveneuze injecties toe te dienen. Hij kan die handelingen technisch wel uitvoeren,

maar weet niet welke handeling wanneer moet worden gesteld. Een extra jaartje opleiding volstaat niet om die kennis te verwerven. Alleen een arts kan dat. Misschien is het allemaal zo wat goedkoper georganiseerd, maar zeker niet beter.

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

**Minister Inge Vervotte:** Ik zal het debat niet opnieuw aanzwengelen. Ik vind wel dat het onze plicht is om te streven naar de beste inzetbaarheid van onze mensen en hun competenties. Dat geldt zeker als we het hebben over mensen die een opleiding van zeven jaar achter de rug hebben. Niemand zal ontkennen dat nog veel moet worden uitgeklaard. Dat is ook de reden waarom we met een proefproject van start zijn gegaan. De omkadering en opvolging zal niet ontbreken. In elk geval wil ik de zaken met een open geest volgen. Er loopt een en ander scheef: er is sprake van overconsumptie en er ontbreken specialisten die er nochtans zouden moeten zijn. Het loont de moeite om dat omzichtig maar met een open geest te analyseren. We hebben mijns inziens de voorwaarden gecreëerd om dat voorzichtig aan te pakken.

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

---

**Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ziekenhuisbacterie**

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

**De heer Tom Dehaene:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, mijn vraag is ingegeven door de Panorama-reportage van 8 januari. Ik ben echt geschrokken. Vlaanderen moet meer energie steken in de strijd tegen de ziekenhuisbacterie. De discussie ging over de vraag of men informatie over risicoziekenhuizen moet verspreiden. En men discussieerde ook over hoe de ziekenhuisbacterie binnen de perken kan worden gehouden. Men stelt vast dat de ziekenhuisbacterie alsmaar resistenter wordt tegen antibiotica. De farmaceutische industrie is blijkbaar niet geïnteresseerd in performantere antibiotica omdat het te veel zou kosten.

Minister Demotte pleit voor een meldingsplicht. Dat kan een goede zaak zijn, maar dat zal niet volstaan. Preventie is nodig. Dat is een federale aangelegen-

heid. Ik denk evenwel dat het ook nodig is om ziekenhuizen die inspanningen leveren te belonen. De strijd tegen de ziekenhuisbacterie kost immers geld, maar de inspanningen zijn niet altijd zichtbaar in de boekhouding. En het is ook niet duidelijk hoeveel mensen zo worden gered.

Ik vrees dat er jarenlange inspanningen nodig zijn. Uit de reportage blijkt dat Nederland bijna geen problemen met de ziekenhuisbacterie kent. In de jaren '70 stonden we nochtans even ver. We kunnen ongetwijfeld van de Nederlanders een en ander leren. Voorts blijkt dat het probleem in de VS catastrofale afmetingen aanneemt. Misschien moeten we ook onderzoeken hoe de VS dit probleem wil aanpakken. Op 22 februari 2005 hebt u op mijn vraag over de ziekenhuisbacterie geantwoord dat een sensibiliseringscampagne zou worden ondernomen, gekoppeld aan de federale actie 'U bent in goede handen'.

Uit de reportage bleek dat de transfers van en naar de rusthuizen een groot gevaar vormen. Veel rusthuizen leveren al grote inspanningen om besmettingen te voorkomen. Zo plaatsen ze mensen die uit ziekenhuizen komen en besmet zijn of het risico lopen om besmet te zijn in quarantaine. Dat is goed. Ik denk dat er in dat verband richtlijnen nodig zijn.

Hoe evalueert de minister de sensibiliseringsactie voor de rusthuizen en ziekenhuizen van 2005? Heeft ze cijfers over het aantal besmettingen, vooral in de rusthuizen? Voorziet ze in acties om efficiëntere antibiotica en een betere handhygiëne te ontwikkelen, en zo ja, welke? Neemt ze concrete initiatieven ten behoeve van rust- en verzorgingsinstellingen? Past die aanpak in het Kwaliteitsdecreet?

Tot slot wil ik nog even verwijzen naar de beurs in Mechelen waar een firma een laminaat voorstelde waarmee deuren en kasten voor de rusthuizen kunnen worden gemaakt. Dat laminaat heeft de eigenschap de bacterie niet alleen te immobiliseren maar ook te vernietigen. Dat kan een oplossing bieden. Er loopt in dat verband een proefproject in het UZ van Antwerpen. Als wordt aangetoond dat het materiaal efficiënt is, kunnen we dat dan promoten in de afhandeling van de VIPA-dossiers? Er zijn 53 dossiers die de komende maanden worden afgewerkt. Dat soort van materiaal kan in Nederland, Duitsland en Groot-Brittannië worden gecertificeerd. België heeft geen instantie die dat zou kunnen doen. Hoe kunnen we dat verhelpen? Ik heb er alle begrip voor dat u niet onmiddellijk op die laatste vraag kan antwoorden.

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** We hebben dit debat al eerder gevoerd. U zei toen dat het Kwaliteitsdecreet eind 2005 zou worden geëvalueerd. De Vlaamse overheid stimuleert het meten met indicatoren voor de ziekenhuishygiëne. Ik ben er gerust over dat er voldoende indicatoren zijn. Mijns inziens ligt het grootste probleem bij de rusthuizen en de RVT's. Er is niet alleen een probleem bij transfers, maar ook met briefings en de opvolging van probleemoplossend handelen. Ziekenhuizen hebben doorgaans ook minder problemen met de infrastructuur en de aanwezigheid van het personeel om een passend antwoord te geven. Is de evaluatie gebeurd? Gebeuren er naast acties ook controles, en dan vooral van de rust- en verzorgingsinstellingen?

Mevrouw Dillen vroeg me ook om mee te delen dat ze een familielid heeft die verzorgd is in de VS. Daar wordt ontzettend veel aandacht besteed aan de strijd tegen de ziekenhuisbacterie en de preventie. Ik hoop dat dit voorbeeld wordt gevolgd.

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

**Mevrouw Else De Wachter:** Ik sluit me aan bij wat de heer Dehaene heeft gezegd. Hij had vooral de RVT's voor ogen. Mijns inziens moet het probleem ruimer worden bekeken. Sensibiliseringsacties moeten niet alleen ingaan op de medisch-technische aspecten, maar ook op de psychologische aspecten. Zo'n quarantainemaatregel waar de heer Dehaene het over had, komt bij de patiënt soms hard aan. Iemand die na een zwaar ongeval maanden in het ziekenhuis heeft gelegen en ten slotte naar het revalidatiecentrum mag maar alsnog in quarantaine wordt geplaatst, krijgt een zware klap te verwerken. Houdt men rekening met die psychologische vraagstukken?

**Mevrouw Vera Van der Borcht:** Ik wil me graag aansluiten bij de zeer pertinente vraag om uitleg van de heer Dehaene. Mijnheer Dehaene, in uw laatste vraag verwijst u naar de experimentele fase van een bepaald soort laminaat. U vraagt of dit eventueel kan worden opgenomen in de voorschriften van het VIPA. Ik heb daar geen problemen mee als blijkt dat dit efficiënt is. Mevrouw de minister, ik ga ervan uit dat dit een erg dure aangelegenheid zal zijn. Zal dit via het VIPA worden gefinancierd?

Mevrouw De Wachter, ik heb enerzijds begrip voor uw opvatting in verband met de quarantaine, maar

anderzijds mag dit in dergelijke gevallen niet worden onderschat.

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, dames en heren, er zijn inderdaad grootscheepse campagnes opgezet die zich vooral op een goede handhygiëne focusten. We mogen de problematiek van MRSA echter niet herleiden tot enkel en alleen een probleem van handhygiëne. Uiteraard is het antibioticabeleid ook een heel belangrijk aandachtspunt. De vraag is hoe wordt omgegaan met personen die drager zijn van MRSA of die al een ziekte hebben ontwikkeld. Daar bestaan verschillende visies over. De campagne inzake handhygiëne was een goede zaak, maar het probleem mag daar niet toe worden verengd.

Uit onderzoek blijkt dat er nog werk aan de winkel is op het vlak van hygiëne. Gezondheidsmedewerkers zijn voorlopig nog onvoldoende overtuigd van het belang van de hygiënische maatregelen. Het is duidelijk dat enkel een aangehouden en professionele aanpak tot een effectieve gedragsverandering zal leiden. De doorgevoerde sensibiliseringscampagnes moeten dan ook worden voortgezet, en die worden ook door mij ondersteund.

Dit weerspiegelt zich in het belang dat we hechten aan dit thema bij de inspecties van de Vlaamse verzorgingsvoorzieningen. Concreet wordt nagegaan of de nodige faciliteiten voor handhygiëne en bescherming aanwezig zijn. Dit zijn ook belangrijke aandachtspunten wanneer zorgstrategische plannen worden opgemaakt. De personeelsleden zijn zich vaak bewust van het belang van een goede handhygiëne, maar vinden het wel moeilijk toepasbaar als ze elke keer naar het einde van de gang moeten lopen naar het pompje met alcohol. Dat is bijna niet vol te houden. We raden dan ook aan dat er op korte termijn in rust- en verzorgingstehuizen aandacht is voor dergelijke zaken, bijvoorbeeld bij infrastructuurwerken. De pompjes moeten voldoende beschikbaar zijn. In ziekenhuizen is dit meestal geen probleem. Onze inspectie zal eveneens nagaan of er duidelijke procedures en voorschriften zijn voor correcte handhygiëne. Belangrijk is ook dat de instelling de overeenstemming met de voorschriften door hun medewerkers op regelmatige tijdstippen evalueert. De wijze waarop de instellingen hun medewerkers instrueren en sensibiliseren, wordt eveneens kritisch bevraagd.

Door deze evaluatie van processen en procedures omtrent handhygiëne wordt een goed beeld gevormd

van het gevoerde beleid binnen de instelling. Het blijft echter zeer moeilijk te evalueren welke effectieve verbetering deze acties sorteren op het vlak van ziekenhuisinfecties. Hiervoor is betrouwbaar cijfermateriaal noodzakelijk, wat een zorgvuldige registratie door de instelling impliceert. Gezien het maatschappelijk belang van ziekenhuisinfecties en MRSA in het bijzonder, moet worden overwogen of een horizontale doorlichting van alle voorzieningen op frequentere basis noodzakelijk is. Daarom ben ik op 18 januari gestart met een overleg met de ziekenhuiscoepels om na te gaan welke concrete afspraken kunnen worden gemaakt in het kader van het kwaliteitsdecreet en met het oog op een effectieve registratie en opvolging door mijn inspectie.

In alle Westerse landen wordt een stijging van het aantal ziekenhuisinfecties gerapporteerd. De gepubliceerde cijfers lopen sterk uiteen, maar worden geraamd op één ziekenhuisinfectie op tien opnames. Ook het aantal infecties met resistente kiemen neemt toe. De oorzaak van dit fenomeen is multifactorieel: verouderde bevolking, hoger gebruik van catheters en antibiotica, een hoger aantal patiënten met een verminderde immuniteit, enzovoort.

Ook in België en Vlaanderen stijgen het aantal ziekenhuisinfecties. Recent onderzoek in 24 woon- en zorgcentra in Vlaanderen toont aan dat 4,7 procent van de bewoners gekoloniseerd is met MRSA. Kolonisatie is de toestand waarbij MRSA geïdentificeerd wordt zonder klinische tekens die wijzen op infectie.

Het intensief gebruik van antibiotica leidt tot de selectie van resistente bacteriën. Hierdoor moeten steeds nieuwere en krachtigere antibiotica worden gebruikt wanneer deze kiemen aanleiding geven tot een infectie. Deze antibiotica vertonen nadelen: ze kunnen soms enkel intraveneus worden toegediend, kennen belangrijke nevenwerkingen, zijn meestal duur en hun gebruik leidt tot de selectie van nog meer resistente varianten. Het is dan ook van belang dat de antibiotische druk op micro-organismen zo laag mogelijk wordt gehouden. Het antibioticabeleid is een federale bevoegdheid, maar het is wel cruciaal in het debat over MRSA.

Bij de inspectie van de algemene ziekenhuizen wordt nagegaan in welke mate de instelling een restrictief antibioticabeleid voert. Er worden een aantal vragen gesteld, en zo nodig wordt er bijgestuurd. Ik geef een opsomming van de vragen. Wordt het verbruik van antibiotica binnen de instelling nauwlettend

opgevolgd? Wordt op regelmatige basis feedback en instructies gegeven aan de behandelende artsen? Is op basis van epidemiologische data een specifiek antibioticiformularium op instellingsniveau voorhanden? Wordt het correct opstarten van de behandeling in functie van de meest waarschijnlijke verwekkende kiem en zijn gevoeligheidsprofiel voor antibiotica centraal opgevolgd en zonodig aangepast? Zijn procedures en systemen voorhanden die het systematisch afnemen van monsters voor microbiologisch onderzoek formaliseren, alsook de aanpassing van het antibioticum wanneer de microbiologische gegevens gekend zijn? Zijn geautomatiseerde systemen voorhanden die erop toezien dat antibiotica niet langer worden toegediend dan nodig? Wordt het antibioticabeleid ondersteund door een multidisciplinaire werkgroep?

Het voeren van een restrictief antibioticabeleid in de rustoorden wordt momenteel niet expliciet bevestigd. Daar knelt inderdaad het schoentje, en er moet meer aandacht naar gaan. Op 18 januari werd op mijn kabinet een eerste overleg gehouden met de sector om de problematiek van ziekenhuisinfecties te bespreken. We hebben benadrukt dat het van groot belang is dat er wordt geregistreerd en dat dit wordt opgenomen in het kwaliteits- en inspectiebeleid. Het moet breder gaan dan enkel een goede handhygiëne. Binnenkort is er overleg met de coepels van de ouderenvoorzieningen. Er zijn al preventierichtlijnen uitgewerkt door een werkgroep. We willen dat die worden toegepast, en daar zullen inspecties rond gebeuren.

Het is de bedoeling dat naar aanleiding van het Beter Bestuurlijk Beleid het intern verzelfstandigd agentschap rond het VIPA een kenniscentrum wordt. We denken in eerste instantie niet aan een verplichting, maar het is belangrijk dat de kennis kan worden verspreid binnen de sector. Onze sector is in het verleden gespaard gebleven van een aantal zaken omdat we steeds hebben gevraagd om ecologisch verantwoord te bouwen. Zulke kenniselementen kunnen daar ook toe bijdragen. Er zijn echter nog maar weinig van deze materialen beschikbaar, en de prijs ervan ligt nog zeer hoog. Het is dan ook moeilijk vandaag al het gebruik ervan door de voorzieningen te verplichten.

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

**De heer Tom Dehaene:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben blij dat we zullen beginnen met een registratie in de mate van het mogelijke.

Dat is inderdaad niet altijd evident, en we moeten ook oppassen met het creëren van bijkomende lasten. Echter, als we de problematiek onder controle willen krijgen, dan kunnen we niet anders dan op basis van registratie detecteren waar het probleem het grootst is, om daar dan in te grijpen. Er zal ook tijd nodig zijn om het allemaal in kaart te brengen.

Intussen leveren verschillende rusthuizen al inspanningen, en schakelen over naar een ander poetsstelsel waardoor het risico op het overbrengen van bacteriën van de ene kamer naar de andere kleiner wordt. Dat vergt echter een investering van tienduizenden euro. De meeste rusthuizen zijn uiteraard bereid die inspanning te doen, maar een aantal andere zullen het niet zo dringend vinden en het nog wat willen uitstellen.

We moeten de inspanningen niet altijd financieel belonen, maar we moeten ze wel erkennen en bekendmaken, zodat de mensen weten dat die rust- en verzorgingsinstellingen zich inspannen om het aantal besmettingen zo klein mogelijk te houden.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van de behoeftepeiling naar de nood aan residentiële opvang van slachtoffers van familiaal geweld en de resultaten van de behoeftepeiling inzake familiaal geweld**

**Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Vlaamse aanpak van intrafamiliaal geweld**

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de thuislozenzorg staat onder toenemende druk omwille van toenemend partnergeweld, maar ook omwille van de stijging van de maatschappelijke gevoeligheid daarvoor, die tot gevolg heeft dat de stap naar de hulpverlening sneller wordt gezet. De aanpak van het fenomeen intrafamiliaal of huiselijk geweld blijft op

de agenda van heel wat beleidsverantwoordelijken staan.

Ook de Vlaamse Gemeenschap kan bijdragen tot de bestrijding van het intrafamiliaal geweld. Ze kan daartoe voorzien in een kader voor de opvang en begeleiding van, en hulpverlening aan slachtoffers en daders. Daarnaast kan ze voorzien in budgettaire middelen en een kader voor preventieve acties en voor een aangepaste hulpverlening. Deze vragen zijn opgenomen in een resolutie die door het parlement werd goedgekeurd.

Niettegenstaande de beleidsaandacht voor het probleem blijft nog steeds de paradox bestaan dat de kans om slachtoffer te worden groter is in de directe omgeving, de familiale sfeer, dan in de zogenaamde onveilige omgeving. Bij de politie komen er per dag gemiddeld zes oproepen wegens huiselijk geweld binnen. Dat is een belangrijke stijging vergeleken met enkele jaren geleden.

Een logisch gevolg van die toename van het geweld en de gevoeligheid ervoor is dat ook het aantal vrouwen toeneemt dat zich aanmeldt bij een vluchthuis of een opvangcentrum. Toch staat net die vrouwenopvang het sterkst onder druk. Blijkbaar betreft 40 procent van de vragen om opname vrouwen en kinderen, terwijl de vrouwenopvang in deze centra slechts 16 procent van het aanbod uitmaakt. Het is dan ook niet verwonderlijk dat 4 op de 10 vrouwen die zich aanmelden, niet in die opvang terecht kunnen.

Mevrouw de minister, een goed halfjaar geleden hebt u, naar aanleiding van vragen hierover in deze commissie, het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk de opdracht gegeven een behoeftepeiling uit te voeren naar de nood aan residentiële opvang van slachtoffers van familiaal geweld. Ook in het regeerakkoord en in uw beleidsnota staat dat de opvangcapaciteit van vluchthuizen kan en moet worden vergroot. Intussen hebben we vernomen dat de behoeftepeiling naar de nood aan residentiële opvang is uitgevoerd en vrijgegeven. Uit die peiling blijkt dat de nood aan opvang echt wel bestaat.

Mevrouw de minister, in welke mate zullen de resultaten van de behoeftepeiling bepalend zijn voor uw verder beleid ter zake? Volgens de studie kan een deel van het opvangtekort op korte termijn worden opgelost dankzij 72 onmiddellijk beschikbare plaatsen, zonder dat er bijkomende infrastructuur moet worden gebouwd. Volgens het document zijn

het er 41 in Antwerpen, 4 in Gent, 5 in de Kempen, 12 in Kortrijk en 10 in Zuid-Oost-Vlaanderen. Per opvangplaats zou er een fulltime-equivalent beschikbaar moeten zijn. Allicht wringt daar het schoentje. Op welke tijd kunt u ervoor zorgen dat die 72 plaatsen operationeel worden? Welk budget wilt en kunt u daarvoor vrijmaken?

Een groot knelpunt in de opvangtehuizen is de dagprijs. Veel slachtoffers of personen die een beroep doen op de opvang, worden geconfronteerd met een hoge rekening, zeker als er kinderen bij zijn. We hebben een gesprek gehad met de verantwoordelijken van een vluchthuis en met de mensen van de sociale dienst van de politie van de zone Tienen. Zij zeiden dat inderdaad het inkomen, en dus het betalen van die dagprijs, soms een probleem vormt. Hebt u plannen om de dagprijs opnieuw te bekijken en aan te passen?

Een ander punt is de doorstroming. Vaak gaat het om vrouwen die niet beschikken over een eigen inkomen. Voor hen is het niet gemakkelijk om een nieuwe huisvesting te zoeken en ze ook nog te vinden. De minister van Huisvesting zou hiervoor een inspanning kunnen doen, maar het is ook niet evident dat de toegang bij de huisvestingsmaatschappijen wordt gegarandeerd. Toch zou dat verruimd en versoepeld moeten worden. Hebt u al overlegd met uw collega over een soepele doorstroming van vlucht- en opvangtehuizen naar sociale huisvesting? Wat zijn daar eventueel de resultaten van?

Het gaat niet alleen om de verruiming van de capaciteit van de residentiële opvang; er blijft ook een belangrijke behoefte aan ambulante begeleiding. Zijn er binnen de globale aanpak van intrafamiliaal geweld plannen voor de uitbouw van de ambulante begeleiding van slachtoffers en daders? Het project Time Out werd heel goed geëvalueerd. Is voorzien in een uitbreiding daarvan?

De geboden hulp moet zo goed mogelijk afgestemd zijn op de noden van de cliënt, en mag niet alleen afhangen van het beschikbare aanbod. Uit de behoeftepeiling blijkt een groot verschil tussen de regio's. In welke mate zult u de diversiteit van de opvang in de verschillende regio's garanderen?

De samenwerking met politie en parket is cruciaal. Hoe kan de samenwerking met de bevoegde juridische diensten geoptimaliseerd worden?

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

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, tot in het recente verleden leek partnergeweld een taboe. De jongste jaren echter zijn er heel wat initiatieven genomen ten aanzien van dit steeds vaker voorkomend fenomeen. Denk maar aan de wijzigingen in verband met de toewijzing van de echtelijke woonst in procedures voor de vrederechter of in echtscheidingsprocedures. Als een partner verdacht wordt van partnergeweld, kan de echtelijke woonst meestal worden toegewezen aan het slachtoffer, meestal de vrouw. Dat is een belangrijke wijziging van de wetgeving. Toch blijkt uit de praktijk, waaruit ik ook voorbeelden kan geven, dat partnergeweld nog altijd een belangrijke en vaak verzwegen factor is in het leven van veel vrouwen en hun kinderen.

De parketten, die weliswaar niet onder uw bevoegdheid vallen, zullen klachten vaak seponeren. Ze doen dat in veel gevallen om opportunititsredenen. De vraag is welke opportuniteit voor seponering door een parketmagistraat, de procureur of de substituut, kan worden ingeroepen als iemand samen met haar kinderen herhaaldelijk wordt buitengezet, al dan niet naakt en met de tekenen van slagen op haar lichaam.

Mijn aandacht werd getrokken door een artikel getiteld 'Nieuwe methode helpt agressieve mannen om vrouw niet meer te slaan'. Vaak gebeurt het dat een vrouw herhaaldelijk weggaat van haar man omdat hij haar slaat, maar daarna ook weer terugkeert. Pas als de laatste druppel de emmer doet overlopen, vertrekt ze echt voorgoed. Dan moet ze weten waar ze naartoe kan. Belangrijk daarbij is dat ze wat financiële draagkracht heeft en dat ze zich enigszins gedragen voelt in de opvang en met de bescherming die ze krijgt.

Vaak zijn de vrouwen die bij ons komen omwille van een crisis in hun gezin, niet meteen bereid hun man in de steek te laten. Meer bepaald als de agressie gepaard gaat met drankmisbruik of historisch te verklaren is doordat de man zelf destijds mishandeld werd door zijn vader, brengen ze daar begrip voor op. Als advocaten en rechters hebben we dan ook een beetje de taak van psychologen. Als we hen dan verwijzen naar een DGZ of een therapie opleggen voor een periode van 6 maanden, dan heeft dat huwelijk alsnog een kans op slagen. Vaak is het daarvoor nodig de zaak 3 jaar gaande te houden, met tussenpozen van 6 maanden. Dat is niet gebruikelijk, maar we kunnen soms van de procedures afwijken.



Mevrouw de minister, in een aantal projecten worden zowel de dader als het slachtoffer geholpen en begeleid met een uit Nederland overgewaaid instrumentarium. Sinds 2002 blijkt dat ook hier op sommige plaatsen te werken, bijvoorbeeld in Gent, Oudenaarde en Dendermonde. Heeft Vlaanderen binnen zijn bevoegdheden een plan ter bestrijding van intrafamiliaal geweld? Het zou me overigens ten zeerste verbazen mocht dat niet het geval zijn.

Er zijn ook altijd federale bevoegdheden in het geding, onder andere in hoofde van de politie en het parket. Is hierover overleg mogelijk met de federale ministers? Kent u concrete initiatieven die op dit domein kunnen worden genomen? Worden deze initiatieven op een of andere manier door de Vlaamse overheid gesubsidieerd? Zult u die initiatieven eerst-daags evalueren en veralgemenen?

Koken kost altijd geld. Het geregeld opvangen van vrouwen die thuis zijn weggegaan, in vluchthuizen met de nodige hotelfaciliteiten, kost echter ook geld. Ik vraag me dan ook af of het niet beter zou zijn het gezin bij te staan, zowel de dader als het slachtoffer. Op grond van probatiemaatregelen van de rechter en dergelijke, kan dat op veel kortere termijn gerealiseerd worden dan de opvang van gezinnen in vluchthuizen met heel de omkadering en alle kosten die daarmee gepaard gaan.

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

**Minister Inge Vervotte:** Het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk heeft de behoeftepeiling afgerond. Zowel de vluchthuizen als de vrouwenopvangcentra zijn hier in kaart gebracht. De behoeftepeiling gaat over residentiële opvang. Het onderzoek wijst op een capaciteitstekort.

Ik heb een paar bedenkingen, maar ik zal een aantal zaken wel verder onderzoeken. De registratie van het aantal doorverwijzingen wegens volzet bevat nog een foutenmarge. Aan de sector vraag ik om een centraal cliëntopvolgingssysteem op te starten voor de residentiële opvangcentra, zodat we een duidelijk zicht krijgen op de cliëntenstroom en op het correcte aantal doorverwijzingen.

Het is belangrijk te vermelden dat slachtoffers van intrafamiliaal geweld of IFG ook worden geholpen in crisisopvangcentra. Dit is niet in kaart gebracht in het onderzoek. Het onderzoek vertrekt ook volledig van de nood aan residentiële opvang. Er moet

worden nagedacht over gedifferentieerde vormen van opvang en het ambulante begeleidingsaspect. We weten uit ervaring dat het zeer lang duurt voor vrouwen – en mannen – de stap naar hulp zetten. Gemiddeld keert een slachtoffer drie keer terug naar de partner. Het is een complex gebeuren, lang niet zo simpel als een buitenstaander denkt.

Een van de besluiten van het onderzoek, met name dat binnen de bestaande en beschikbare infrastructuur ruimte is om onmiddellijk 72 plaatsen bij te creëren – mits input van personeel – verdient zeker verder overleg met de sector. We willen dit debat voeren binnen een breder kader. Het volstaat niet om plaatsen te creëren. Binnen het actieplan IFG is opvang en begeleiding van slachtoffers van partnergeweld een speerpunt. Rekening houdend met de budgettaire mogelijkheden zullen we in functie van het actieplan echter keuzen moeten maken en accenten moeten leggen.

Ik benoem die accenten. Er moet worden gewerkt aan signalering. Dat betekent het in kaart brengen van actoren die mogelijk in contact komen met situaties van intrafamiliaal geweld. We moeten hen ondersteunen om niet ‘categoriaal’ naar geweld te kijken. Ik vind dat héél belangrijk, denk maar aan kindermishandeling en partnergeweld. De bekommernis is terecht, maar we moeten geweld op een andere manier aanpakken.

Een tweede aandachtspunt is samenwerking en afstemming opstarten en bevorderen tussen de welzijnspartners én de justitiële partners. Dat is noodzakelijk. We plegen daarvoor overleg met minister Onkelinx. We hebben het geluk dat zij intrafamiliaal geweld ook hoog op haar politieke agenda zet. Het moet mogelijk zijn om hieraan concreet verdere uitvoering aan te geven.

Een derde punt is zorgen voor opvang en begeleiding van slachtoffers van IFG, met uitdrukkelijke aandacht voor het ambulante werken. Dat is nieuw voor ons.

Ten vierde moeten we het thema geweld veel actiever zichtbaarder maken in alle contexten van hulp waar men geconfronteerd wordt met daders en slachtoffers van geweldsituaties. Gevangenissen, bijzondere jeugdzorg, algemeen welzijnswerk, Kind & Gezin, CIG's werken rond het thema geweld. Ik hamer daar nogal op omdat ik ervan overtuigd ben dat IFG te maken heeft met patronen. Die moeten worden

doorbroken. Dus moeten we het thema blootleggen en programma's ontwikkelen in al die contexten.

Het gebrek aan doorstroming van de vluchthuizen en de opvangcentra naar de reguliere woonmarkt is een probleem. Dat is een knelpunt en dat geldt niet alleen voor IFG. Dat zien we in vele welzijnssectoren. Momenteel verblijven vrouwen nog te lang in een vrouwenopvangcentrum of vluchthuis, doordat ze niet terecht kunnen op de reguliere of sociale woonmarkt. Ik pak dit probleem aan samen met de minister van Wonen binnen het protocol 'wonen-welzijn'. De 'denktank wonen-welzijn' werkt zijn advies over de afstemming tussen beide beleidsterreinen uit tegen april.

Zoals ik reeds eerder vermeldde, vind ik het belangrijk niet alleen te focussen op de residentiële opvangcapaciteit. Ik vind dat we sneller en in eerste instantie ambulant moeten optreden. Ook in het globaal plan voor de bijzondere jeugdzorg leg ik de nadruk op het subsidiariteitsbeginsel. Er is veel meer versterking nodig in het hele domein welzijn en gezondheid. Zo dient men, daar waar mogelijk, in de sociale netwerken van de vrouwen naar opvang te zoeken, die dan gecombineerd wordt met een intensieve psychosociale begeleiding vanuit de hulpverlening. Dit zal natuurlijk niet eenvoudig zijn. Enkel indien de veiligheid van de vrouwen en de kinderen op die manier niet gewaarborgd kan worden, moeten we voor een residentiële opvang kiezen. Als de veiligheid niet in het gedrang komt, moeten we zoeken naar subsidiaire vormen van opvang. Deze aanpak moet er voor zorgen dat we de instroom in de vrouwenopvangcentra en de vluchthuizen beter onder controle krijgen. Uit de behoeftepeiling die het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk uitvoerde, blijkt dat de centra voor algemeen welzijnswerk deze aanpak steunen.

Daarnaast is een veilige terugkeer een belangrijk aandachtspunt. Ik vind dit nog steeds een opdracht voor de vluchthuizen en de vrouwenopvangcentra. Ik stel echter vast dat in de praktijk die opdracht vaak maar gedeeltelijk wordt uitgevoerd en bovendien sterk regiogebonden is. Dit kan zowel te maken hebben met een gebrek aan aandacht voor dit aspect van de hulpverlening als aan een gebrek aan begeleidend personeel. Zoiets mag niet afhangen van de regio.

Wat de dagprijzen betreft, heeft mijn administratie een enquête uitgevoerd naar de dagprijzproblematiek in de residentiële settings van de autonome centra voor algemeen welzijnswerk. Via deze gegevens

krijgen we zicht op de hoogte van de dagprijzen, de samenstelling ervan, de inkomsten en uitgaven van de opvangcentra enzovoort. De ruwe gegevens worden nu verwerkt. De conclusies worden tegen begin maart verwacht. Daarmee zal ik rekening houden.

Ik ben het er volledig mee eens dat de geboden hulp zo goed mogelijk moet worden afgestemd op de noden en de behoeften van de cliënt. Dat moet gedifferentieerd gebeuren, zodat flexibel en meer op maat kan worden ingespeeld op de hulpvragen van de cliënten. Ze moeten naast een residentieel verblijf ook andere vormen van hulpverlening kunnen krijgen. Dat is essentieel in de sector van IFG, maar ook van thuisloosheid. We moeten ook overgaan tot andere hulpverlening zoals informatie en advies, psychosociale ondersteuning, administratieve dienstverlening, financiële dienstverlening, materiële dienstverlening, voeding, dagbesteding en toeleiding tot tewerkstelling of huisvesting. We mogen nooit vervallen in een beleid dat in het Brusselse bijvoorbeeld wordt gepromoot door sommige politici, en dat zorgt voor opvang en verder niets. Opvang mag niet alleen staan. Iemand in veiligheid brengen in een infrastructuur en de volgende dag weer verder sturen kan niet de bedoeling zijn. De essentie is uiteraard dat er een breed scala aan dienstverlening wordt aangeboden.

Het is onmogelijk om in alle opvang- en begeleidingsvormen in elke regio van Vlaanderen a priori te voorzien. Er zal een werkbaar evenwicht gevonden moeten worden. We moeten praten over heroriëntering van de bestaande hulpverlening.

Uit het onderzoek 'Intrafamiliaal geweld. Naar een meer samenhangende aanpak' van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk blijkt dat er met betrekking tot deze problematiek nog te weinig dwarsverbanden bestaan tussen de verschillende werkvormen van het algemeen welzijnswerk. Het steunpunt zal in 2006 vijf pilootregio's ondersteunen om hun bestaande ambulante en residentiële aanbod meer te laten aansluiten op de problematiek van het intrafamiliaal geweld. Ik subsidieer daartoe één stafmedewerker binnen het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.

Ook de samenhang met het aanbod van de OCMW's moet hierin worden verwerkt. Het is immers overduidelijk dat een problematiek als intrafamiliaal geweld moet worden aangepakt met een hele ruime waaier aan partners. De bijdrage van het CAW zal dus steeds moet passen in een veel breder netwerk. Politie, parket, lokale besturen, de centra voor geestelijke

gezondheidszorg, huisartsen, ziekenhuizen, centra voor integrale gezinszorg zijn de eerste partners aan wie we zeker denken. Ik heb ook de opdracht gegeven aan het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk om de centra voor algemeen welzijnswerk te stimuleren en te ondersteunen in het vormen van netwerken met andere relevante partners.

Dan zijn er de projecten inzake daders van partnergeweld. Met het artikel 'Nieuwe methode helpt agressieve mannen om vrouwen niet meer te slaan' wordt verwezen naar het Antwerpse Time Outproject, waarbij het CAW samen met het CGG een specifieke methodiek heeft uitgewerkt voor daders van partnergeweld. Dit project maakt deel uit van een ruimere waaier aan projecten met betrekking tot omgaan met partnergeweld, zowel voor daders als voor slachtoffers. Die projecten worden in Vlaanderen steeds meer ontwikkeld. Deze projecten worden gesubsidieerd door federaal minister Dupont. In Oost-Vlaanderen is er ook nog een extra investering door de provincie.

Het federale Instituut voor de Gelijkheid van Mannen en Vrouwen heeft de projecten recent laten evalueren door de Katholieke Universiteit van Leuven. We wachten de resultaten ervan verder af om ze in overweging te kunnen nemen bij onze verdere werkzaamheden.

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mevrouw de minister, het is goed dat u dit verder volgt. Op basis van de studie, waartoe u zelf opdracht hebt gegeven, stelt u vast dat er nog ruimte is, maar ook dat er een breder kader nodig is, waarvan zeker ook de ambulante hulpverlening deel moet uitmaken. Steeds meer wordt vastgesteld dat er niet alleen een geïntegreerde aanpak nodig is, maar ook dat dit de verantwoordelijkheid is van heel wat partners, zoals het lokale en het provinciale niveau.

U verwijst naar een advies samen met minister Keulen. Misschien is het goed om niet alleen de huisvestingsmaatschappijen hierbij te betrekken. Ook de OCMW's en de gemeenten die huizen huren om ze daarna ter beschikking te stellen, kunnen een belangrijke bijdrage leveren. In april zullen we opnieuw bekijken hoe de doorstroming naar de reguliere woonmarkt beter kan worden georganiseerd.

Wat de samenwerking met de federale overheid betreft, met betrekking tot de slachtoffers en daders

van seksueel geweld, bestaat er een samenwerkingsovereenkomst met Justitie, die bepaalt hoe de gemeenschappen hun taken vervullen. Is het de bedoeling ook over dit onderwerp een specifieke samenwerkingsovereenkomst of protocol af te sluiten? Wat is dan de timing? Dat zou zekerheid bieden over de verdere opbouw.

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** Mevrouw de minister, uw antwoord voldoet in grote mate. Er kan geen enkele twijfel over bestaan dat we daaraan onze medewerking zullen kunnen verlenen.

Wel wil ik erop wijzen dat ook vaak oudere grootouders het slachtoffer zijn van intrafamiliaal geweld. Kunt u ons wat dat betreft cijfers ter beschikking stellen via uw onderzoekskanalen? Over hun problemen weten we immers het minste, tenzij ze worden opgenomen en er een beroep moet worden gedaan op de vrederechter voor het aanstellen van een bewindvoerder. Dan pas gaat de bal aan het rollen en komt aan het licht wat er thuis of – ik durf het bijna niet te zeggen – in instellingen soms gebeurt.

**Minister Inge Vervotte:** Die samenwerkingsovereenkomst is een mogelijkheid, maar vandaag is dat nog niet duidelijk.

**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 huidige toestand met betrekking tot het tekort aan Nederlandstalige kinderopvang in Brussel**

**Vraag om uitleg van mevrouw Elke Roex tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de studie over de Vlaamse kinderopvang in Brussel**

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de huidige toestand met betrekking tot het tekort aan Nederlandstalige kinderopvang in Brussel. Er is immers duidelijkheid nodig in dit verband. Er wordt zoveel gezegd en er wordt geschermd met zo veel cijfers, dat we uiteindelijk niet meer weten waar we aan toe zijn.

In uw antwoord op mijn schriftelijke vraag van 14 december stelde u dat er een onderzoek naar de opvangsituatie in Brussel zou komen. Collegelid Grouwels heeft inderdaad een studie laten uitvoeren door de Universiteit Gent, om na te gaan hoe groot de nood precies is. De resultaten zijn gekend en duidelijk. Normaliter worden er in één jaar in Brussel 7.000 kinderen ingeschreven. In de eerste helft van 2005 werden er al 7.000 geweigerd. Volgens een Europese richtlijn moet er tegen 2010 voor een derde van de kinderen jonger dan drie jaar opvang zijn. Concreet betekent dit dat er 4.174 plaatsen moeten zijn in Nederlandstalige voorzieningen. Dit zou een tekort van 585 plaatsen betekenen. Volgens persberichten van 19 januari wordt er, ondanks plaatsgebrek, vastgesteld dat sommige kinderdagverblijven kinderen weigeren terwijl ze nog plaats vrij hebben.

In het antwoord op mijn schriftelijke vraag stelde u nog dat bij toewijzing van plaatsen voor het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest rekening wordt gehouden met de bijzondere situatie van dit gewest. Het aantal dat wordt vooropgesteld is 10 percent van de toe te wijzen erkende en gesubsidieerde plaatsen voor 2006 en 2007, namelijk 116 plaatsen. Op dit moment gaf Vlaanderen haar akkoord voor 47 plaatsen. Minister Grouwels beweerde echter een aantal weken geleden in de VGC dat u iets meer zou willen doen voor Brussel. In de pers beweerde ze dat er onmiddellijk 94 plaatsen zouden kunnen worden gerealiseerd, wat moet blijken uit een rondvraag die ze liet uitvoeren.

Ik wil minister Grouwels citeren, want de zaken worden vreselijk ingewikkeld: 'De procedure die Kind en Gezin aan iedereen voorstelt om de plaatsen bij de kinderdagverblijven in te vullen, voor ons op zijn minst 47 plaatsen, bepaalt dat alle aanvragen voor nieuwe plaatsen uiterlijk op 31 januari 2006 moeten worden ingediend.' Dat is natuurlijk zeer snel. Ik citeer verder: 'Daarom is het ook belangrijk te weten dat er 94 plaatsen kunnen worden aangevraagd. Bovendien bepaalt de procedure ook dat het lokale beleid, via het Lokaal Overleg Kinderopvang, de kans moet krijgen over de aanvragen een advies uit te brengen. Kind en Gezin zal alle aanvragen verzamelen en deze vervolgens overmaken aan het lokaal overleg. De eigenlijke toewijzing van de plaatsen is gepland tegen eind maart.' Verder zegt ze: 'We hebben nu al weet van het feit dat, zonder bijkomende bouwwerken, 94 extra kinderdagverblijfplaatsen kunnen worden gerealiseerd. Met verbouwingen zouden dat er 97 zijn. Er ligt nu een aanvraag voor van 191

plaatsen.' Er circuleren dus allerhande verschillende cijfers. Graag had ik daar wat uitleg bij.

Naast dit reeds uitgevoerde onderzoek, zal Kind en Gezin volgens de minister een algemeen onderzoek voeren over het besluitvormingsproces van ouders bij hun keuze van kinderopvang en ook naar het opnamebeleid van voorzieningen in Vlaanderen. Samen met een analyse van beschikbare gegevens van voorzieningen in Brussel en in de Rand, zullen in de loop van 2006 en 2007 op basis van beide onderzoeken heel wat relevante gegevens ter beschikking zijn over de opvangsituatie in Brussel.

Mevrouw de minister, de resultaten zijn nu bekend. Uw collega zegt dat u bereid bent extra maatregelen te nemen voor Brussel. Over welke maatregelen gaat het? Is er op dit moment dan een concreet aantal voor Brussel vooropgesteld? Over welk aantal gaat het dan? Hoeveel tijd zal dit in beslag nemen? Waar bevinden die plaatsen zich? Kunt u bevestigen dat er op dit moment tweemaal meer plaatsen kunnen worden gecreëerd dan de Vlaamse Gemeenschap plant? Kunt u bevestigen dat kinderen soms worden geweigerd, hoewel er plaats is in het kinderdagverblijf? Hebt u momenteel gegevens ter beschikking die een antwoord geven op de vraag of Nederlandstaligen voor kinderopvang uitwijken naar de Rand, en over het gebruik van kinderopvang door pendelaars? Ik kan begrijpen dat u deze gegevens nu niet kunt meedelen, maar misschien kan dat op een later tijdstip.

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

**Mevrouw Elke Roex:** Mijnheer de voorzitter, ik ga niet alle cijfers herhalen. Mevrouw Grouwels trekt uit de studie een aantal conclusies. Er is een groot tekort aan opvangplaatsen. Er moet voorrang worden gegeven aan gesubsidieerde plaatsen, vooral vanuit een sociaal oogpunt. Er moet meer oog zijn voor diversiteit en flexibiliteit. Er moet werk worden gemaakt van een taalbeleid. Het cijfermateriaal moet voortdurend worden gevolgd.

De studie is goed en verrijkend, maar de timing van deze bedenkingen verbaast me wat. Er is al een oefening gemaakt met de wittevlekkenlijst, waarbij 3.000 plaatsen werden verdeeld over heel Vlaanderen en werd voorzien in een voorafname van 10 percent voor Antwerpen, Brussel en Gent. Dat is tweemaal zo hoog als de Brusselnorm, dus het lijkt me niet dat we een steen kunnen werpen. De voorafname is veel hoger dan wat normaal gebeurt.

Waar knelt dan het schoentje? We hebben hier te maken met een regionaal probleem, dat echter ook opduikt in andere regio's. De heer Peumans zei vorige week dat er ook in Limburg te weinig plaatsen zijn. Het probleem lijkt me vooral te schuilen in de verhouding tussen gesubsidieerde plaatsen en zelfstandige opvang. Er is een tekort aan gesubsidieerde plaatsen. Dat geldt niet alleen voor Brussel, maar wellicht voor heel Vlaanderen. Het voordeel voor Brussel is dat we nu cijfermateriaal hebben dat aantoonst dat er daadwerkelijk een tekort is.

Mevrouw de minister, is er, voorafgaand aan de samenstelling door u van de lijst voor extra plaatsen voor kinderopvang binnen het Brusselse Gewest, overleg hierover geweest met het kabinet van minister Grouwels? Was u op de hoogte van die studie en de doelstellingen ervan? Welke conclusies trekt u uit de studie? Bent u bereid om bij de berekening van de programmering rekening te houden met de overschatting van het aanbod in Brussel? Dan heb ik het over de Europese kinderdagverblijven en de Franstalige opvang, die nu werden afgetrokken van de cijfers geleverd door Kind en Gezin. Gaan we dit principe vanaf nu doortrekken wanneer we het hebben over Nederlandstalige kinderopvang in Brussel? Dat is immers een nieuw gegeven. Hoe wordt het verdere overleg tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Vlaamse Gemeenschapscommissie georganiseerd?

Er zijn een aantal specifieke problemen in Brussel, die nogmaals worden bevestigd door de studie, maar al bekend waren. Dan denk ik aan het tekort aan onthaalouders in de steden, dat ertoe leidt dat we een deel van de subsidie mislopen. De plaatsen van onthaalouders waarin wordt voorzien voor Brussel zullen nooit worden ingevuld. Is voorzien in begeleidende maatregelen om het aantal onthaalouders te doen stijgen, of om de plaatsen van onthaalouders om te zetten in kinderdagverblijfplaatsen?

Over de bezettingsgraad is ook gesproken. In de sector meldt men me dat die noodzakelijke bezettingsgraad om subsidies te krijgen in Brussel op 70 percent ligt, terwijl hij 80 percent bedraagt in andere regio's. De precieze cijfers kunnen anders zijn, maar het percentage ligt alleszins lager in Brussel. De sector vraagt zelf dat die bezettingsgraad zou worden opgetrokken. Kinderdagverblijven die goed werken worden zo immers afgestraft ten opzichte van kinderdagverblijven die niet zo goed werken en zich op 70 percent houden.

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

**Minister Inge Vervotte:** Voor de Vlaamse Gemeenschap nam een vertegenwoordiger van Kind en Gezin deel aan de vergaderingen van de stuurgroep die het onderzoek begeleidde. Via deze vertegenwoordiger werden we op de hoogte gehouden.

De resultaten van de studie hebben grotendeels bevestigd wat we al vermoedden, namelijk het tekort aan plaatsen en de hoge nood aan gesubsidieerde opvang.

Sommige knelpunten die door de studie worden aangegeven, wijken niet af van de situatie in Vlaanderen. Ook in andere regio's in Vlaanderen is er een tekort aan opvang. Andere knelpunten zijn wel eigen aan het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, namelijk het feit dat het een tweetalig gebied is met een zeer grote internationale verscheidenheid van de bevolking.

Voor de uitbreiding in 2006 en 2007 is het belangrijk dat ik 10 percent van de erkende en gesubsidieerde plaatsen heb voorbehouden voor Brussel. Dat is een verdubbeling in vergelijking met vroeger. Omdat er voor Brussel niet wordt voorzien in opvanggezinnen, wat de goedkoopste opvangvorm is, krijgt Brussel meer dan 10 percent van de middelen. Dat betekent dat Brussel sowieso 10 percent van het aantal plaatsen zal krijgen. Als er onvoldoende aanvragen zijn vanwege de diensten voor opvanggezinnen, zullen deze plaatsen toch behouden blijven en gerealiseerd worden door gesubsidieerde plaatsen in kinderdagverblijven.

Op grond van de resultaten van het onderzoek zou kunnen worden geoordeeld dat nog meer plaatsen voor Brussel mogelijk moeten zijn. Maar ook elders in Vlaanderen doen zich regionaal grote tekorten voor.

Het is raadzaam om de middelen die beschikbaar kunnen worden gemaakt behoorlijk te verdelen over Vlaanderen. Dat Brussel verhoudingsgewijs meer plaatsen toegewezen krijgt, is een stap in de goede richting, waardoor we aantonen dat we de specifieke problemen van Brussel erkennen.

Voor de invulling van de behoeften aan kinderopvang moet ook in Brussel gerekend worden op zelfstandige initiatieven, ook als die gerealiseerd worden door overheidsinstellingen. Zo is de opvang door de Europese Unie een belangrijk initiatief, omdat ook kinderen van inwoners van de hoofdstad worden opgevangen. Indien dat initiatief er niet zou zijn,

zou dat een bijkomende druk betekenen op andere opvangvoorzieningen.

Bij de kinderopvanginitiatieven die een attest van toezicht hebben, zijn er inderdaad ook anderstalige voorzieningen. Ook hier wil ik er echter op wijzen dat, indien die anderstalige opvang er niet zou zijn, de druk op de bestaande voorzieningen nog groter zou zijn.

Er is geen voorafgaand overleg geweest, noch met de overheid van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, noch met de provinciale overheden, noch met de lokale overheden. Dat is een bewuste keuze, want Kind en Gezin maakt, op basis van een planningsoefening en een wittevlekkenmethodiek, een inschatting van de plaatsen waar de nood aan kinderopvang het grootst is. Dat is een zeer gedetailleerde en geëquilibreerde oefening, waarbij men met zoveel mogelijk parameters rekening probeert te houden. Het inschatten van de plaatsen voor kinderopvang is niet zo eenvoudig als het vaststellen en programmeren van plaatsen in de ouderenzorg.

Inzake het overleg met de Vlaamse Gemeenschapscommissie zie ik erop toe dat er de nodige contacten zijn. De VGC is ook steeds aanwezig op het overleg binnen Kind en Gezin met de verschillende opvangsectoren. Kind en Gezin is ook officieel aanwezig in de adviesstructuren van de VGC.

Ik kan niet bevestigen of ontkennen dat kinderen soms geweigerd worden als er toch plaats is. Het plaatsingsbeleid is een zaak van de voorziening, die kinderen opneemt volgens de ruimte en de draagkracht van de voorziening. Het is voor mij wel een aandachtspunt om de bestaande capaciteiten overal zo optimaal mogelijk te laten benutten. Als dat betekent dat we de normen kunnen optrekken, zijn we vragende partij om dat ook te doen. Dat is essentieel, want anders worden plaatsen niet benut. Wie goed functioneert, mag niet het slachtoffer worden van wie een systematische ondercapaciteit heeft.

Er zijn geen gegevens beschikbaar die een antwoord geven op de vraag of Nederlandstaligen uitwijken naar de Rand. Ook over het gebruik van kinderopvang door pendelaars hebben we geen cijfers. Wat het taalbeleid in de Brusselse voorzieningen betreft, onderzoekt Kind en Gezin hoe dat in het kader van een pedagogisch kwaliteitsbeleid in de voorzieningen verder kan worden gestimuleerd.

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

**Mevrouw Greet Van Linter:** Mevrouw de minister, voor 2006 en 2007 plant u 116 plaatsen, namelijk 10 percent van het totaal.

**Minister Inge Vervotte:** Dat klopt.

**Mevrouw Greet Van Linter:** Dus u zorgt voor 116 plaatsen, en niet voor de 191 plaatsen die staatssecretaris Grouwels aanvraagt.

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

---



