

C182 – WEL14

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2005-2006

16 maart 2006

# HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN



## INHOUD

Interpellatie van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de door de federale minister van Justitie aangekondigde hervormingen in de behandeling van geïnterneerden	
Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opvang van geïnterneerden	1
Met redenen omklede motie	6
Vraag om uitleg van mevrouw Else De Wachter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opname van onthemende projecten in het aanbod van de bijzondere jeugdbijstand	6
Vraag om uitleg van mevrouw Gerda Van Steenberge tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over palliatieve zorg	7
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de organisatie van kinderopvang door het gemeenschapsonderwijs	10
Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een versterkt pro-actief preventiebeleid rond middelengebruik	
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het preventiebeleid ten aanzien van het overmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen	
Vraag om uitleg van de heer Werner Marginet tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het mogelijke gebruik van het geneesmiddel Subutex als drug	12
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een draaiboek voor de aanpak van het uitbreken van meningitis	
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de integratie van het pneumokokkenvaccin in het vaccinatieprogramma	18
Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de personeelsbehoeften in de welzijnssector met het oog op de vergrijzing	21
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de creatie van bijkomende hartcentra in Vlaanderen	25
Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de aanbevelingen van het evaluatierapport van de intersectorale werkgroep pleegzorg	26
Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over gevaarlijke consumentenkredieten	28



**Voorzitter: de heer Luc Martens**

**Interpellatie van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de door de federale minister van Justitie aangekondigde hervormingen in de behandeling van geïnterneerden**

Vraag om uitleg van mevrouw Helga Stevens tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opvang van geïnterneerden

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, enkele weken geleden hebben we reeds de kans gekregen om over dit dossier te debatteren, maar inmiddels is er een en ander veranderd.

De problematiek van de geïnterneerden in Vlaanderen is ons bekend. Er zijn meer dan 500 geïnterneerden met een matige tot verhoogde graad van gevaarlijkheid, die niet behandeld kunnen worden door een gebrek aan plaats in de forensische centra, zodat ze in de psychiatrische afdeling van een gevangenis belanden. Dat probleem sleept al jaren aan.

Ik herinner u aan het bijna vernietigende rapport van het Internationaal Observatorium van de Gevangenis over de geïnterneerden in de Belgische gevangenis. Hoewel ons land daarvoor al veroordeeld is, zitten mentaal gestoorden nog steeds verspreid onder de gewone gedetineerden als gevolg van de overbevolking. Er is ook een tekort aan therapeutisch personeel en onvoldoende omkadering. Er werd zelfs gesproken over 'oorlogsgeneeskunde' en 'derdewereldsituaties'. Tot op vandaag bestaat er voor die Vlaamse geïnterneerden met een hoge en matige gevaarlijkheid nog altijd geen opvang, ook al heeft de commissie-Cosyns in haar eindverslag duidelijk aangedrongen op een oplossing.

Mevrouw de minister, enkele weken geleden hebt u ervoor gepleit de opvang van geïnterneerden te koppelen aan hun profiel, een aanpak die in Vlaanderen veel steun geniet. U weet dat we uw standpunt terzake volledig onderschrijven. Patiënten met een laag

risico kunnen ambulant of in semi-residentiële instellingen worden behandeld. De mediumrisicogroepen kunnen worden behandeld in afzonderlijke eenheden in psychiatrische ziekenhuizen. Voor de patiënten met een hoog veiligheidsrisico moeten er psychiatrische voorzieningen komen met een gesloten karakter. Ook hebt u er – terecht – voor gepleit de deskundigheid die in Vlaanderen zo moeizaam verworven is, te versterken.

We hebben toen de gelegenheid gekregen hierover uitvoerig, en naar ik meen op een interessante en constructieve wijze, te discussiëren, specifiek over die drie proefprojecten. We weten reeds lang dat minister Onkelinx geen voorstander is van de Vlaamse visie zoals u ze hebt uiteengezet. Enkele dagen na de bespreking hier in de commissie heeft ze haar plan gelanceerd. De federale regering plande aanvankelijk in 2004 één mastodontinstelling, een voornemen waarop veel kritiek kwam uit Vlaanderen. Nu wordt op die plannen teruggekomen omdat één instelling voor 400 tot 500 psychiatrische delinquenten onbeheersbaar is en aanzienlijke problemen met zich meebrengt, in de eerste plaats op het gebied van de veiligheid. Er wordt nu gedacht aan twee instellingen. Dat zijn dan wel geen echte mastodonten, maar toch nog zeer groot.

Het zou de bedoeling zijn tegen 2010 minstens 390 van de 500 Vlaamse geïnterneerden een gespecialiseerde behandeling te geven in twee nieuwe centra, die zullen worden opgericht in Gent en Antwerpen. Daarvoor wordt op federaal niveau een budget uitgetrokken van 55,5 miljoen euro. In Gent komt een nieuw centrum voor 250 tot 270 geïnterneerden met het hoogste veiligheidsrisico. Volgend jaar, zo wordt aangekondigd, zullen de bouwwerken in Gent starten. Dit project komt op een grond die zal worden aangekocht op de Wondelgemse Meersen. Tegen 2010 moet de nieuwe campus de deuren openen.

In Antwerpen ligt het blijkbaar veel moeilijker. Hier wordt een forensisch centrum gepland voor 120 geïnterneerden, hoofdzakelijk seksuele delinquenten, vrouwen en personen met een mentale handicap. Pas in 2008 zouden de nodige verbouwwerken kunnen worden aangevat. Tegen 2010 moeten ze klaar zijn. Minister Onkelinx heeft als locatie een vleugel van het Stuivenbergziekenhuis in gedachten. Ze ziet

daarbij echter een detail over het hoofd. Om dat te kunnen realiseren, moet het ziekenhuis, dat enkele heel verdienstelijke afdelingen met een hoge reputatie heeft, verhuizen naar een andere nog te bouwen campus waarvoor de Vlaamse Regering verantwoordelijk is.

Deze plannen van minister Onkelinx komen mijns inziens niet overeen met de visie die u enkele weken geleden hebt uiteengezet. Uw plannen komen daarvoor eigenlijk op de helling te staan. U hebt u immers altijd, ook in het verleden, verzet tegen die mastodontinstellingen. Nu echter komen er twee.

Daarnaast zijn er nog verschillende andere punten van kritiek op de plannen van minister Onkelinx. De cijfers, een objectief element, geven me daar gelijk in, want er komen onvoldoende nieuwe plaatsen bij. Er zijn ongeveer 390 plaatsen aangekondigd. Dat zijn er nog steeds meer dan 100 te kort. Ook daarvoor moet nog een oplossing worden gevonden.

Bovendien zullen de plannen veel te traag worden gerealiseerd, pas tegen 2010. De situatie op het terrein blijft dan ook nog jaren dezelfde, als er al geen vertragingen zijn. Ook uw partij heeft daar in de Kamer uitvoerig kritiek op gegeven.

We zijn midden 2006. Eerst moet er nog een nieuw ziekenhuis worden gebouwd ter vervanging van het bestaande Stuivenbergziekenhuis in Antwerpen. Tenzij u het tegensprekt, moet daar nog mee worden begonnen en moet de procedure nog worden opgestart, als er al een toelating van u komt. In Gent moet het project komen op een grond die nog moet worden aangekocht door de federale overheid. De vraag is of dat allemaal wel van een leien dakje zal lopen. Ik hoop dat ik ongelijk krijg, want de problematiek is bijzonder ernstig, maar ik vrees dat 2010 niet haalbaar is.

Een vraag blijft ook wat er zal gebeuren met de drie lopende projecten in Rekem, Bierbeek en Zelzate. Zijn er voldoende garanties dat ze kunnen blijven functioneren? Aanvankelijk kwam er immers een duidelijk njet van minister Onkelinx. Alle Vlaamse partijen in de Kamer zijn daartegen in het verzet gegaan. Er zouden nu bepaalde tegemoetkomingen zijn, niet van minister Onkelinx, maar van minister Demotte. Ik hoop dat u ons zekerheid kunt geven dat deze projecten blijven lopen.

Ik betreur het ten slotte dat er in Antwerpen absoluut geen rekening wordt gehouden met de mening

van de bevolking. Er is in Antwerpen altijd zeer veel protest geweest van de buurtbewoners tegen de Stuivenbergplannen. Ik ben me ervan bewust dat, waar die instelling ook wordt ingeplant, er altijd protest zal zijn van de omgeving. De wijk Stuivenberg heeft het echter om tal van redenen, waarover ik nu geen uiteenzetting hoeft te geven, bijzonder moeilijk. Ik vrees dat de inplanting van een centrum voor geïnterneerden de opwaardering van de buurt zeker niet zal bevorderen.

Er is bovendien ook zeer veel protest van de plaatselijke middenstand. Ook dat is een argument waarmee rekening moet worden gehouden. De middenstand is erg teleurgesteld. Vandaag leven ze bijna volledig van de passage van en naar het ziekenhuis. Ze vrezen dat de handel ernstig nadeel zal ondervinden wanneer het ziekenhuis verdwijnt.

Mevrouw de minister, enkele weken geleden hebt u uw beleidsdoelstellingen duidelijk uiteengezet. De plannen die nu worden aangekondigd door minister Onkelinx, komen daar niet mee overeen. Wat is uw standpunt daarover?

Welke initiatieven bent u bereid te nemen om te waarborgen dat de deskundigheid die in Vlaanderen zo moeizaam verworven is, behouden blijft, erkend wordt en verder benut wordt? Ook daarvoor zijn er immers nog geen garanties. Hoe waarborgt u dat het zorgaanbod verder wordt uitgebouwd vanuit een trajectbenadering?

Hoe staat het intussen met de drie genoemde proefprojecten? Komen er waarborgen dat ze behouden zullen blijven? Welke initiatieven worden er genomen om het reguliere residentiële aanbod in de psychiatrische ziekenhuizen verder uit te breiden?

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

**Mevrouw Helga Stevens:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, net zoals het geval is met de interpellatie van mevrouw Dillen, is ook mijn initiële vraag om uitleg gedeeltelijk achterhaald door de actualiteit. Daarom heb ik mijn vraag wat aangepast.

Zo blijkt er op het federale niveau nu toch geld te zijn vrijgemaakt voor de voortzetting van de drie projecten in Rekem, Bierbeek en Zelzate. Daar heeft minister Demotte voor gezorgd. Dit toont aan dat Vlaanderen, wanneer het front vormt, wel degelijk

de federale agenda kan beïnvloeden. Ook de kranten hebben dat opgemerkt.

Bovendien heeft minister Onkelinx haar plannen voor de mastodontinstelling herzien. Waar ze aanvankelijk pleitte voor één nieuwe instelling om de Vlaamse geïnterneerden uit de gevangenissen te halen, heeft ze nu aangekondigd twee instellingen te willen openen. Dat lijkt misschien een eerste stap in de richting van de Vlaamse visie op de opvang en behandeling van geïnterneerden, maar volgens mij sluit dit voorstel daar nog steeds niet bij aan.

Mevrouw de minister, begin februari verklaarde u reeds hier in de commissie dat de Vlaamse overheid niet naar een gecentraliseerde opvang wil evolueren. U wilt een reguliere gemeenschappelijke aanpak waar het kan, en een specifieke afzonderlijke aanpak waar het moet. Of er nu één of twee grote instellingen komen, verandert ten gronde weinig. Kunt u zich vinden in het voorstel van de federale minister van Justitie Onkelinx om te opteren voor twee centra? Zo niet, welke stappen denkt u dan te ondernemen om de visie van de Vlaamse Regering naar voren te schuiven?

De Vlaamse Regering is in deze kwestie tot op heden een goede vertolker geweest van wat er leeft in de Vlaamse sector. Organen zoals de Vlaamse Gezondheidsraad en de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen spraken zich negatief uit over de initiële plannen van minister Onkelinx, zoals mevrouw Dillen al uitgebreid heeft toegelicht. Hebt u reeds contact opgenomen of overlegd met de betrokken sector over de nieuwe plannen van minister Onkelinx? Zo ja, wat is hun visie? Zo niet, acht u zo'n overleg dan opportuun?

Voor mijn laatste vraag verwijs ik graag naar een citaat van de heer Heimans, kamervoorzitter bij het hof van beroep in Gent, uit de Juristenkrant: 'Er is veel kritiek op de behandeling van geïnterneerden in de gevangenissen, maar de gevangenissen kunnen geen mensen weigeren en zijn altijd verplicht geïnterneerden op te nemen, dag en nacht. De gevangenissen worden misbruikt als een vergeetput voor alles wat de zorgsector te moeilijk en te lastig vindt. De Vlaamse Gemeenschap mag zich er niet te gemakkelijk van afmaken met het argument dat het om justitiecliënten gaat en dat zij er niets mee te maken heeft.'

Ook de Vlaamse overheid moet haar verantwoordelijkheid nemen. Dit maakte ik ook op uit uw uiteen-

zetting in de commissievergadering van 7 februari 2006, toen dit onderwerp werd besproken, maar ook uit uw opiniestuk in De Standaard van die dag. In dit kader is een overleg tussen de Vlaamse overheid en het federale niveau aangewezen. U verklaarde reeds dat u op 29 september 2005 een globaal plan overmaakte aan minister Onkelinx, maar dat ze eerst nog enkele financiële knopen wilde doorhakken, samen met minister Demotte.

We zijn nu bijna een half jaar verder, en de federale overheid lijkt nog steeds weinig rekening te houden met de Vlaamse visie op de opvang en behandeling van geïnterneerden. Bent u reeds betrokken bij een gedachtewisseling ten gronde, of is het bestaande overleg beperkt tot deaspecten in reactie op de beslissing van minister Onkelinx?

U sloot de bespreking in de commissie begin februari af met de mededeling dat u verwachtte dat het alternatief dat de Vlaamse Regering had voorgesteld, naar waarde zou worden geschat. U zou dat evalueren bij uw verdere contacten met de overheid. Wat is uw evaluatie, en welke conclusies verbindt u daaraan?

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

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** Mevrouw de minister, is er in wat nu wordt voorzien een onderscheid gemaakt tussen vrouwelijke en mannelijke geïnterneerden?

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, we hebben hierover enkele weken geleden nog van gedachten gewisseld. Ik zou nog willen vragen om een verduidelijking met betrekking tot de drie Vlaamse proefprojecten. Mevrouw de minister, ik heb begrepen dat er wordt voorzien in een overbrugging voor het huidige jaar. Maar hoe moet het daarna verder? Ik lees nu over de twee geplande instellingen in Gent en Antwerpen, en stel me dan de vraag welke plaats de lopende en zeer goed geëvalueerde Vlaamse projecten daar nog in kunnen krijgen. Hoe moeten ze nu verder gaan na het lopende begrotingsjaar?

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

**Minister Inge Vervotte:** Er is inderdaad intussen een en ander gebeurd. We proberen in Vlaanderen een visie te hanteren, en die hebben we vorige keer in de commissie besproken.

De kamervoorzitter van het Hof van Beroep in Gent moet natuurlijk wel een onderscheid maken tussen de Vlaamse en de federale bevoegdheden. Het is niet omdat het niet tot Justitie behoort, dat het dan een gemeenschapsbevoegdheid is. De 'andere' waar het hier over gaat, is Volksgezondheid, en die bevoegdheid bevindt zich eveneens op het federale niveau. Het verband dat hij legt, en de stelling dat de Vlaamse Gemeenschap er zich niet te gemakkelijk van moet afmaken, is dan ook nogal vreemd.

Voor ons is het allerbelangrijkste de visie die is samengevat in het citaat dat ik zelf heb gegeven, en dat hier nog eens is herhaald, namelijk dat we ervan uitgaan dat wat regulier kan, regulier moet, en dat we specifiek moeten werken waar het moet. Dus gemeenschappelijk waar het kan, afzonderlijk waar het moet.

Deze visie loopt als een rode draad door heel het dossier. We hebben ons altijd verzet tegen één grote mastodontinstelling. De evolutie naar een maximumcapaciteit van 250 plaatsen is goed, maar een aantal elementen zijn nog te onduidelijk om te kunnen stellen dat het voorstel al dan niet overeenstemt met de Vlaamse visie.

De essentie is niet zozeer het aantal plaatsen of de accommodatie binnen één instelling, maar vooral de keuze voor een justitioneel of een therapeutisch concept. Daar hebben we vandaag onvoldoende zicht op. Ook de sector kan niet bepalen of het therapeutisch concept al dan niet voldoende is uitgebouwd en of er een maximuminvestering zal zijn voor de therapeutische behandeling, zodat ook voor de doelgroep met een gemiddeld of hoog risico een integratie in de samenleving mogelijk wordt. Want voor deze groep is de therapeutische aandacht heel belangrijk.

Ik kan vandaag niet antwoorden op de vraag wat het Vlaamse standpunt is over het nieuwe voorstel van minister Onkelinx, want we beschikken over te weinig informatie. Er worden nog gesprekken gevoerd, maar natuurlijk in eerste instantie met minister Demotte, want hij is verantwoordelijk voor de therapeutische projecten. Minister Onkelinx wil in Gent een gebouw optrekken met 250 plaatsen. Dan rijst de vraag of er ruimte is voor de therapeutische projecten, maar daarvoor moeten we ons weer richten tot minister Demotte.

Er moet nog tijd genomen worden voor verder overleg en er moet worden nagegaan welke keuzes realistisch, haalbaar en wenselijk zijn. Ons uitgangspunt

blijft dat de deskundigheid die vandaag in Vlaanderen is opgebouwd, zo maximaal mogelijk moet worden ingezet. Dat betekent dat de huidige projecten worden verlengd. Dat compromis werd goedgekeurd door de federale ministerraad op 17 februari. Het is duidelijk dat het gaat om een overgangperiode. Men is bereid om de middelen voor een jaar te verlengen, wat ons in staat stelt om dit jaar verder te werken aan de weg die we moeten volgen. We beschikken vandaag over te weinig elementen om te kunnen bepalen of de therapeutische projecten al dan niet worden opgenomen.

Ik vind het een stap in de goede richting dat we ruimte en tijd hebben om verder te overleggen. Ik vind het ook goed dat de bestaande expertise behouden blijft. Ik vind het ook een stap in de goede richting dat men afstapt van één grote instelling en dat wordt gekozen voor kleinere instellingen met maximum 250 plaatsen. Maar ik beschik over onvoldoende elementen om te zeggen dat dit overeenstemt met onze visie. In de verdere gesprekken zal dat worden uitgeklaard.

Op 10 maart hebben we een eerste overleg gevoerd met minister Demotte. Toen werd een volgende afspraak vastgelegd voor 18 april. Het dossier-Stuivenberg waarnaar werd verwezen, is voor ons natuurlijk een ander dossier. Het bouwdoossier voor het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden is een totaal ander dossier dan het dossier voor de Zorgstrategische Commissie. We zullen nagaan of de herallocatie van de verschillende afdelingen van het ziekenhuis in het nieuwe gebouw voldoet aan de voorwaarden en zorgstrategieën en of het efficiënt en doelmatig is.

Het dossier werd al door de Zorgstrategische Commissie behandeld, waar enkel over een beperkt aantal gegevens een kleine onduidelijkheid werd vastgesteld. Als dat is opgelost, kan de goedkeuring gegeven worden voor het masterplan voor deze nieuwbouw. Volgens de fases die het VIPA vastlegt, moet dan een financieel-technisch plan worden opgesteld, waarna met de bouw kan worden gestart.

Als we realistisch zijn, mogen we verwachten dat het nog 3 tot 5 jaar duurt om heel de procedure te doorlopen. Ik denk dat de federale overheid dat element in rekening zal brengen, maar voor ons is het ene niet gekoppeld aan het andere. Vanuit Vlaanderen volgen we de zorgstrategie op en dat zit wel in de finale fase. Antwerpen zal dan wel stappen vooruit moeten zetten door het financieel-technisch plan uit te werken.



Mevrouw Hoebeke, er zijn weinig vrouwelijke geïnterneerden, slechts een vijftigtal. Uiteraard worden die in aparte ruimtes ondergebracht. In de voorstellen wordt een aparte unit voor vrouwen opgenomen.

Voorlopig blijven de projecten lopen, zodat we kunnen voortbouwen op de bestaande expertise. We hebben onze visie overgemaakt. Er zijn een aantal elementen die erop wijzen dat de Vlaamse visie wordt gevolgd, maar we beschikken vandaag nog over te weinig elementen om het ene of het andere te doen. Het is voorbarig om te zeggen dat we het helemaal niet eens zijn met de plannen, want we weten niet of de therapeutische projecten worden opgenomen. We zullen in de loop van het jaar de nodige tijd moeten nemen om tegen het eind van het jaar te kunnen bepalen wat de volgende stappen moeten zijn. De timing is strikt en misschien is het niet haalbaar om het nieuwe denkspoor uit te voeren.

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw de minister, u hebt eigenlijk bevestigd wat ik al vreesde: de timing tegen 2010 zal onmogelijk gehaald kunnen worden. Dat wil zeggen dat minstens gedurende 5, 6 of 7 jaar de huidige, bijzonder schrijnende, problematiek zal blijven voortduren. Dat is een bijzonder betreurenswaardige vaststelling. Mevrouw de minister, dat is niet uw verantwoordelijkheid, maar het is wel een vaststelling die we in Vlaanderen moeten doen. Ik betreur dat de federale ministers geen zekerheid kunnen verschaffen. Ik weet niet welke andere snelle oplossingen mogelijk zijn.

Mevrouw de minister, we moeten er ons van bewust zijn dat men op het terrein niet meer zo lang kan wachten. Men kan het rapport-Cosyns, het vernietigend verslag van het Internationaal Observatorium van de Gevangenen en de veroordeling van België niet zomaar naast zich neerleggen. Ik hoop dat u tijdens het overleg van 18 april zeer duidelijk zult aandringen op snellere oplossingen.

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

**Mevrouw Helga Stevens:** Mevrouw Dillen, ik sluit me volledig aan bij uw opmerkingen. Mevrouw de minister, uit uw antwoord blijkt dat nog veel onduidelijkheid bestaat over de vraag of de therapeutische benadering in het geheel zal worden opgenomen. We moeten 18 april afwachten, om dan te zien of onze visie wordt opgenomen in het beleid.

Het is duidelijk dat alles afhankelijk is van de goede wil van de federale overheid. Dat vind ik een gevaarlijke situatie, want we hebben een totaal andere visie dan Wallonië. We kiezen voor een meer therapeutische en persoonlijke benadering en niet voor bewaken en opsluiten.

De drie projecten worden nog voor een jaar gesubsidieerd. Maar wat gebeurt daarna? Zullen we dan opnieuw de discussie moeten voeren? Zal het geld dan op zijn?

Ik reken erop dat alle Vlaamse partijen dit dossier blijven volgen, zodat ook in 2007 geld zal worden vrijgemaakt. We kunnen wachten tot 2010, maar we moeten al veel geluk hebben als het dossier dan zal zijn afgerond. Als dat niet het geval is, komen we opnieuw in het sukkelstraatje terecht.

Mevrouw de minister, dat is niet uw fout, maar er is te veel tijd verloren gegaan. Het blijft een bevoegdheidskluwen tussen de minister van Justitie en de minister van Volksgezondheid. Dat is erg jammer. Het zou beter zijn dat één minister volledig verantwoordelijk is voor het dossier. We moeten leven met de realiteit, maar ik hoop dat we het dossier heel snel kunnen afronden. Mevrouw de minister, ik zal samen met u over het dossier blijven waken.

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

**Minister Inge Vervotte:** Er is wel een snellere en goedkopere oplossing mogelijk, meer bepaald het voorstel dat wij hebben gedaan. Ons voorstel opteert voor de uitbreiding van de drie huidige centra, plus een uitbreiding van de psychiatrische afdelingen. Voor de realisatie van deze projecten hebben we geen drie jaar nodig, dat kan binnen het jaar gebeuren. Er zijn snellere oplossingen mogelijk en we hebben ze zelfs aangereikt.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw de minister, als het voorstel sneller en goedkoper is, waarom wordt het dan niet uitgevoerd? Dat is echt moedwil van de ministers Onkelinx en Demotte.

**Minister Inge Vervotte:** Ik denk dat het meer te maken heeft met het feit dat bepaalde budgetten van de minister van Justitie komen, als het gaat over de gebouwen die ze wil optrekken, terwijl voor mijn voorstel de budgetten van minister Demotte moeten komen. Minister Onkelinx beschikt over budgetten, maar minister Demotte heeft blijkbaar niet de financiële ruimte.

**Met redenen omklede motie**

**De voorzitter:** Door mevrouw Dillen werd tot besluit van deze interpellatie een met redenen omklede motie aangekondigd. Ze moet zijn ingediend uiterlijk om 17 uur op de tweede werkdag volgend op de sluiting van de vergadering.

Het incident is gesloten.

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Else De Wachter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opname van onthemende projecten in het aanbod van de bijzondere jeugdbijstand**

**De voorzitter:** Mevrouw De Wachter, uw vraag om uitleg sluit eigenlijk aan bij de discussie over het Globaal Plan Bijzondere Jeugdzorg. Ik laat u de vraag stellen, maar u had perfect dinsdag de vraag kunnen stellen tijdens de bespreking van het Globaal Plan.

Mevrouw De Wachter heeft het woord.

**Mevrouw Else De Wachter:** Mijnheer de voorzitter, ik zal er in het vervolg zeker op letten. Het gaat om een vraag die ik een aantal weken geleden heb ingediend.

Mevrouw de minister, de problematiek is bij iedereen voldoende bekend. Ik stel u graag nog een aantal expliciete vragen.

Moeten deze projecten omwille van hun bijzonder karakter niet in een aparte erkenningscategorie ondergebracht worden? Sommige uitvoerders van de projecten pleiten immers voor een meer reguliere erkenning.

Voor welke initiatieven overweegt u om de rechtszekerheid bij de initiatiefnemers te verhogen? Voor een aantal projecten werden inderdaad overeenkomsten afgesloten met een looptijd van 3 jaar, maar die hebben alleen betrekking op het juridische kader van het projectmatige aanbod, op financieel vlak gaat het immers slechts om een jaarlijkse overeenkomst.

Op welke wijze zult u oordelen of het personeelskader kwalitatief en doeltreffend is? Welke concrete maatregelen zullen er desgevallend genomen wor-

den opdat de uitvoerders van de projecten over een kwalitatief en doeltreffend personeelskader kunnen beschikken indien blijkt dat het gesubsidieerde personeelskader niet in verhouding staat met de uit te voeren taken?

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dinsdag hebben we een aantal vaststellingen gedaan. Ik ben blij dat met een algemeen principe zal worden gewerkt – en ik denk hierbij aan CANO en Oikoten. De criteria voor de evaluatie van dit soort projecten werd duidelijk toegelicht.

Het Globaal Plan is in overleg met de sector tot stand gekomen. Ik ben blij dat er een draagvlak voor is bij de bijzondere jeugdzorg en dat projecten volgens criteria worden opgenomen in het reguliere. De oplossing zit in het Globaal Plan.

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, dames en heren, ik heb zeker geen enkel project willen voortrekken. De werking van CANO is van een andere orde dan die van Oikoten. Het is belangrijk dat daarover geen misverstanden ontstaan.

Inzake de verdere werking van de projecten in het innoverend werk, werden aanwijzingen opgenomen in het Globaal Plan. De verankering van projecten in de reguliere werking is belangrijk voor ons. We vragen aan de initiatiefnemers om een langetermijnbeleid uit te stippelen en dus is het van belang dat zij weten op welke termijnen ze kunnen rekenen.

Uiteraard betekent dat niet dat we opteren voor aparte erkenningscategorieën. Het is niet omdat er iets moet worden verankerd en niet wordt gevonden in een bestaande erkenningscategorie, dat we moeten overgaan op een nieuwe erkenningscategorie. Dat zou leiden tot een grote hoeveelheid erkenningsvormen, wat niet werkbaar is en ingaat tegen de projectwerking zelf.

Innoverend werken moet ruimte blijven krijgen. Het is een uitdaging om innovatieve zaken breed te verspreiden naar de rest van het veld. Ook hieraan wordt aandacht besteed in het Globaal Plan. De erkenningscategorieën vormen niet langer ons uitgangspunt. We nemen er afstand van om veel flexibeler te kunnen werken en om meer innovatieve vormen

te kunnen toestaan. Het is dus helemaal niet wenselijk om aparte erkenningscategoriën in het leven te roepen voor initiatieven zoals Oikoten.

Oikoten is niet het enige project. Albezon heeft eenzelfde werking. Beide, en zeker Oikoten, zijn de projectstatus al lang ontgroeid. Wel hebben we vastgesteld dat in de vele jaren dat ze al bezig zijn, nog nooit een onderzoek door de overheid werd gedaan naar de doelstellingen en het behalen ervan, en naar mogelijk noodzakelijke bijstellingen. Efficiëntie en effectiviteit zijn voor ons belangrijk – ik beweer niet dat die nu zouden ontbreken – en daarom moet in de methodiek worden aangegeven hoe er wordt gezorgd voor efficiënter en effectiever werk. We zullen dit verder bespreken met de instellingen, want dit vormt een element voor de verankering.

We moeten nagaan of deze werkvorm op zichzelf kan bestaan, want misschien zorgt die voor een moeilijker leefbaarheid en is het meer aangewezen om over te gaan op een verankering met andere projecten. Dat zal met de organisaties worden besproken. Het is een zinvolle oefening met het oog op het spreiden van de overheadkosten en andere kosten over meerdere initiatieven. Uiteraard moet dit nog worden besproken.

Specifiek voor Oikoten is dat er naast de ontheming, via een aparte overeenkomst, ook herstelbemiddeling wordt aangeboden. U weet dat hierover een hoofdstukje is opgenomen in het Globaal Plan. We zijn van plan om per gerechtelijk arrondissement over te gaan op diensten van herstelgerichte constructieve afhandeling. Er zijn op dit vlak zeker en vast opportuniteiten.

De projectmatige financiering is de enige mogelijkheid om een aanbod zoals dat van Oikoten te financieren. Dat brengt heel wat administratieve procedures mee. De Inspectie van Financiën heeft er herhaaldelijk op gewezen dat voor projecten jaarlijks een subsidiebesluit moet worden opgemaakt. We hebben het al eens gehad over wat dit allemaal impliceert. We hebben gepoogd om een algemeen kader te bieden voor deze initiatieven. We hebben een overeenkomst gesloten met Oikoten voor de periode 2006-2008. Voor 2007 en 2008 werden richtbedragen voor subsidies opgenomen.

Voor deze initiatieven biedt het Globaal Plan heel wat antwoorden. Na een evaluatie of een vaststelling van hoe efficiënt en effectief kan worden gewerkt, willen we komen tot een verankering. We pleiten dus

voor een structurele verankering met andere initiatieven, maar de methodiek blijft de moeite waard en daarvoor is geen aparte erkenningscategorie nodig. Er moet ruimte aan worden gegeven binnen de nieuwe visie omtrent modules en dergelijke meer.

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik wil even inpikken op uw woorden dat via onderzoek de efficiëntie en de effectiviteit moeten worden aangetoond. Ik hoop dat op dat ogenblik ook een kans wordt geboden om in te spelen op andere noden en behoeften in de Bijzondere Jeugdzorg. Ik denk hierbij aan de begeleiding van minderjarige seksuele delinquenten en jonge psychiatrische patiënten. Ik denk niet dat er al een dergelijke vraag voorligt, maar verwacht dat de methodiek aan bod kan komen.

De instelling doet inderdaad ook aan herstelbemiddeling. Naast de herstelbemiddeling voor minderjarigen bestaat ook die voor meerderjarigen. Als er moet worden gekozen voor de aansluiting bij een andere instantie, zou er ook rekening moeten worden gehouden met de specifieke jongerenwerking. Uiteraard hoop ik dat alles via dialoog kan gebeuren.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Gerda Van Steenberge tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over palliatieve zorg**

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

**Mevrouw Gerda Van Steenberge:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik schreef mijn vraag tijdens de week dat een verpleegster door het assisenhof van Antwerpen werd vrijgesproken van moord en zelfs van poging tot moord nadat zij haar tante had proberen te helpen sterven. Over de zaak en de uitspraak zelf wil ik het niet hebben. Iedereen heeft daarover trouwens een eigen mening, maar over één ding is men het volmondig eens: dit proces ging in hoofdzaak over de noodzaak aan goed uitgebouwde palliatieve zorgen. De roep naar verpleegkundigen, geschoold in palliatieve zorgen, is – terecht – zeer

groot. Ook het gebrek aan informatie werd opnieuw aangekaart. De meeste mensen weten immers niet wat kan of wat niet kan. Ze weten evenmin welke palliatieve steun ze kunnen krijgen.

Na het proces kwamen er heel wat reacties, onder meer van professor Distelmans, hoofd van de controlemissie Euthanasie. Hij zei dat veel leed vermeden kan worden als er meer geld wordt uitgetrokken voor palliatieve zorgen: 'In elk ziekenhuis moet er nu een palliatief team zijn. Maar er is niet genoeg geld voorhanden om dat naar behoren te laten functioneren. Die teams bestaan vaak enkel op papier. Jammer genoeg willen de beleidsmakers het geld voor palliatieve zorgen eerder terugschroeven dan opdrijven'.

Uit een krantenartikel van 9 februari kunnen we afleiden dat het geld voor palliatieve zorgen inderdaad eerder zal worden teruggeschroefd dan opgedreven. Het artikel meldt immers dat u geen geld meer veil hebt voor bijkomende opleidingen in palliatieve zorg die worden aangeboden in de hogescholen verspreid over heel Vlaanderen. De subsidies die in de voorbije zeven jaren werden vrijgemaakt, zijn bevroren. Op die manier laat u de opleidingen palliatieve zorg langzaam doodbloeden. Dat beweert het diensthoofd van het departement gezondheidszorg van de Karel de Grote-Hogeschool in Antwerpen.

De vraag naar verpleegkundigen met die bijkomende kwalificatie is bijzonder groot. De hogescholen kunnen de opleidingen aanbieden dankzij de subsidies van de Vlaamse Regering, maar daaraan zou nu een einde komen. Tijdens een vraag om uitleg op 12 april 2005 over palliatieve steunteams vroeg ik u uitleg over een overleg tussen de overheid, de universiteiten en de hogescholen inzake het opnemen van palliatieve zorg in de opleidingen van artsen en verpleegkundigen. U antwoordde toen dat niet u, maar de minister van Onderwijs, de heer Vandembroucke, daarvoor verantwoordelijk is.

Op 28 juni 2005 meldde u aan deze commissie dat u met de federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen zou nakijken waar verbeteringen kunnen worden doorgevoerd. Blijkbaar gebeurt dat echter niet en komt de palliatieve zorg meer en meer op de helling te staan wegens geldgebrek. In de commissie werden hierover heel wat vragen gesteld. U liet toen uitschijnen dat de palliatieve zorg voor u een prioriteit was of is.

Mevrouw de minister, hebt u uw beleid betreffende steun aan palliatieve zorg veranderd? Is de uitbouw van palliatieve zorg voor u geen prioriteit meer? Werd

inderdaad beslist om de subsidies voor opleidingen betreffende palliatieve zorg binnen hogescholen te bevriezen? Hoe groot waren deze subsidies? Wat is de reden voor het bevriezen van de subsidies? Wat wordt nu met deze subsidies gedaan? Bent u van plan overleg te plegen met de minister van Onderwijs, de heer Vandembroucke, om een specificatie te voorzien in de opleiding van artsen en verpleegkundigen? Zo ja, wanneer? Indien dit overleg al heeft plaatsgevonden, wat zijn dan de conclusies?

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, ik ben blij dat we hierover de nodige vragen kunnen stellen. Er zijn inderdaad een aantal ophefmakende berichten in de media verschenen. Die werden daarna in officiële persberichten geïdentificeerd.

Als ik het goed heb begrepen, ging het geld van de hogescholen zelf naar de federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Dat is al iets helemaal anders. Ik ben benieuwd naar de redenen waarom dat is gebeurd. Mevrouw de minister, uw antwoord kan meer inzicht geven in uw beleid. Indien het waar is dat de federatie die middelen krijgt, zijn die dan exclusief voorbehouden voor het organiseren van opleidingen of moeten we dat ruimer zien?

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

**Minister Inge Vervotte:** Mevrouw Van Steenberghe, de uitbouw van de palliatieve zorg blijft voor mij een prioriteit. Ik zal dat in mijn antwoord ook duidelijk maken. Ik zal ook zeggen hoe we dat beleid vorm willen geven. We verminderen of bevriezen de middelen niet. Ze worden enkel verschoven. We zoeken naar de beste partner om de doelstellingen te bereiken. Na een heel lange periode waarin de projectsubsidies naar hogescholen gingen om in opleidingen te voorzien, vonden we het noodzakelijk om met meer methode en op een meer gecoördineerde manier te werken. We willen ook andere accenten leggen.

Er was een facultatieve subsidiëring van de opleidingsinitiatieven voor palliatieve zorg. Die zijn gestart in 1994 onder impuls van toenmalig minister Demeester. Ik verwijs naar haar nota 'Palliatieve zorg: een recht op kwaliteitsvolle stervensbegeleiding'. In die nota werd de oprichting van 15 palliatieve netwerken meegedeeld. De nadruk werd vooral gelegd op de bevordering van de deskundigheid. Ook toen werd die al als een noodzaak aangevoeld.

Oorspronkelijk was het de bedoeling om de bevolking, maar ook de professionele hulpverleners vertrouwd te maken met de inhoud van een palliatief gedachtegoed. Daarvan bestaan immers heel wat definities.

Ondertussen zijn we 11 jaar verder. We hebben vastgesteld dat er niet echt een coördinatie was van de verschillende vormingsinitiatieven, noch voor wat de inhoud betreft, noch inzake de opleiders of deelnemers. We hebben geprobeerd daarop een antwoord te bieden.

De subsidies voor de opleiding palliatieve zorg werden in 2004 voor ongeveer 72 procent aan een aantal palliatieve netwerken of hun équipe verleend. Zoals u weet hebben de palliatieve netwerken ook een heel belangrijke taak bij het bevorderen van de deskundigheid en bij de opleidingen. Er ging maar een bepaald percentage naar de hogescholen. Ik zal straks de bedragen geven.

De palliatieve zorgopleiding behoort volgens mij heel duidelijk tot het takenpakket van de palliatieve netwerken. Het netwerk moet immers overleg plegen over de organisatie van de vorming voor zorg- en hulpverleners, de vrijwilligers en alle andere betrokkenen. Ze hebben ook de deskundigheid in huis om dat te doen. De palliatief deskundige zal mee zorgen voor de bevordering van de deskundigheid in heel Vlaanderen. Ik kom daarop straks nog terug.

Ik heb zeker niet de bedoeling om de middelen voor de palliatieve vorming of ondersteuning te bevriezen. We hebben er wel voor gekozen ze te heroriënteren. We willen daarmee tegemoet komen aan de actuele noden op het terrein.

Naast de opleiding omvat de deskundigheidsbevordering in de palliatieve zorg ook de begeleiding en ondersteuning van de zorg- en hulpverleners. Het gaat vaak over de ondersteuning van de zorg- en hulpverleners en het ontwikkelen van evidence-based-richtlijnen. Het is immers belangrijk dat er heel duidelijke, ondersteunde en onderbouwde richtlijnen zijn.

We vonden het dan ook tijd om na 11 jaar te kiezen voor een gecoördineerde aanpak, voor een geïntegreerde visie. We willen het toeval uitsluiten. Die aanpak zal worden toegepast in heel Vlaanderen. De federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen krijgt van ons de taak om een echt opleidingscurriculum per discipline te ontwikkelen. Dat is nog niet voorhanden.

Naast het convenant met de federatie, zullen we ook een convenant afsluiten met de wetenschappelijke afdeling Domus Medica. Ze zal de taak krijgen om mee te denken en mee te werken aan de deskundigheidsbevordering met betrekking tot de palliatieve zorgen. Die is ook gericht op de huisarts. We moeten niet alleen kijken naar de residentiële functies, maar ook naar de thuisfuncties. Daar kan, opnieuw, de huisarts een belangrijke rol in spelen.

We gaan met de palliatieve netwerken na hoe de opdrachten kunnen worden verfijnd. De toekomst zal uitwijzen hoe dat moet gebeuren.

De dagcentra voor palliatieve verzorging worden mee betrokken in de deskundigheidsbevordering. Voor hen is vooral een expertisefunctie weggelegd met betrekking tot de nieuwe mogelijkheden tot ondersteuning. Het gaat daarbij zowel om het geestelijke als het lichamelijke welbevinden van de patiënt.

De facultatieve subsidiëring van de opleidingsinitiatieven werd in 2005 niet meer verstrekt aan de hogescholen. Het zijn trouwens niet alleen de hogescholen die aan vorming doen. In 2004 ging er een bedrag van 5.403,78 euro naar de vier hogescholen. We hebben er nu voor gekozen vooral de federatie te versterken. Dat is gebeurd via een inbreng van 25.000 euro.

Wat ook niet onbelangrijk is, is dat de ontwikkeling en implementatie van vormingsprogramma's na die 11 jaar al behoren tot de kerntaken van de hogescholen zelf. In een tiental hogescholen in Vlaanderen worden opleidingen opgezet die tot gezondheidszorgberoepen leiden. In al die instituten worden vormingsprogramma's, gericht op specifieke zorgbegeleiding, ontwikkeld. De palliatieve zorgen moeten daar een duidelijke functie krijgen. Vaak hebben ze die in de praktijk al.

Binnen de werkingstoelagen van de hogescholen wordt ook voorzien in het ontwikkelen van vormingsprogramma's. Ik verwijs naar de begroting van de Vlaamse minister van Werk, Onderwijs en Vorming. Daarin staan specifieke budgetten voor specifieke vormingsopdrachten. De ontwikkeling van die programma's behoort tot de kerntaken van de hogescholen. We vinden dan ook dat we de centen van Welzijn beter kunnen besteden via de federatie.

De federatie neemt een aantal taken op zich. Het gaat om het opstellen van een curriculum voor hulpverleners in de palliatieve zorg. Dat gebeurt samen met alle opleidingsverantwoordelijken. Daarnaast is

er ook nog het organiseren van opleidingen in palliatieve zorg en het plegen van overleg met de palliatieve netwerken, zodat de taken complementair zijn. Er moet ook een programma worden ontworpen dat toelaat om de werking van de palliatieve netwerken op te volgen, zodat beter op de noden kan worden ingespeeld. Dat is ook de essentie. De rol van de palliatieve netwerken en de federatie daarin is natuurlijk erg belangrijk. Ten slotte verwijs ik ook nog naar de adviserende rol ten aanzien van mijn administratie en mezelf over de conclusies of beleidsaanbevelingen inzake palliatieve zorg.

Door het ontwikkelen van competentieprofielen in de palliatieve zorg kunnen opleidingen meer en meer op elkaar worden afgestemd en gestandaardiseerd. Dat kan alleen maar de kwaliteit van de opleidingen ten goede komen. In eerste instantie richten we ons tot de verpleegkundigen. De federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen zal daarvoor natuurlijk samenwerken met alle betrokken partners. Het kan perfect om hogescholen gaan. Van een facultatieve subsidie aan de hogescholen gaan we over naar de versterking van de federatie. Uiteraard kan de federatie beslissen om met de hogescholen samen te werken. Ik denk zelfs dat ze van plan zijn dat te doen.

Ik heb het plan opgevat om overleg te plegen met de minister van Onderwijs. Zodra de federatie haar competentieprofielen heeft ontwikkeld voor, onder andere, de verpleegkundigen in de palliatieve zorg, zullen we die overmaken aan minister Vandenbroucke. We zullen dan nagaan of het noodzakelijk is verder te overleggen om die profielen op te nemen in opleidingen voor palliatieve zorg en om ze eventueel zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen.

Mevrouw Van Steenberge, we hebben dus duidelijk gekozen voor een heroriëntatie, versterking, coördinatie en integratie. Het is daarbij zelfs niet uitgesloten dat er een beroep wordt gedaan op hogescholen. Na 11 jaar zijn we afgestapt van het systeem van facultatieve betalingen aan sommige hogescholen.

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

**Mevrouw Gerda Van Steenberge:** Mevrouw de minister, ik ben tevreden met uw antwoord.

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

**Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de organisatie van kinderopvang door het gemeenschapsonderwijs**

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, enkele weken geleden heb ik via de pers vernomen dat het gemeenschapsonderwijs heeft beslist om meer kinderopvang te organiseren binnen de gemeenschapsscholen of in de onmiddellijke omgeving. Het is niet de eerste keer dat dit werd aangekondigd. Het pedagogisch project van het gemeenschapsonderwijs zou – wat hadden we anders gedacht – daarbij moeten worden gevolgd.

In het verleden zijn er al herhaaldelijk oproepen gebeurd om dit te doen. Bij mijn weten heeft het nooit veel succes gekend. Vandaag wordt die oproep opnieuw gelanceerd en wordt er een hele reeks voordelen van praktische en organisatorische aard aangehaald. Zo is het voor de ouders natuurlijk niet leuk om enkele kinderen naar school te moeten brengen en een klein kindje naar de kinderopvang. Er worden ook een aantal argumenten gegeven ten behoeve van de kansarme mensen. We weten echter allemaal wat de fundamentele bedoeling is: zoveel mogelijk kinderen te binden aan de gemeenschapsschool.

Mevrouw de minister, het is niet onbelangrijk om te weten wat uw standpunt is. Per slot van rekening bent u bevoegd voor de kinderopvang. Het zou goed zijn als u zorgt voor de volledige coördinatie.

Vorige week heb ik minister Vandenbroucke over dit onderwerp ondervraagd. Eigenlijk kwam zijn antwoord er op neer dat hij het ook niet wist. Hij zei dat hij het, net zoals ik, via de pers had vernomen.

Mevrouw de minister, wat is uw standpunt hierover? Ondertussen heb ik ook vernomen dat u nog geen overleg hebt gepleegd met minister Vandenbroucke over dit dossier.

Gaat u hiervoor middelen vrijmaken? De minister van Onderwijs heeft – terecht denk ik – gezegd dat er geen werkingsmiddelen bestemd voor onderwijs kunnen worden gebruikt voor deze initiatieven. Er is één uitzondering is achteraf gezegd. Omwille van historische redenen en met het oog op het verstrekken van Vlaams onderwijs in Brussel zal het departement wel de lonen van het personeel in Brussel betalen. Ik kan me niet voorstellen, mevrouw de minister, dat dit vol-

ledig kan worden gefinancierd met ouderbijdragen. Daarvoor is het veel te duur. Dat wordt onbetaalbaar.

Wat gaat u doen aan de kwaliteitsbewaking? We benadrukken dat hier telkens wanneer kinderopvang aan bod komt. De opvang moet beantwoorden aan de vereisten en moet daarop worden gecontroleerd. Het heeft geen enkele zin om eisen op te leggen als die niet worden gecontroleerd. Krijgen u of Kind en Gezin daarin inspraak? Moet de kinderopvang die het gemeenschapsonderwijs zal organiseren, beantwoorden aan de kwaliteitsvereisten? Volgens de minister van Onderwijs moet dat wel, maar valt het niet onder zijn bevoegdheid maar wel onder de uwe via Kind & Gezin. Hoe zal die controle gebeuren?

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

**Minister Inge Vervotte:** Voor mij mag bij wijze van spreken om het even wie kinderopvang organiseren. Er is een kader en er zijn regels. Wie een initiatief neemt voor kinderopvang en dat binnen de vastgelegde regels doet, wordt door ons op een gelijkwaardige manier behandeld. Daartoe hoeft er geen overleg te zijn met de minister.

Om erkenning en subsidiëring te verwerven moet men een rechtspersoon of lokaal bestuur zijn. Voor een zelfstandig opvanginitiatief kan elke persoon of rechtsvorm in aanmerking komen. De kinderopvang is een enorm lappendeken. We hopen daaraan iets te kunnen doen met onze CKO's, maar dat is een ander verhaal. Indien de organisatie van kinderopvang door of in het gemeenschapsonderwijs aan alle voorwaarden beantwoordt, is er geen probleem.

Er is overigens nu reeds kinderopvang verbonden aan scholen van het gemeenschapsonderwijs, van het vrij onderwijs en van het gemeentelijk onderwijs. De initiatieven die binnen of door het gemeenschapsonderwijs worden genomen, kunnen een aanvraag doen voor subsidiëring. Ze kunnen in aanmerking komen via de ingeschreven kredieten voor uitbreiding. We hebben 3000 extra plaatsen aangekondigd voor 2006-2007. De aanvragen daarvoor moesten al binnen zijn. De vragen van het gemeenschapsonderwijs zullen worden behandeld zoals alle andere aanvragen, rekening houdend met de planningsoefening en de wittevlekkenmethodiek. Er zijn geen bijzondere kredieten voor opvang in het gemeenschapsonderwijs. Als er een dossier van het gemeenschapsonderwijs tijdig is binnengekomen en voldoet aan alle voorwaarden, dan kan het subsidiëring ontvangen.

Deze opvanginitiatieven worden gecontroleerd door de inspectie van Kind en Gezin binnen de regelgeving voor erkende of zelfstandige opvanginitiatieven. Mocht het gemeenschapsonderwijs geen subsidiëring vragen en deze opvang enkel melden aan Kind en Gezin, wat mogelijk is, dan is niet in structurele controle voorzien in de regelgeving. Dat geldt voor alle gemelde initiatieven.

Bij de vernieuwing van de kinderopvang, wil ik de enkel gemelde kinderopvang wel afschaffen. De ouders hebben graag de garantie van een minimum aan kwaliteit en controle, maar die kunnen we daar niet geven. In de toekomst moet die soort kinderopvang dus verdwijnen. Vandaag kan het gemeenschapsonderwijs daar nog voor kiezen als het de dossiers voor het uitbreidingsbeleid niet op tijd in orde krijgt. Dat zit er dik in. Ze zullen dan andere financiering moeten zoeken. Dat kan niet met middelen uit het onderwijs.

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Uw antwoord is duidelijk, mevrouw de minister. Het gemeenschapsonderwijs heeft de dossiers niet tijdig ingediend volgens mijn informatie. Ik blijf met de vraag naar controle worstelen. Ik vraag me af of de ouders wel altijd goed beseffen dat er verschillen bestaan. Weten ze dat een louter gemeld initiatief niet wordt gecontroleerd door Kind en Gezin? Ik heb daar alleszins mijn twijfels over. Dit kan later rustig worden besproken naar aanleiding van het dossier kinderopvang.

**De heer Luc Martens:** Deze discussie doet me een beetje denken aan de start van de buitenschoolse kinderopvang destijds. Dat is gegroeid uit de initiatieven van de toenmalige ministers Dewulf en Detiège. Ze startten als tewerkstellingsprojecten om langdurig werklozen op de arbeidsmarkt te krijgen. De zaak werd omgekeerd: er was immers ook een probleem van kinderopvang. Ik herinner me de moeilijke discussie over de rol van de school daarin. De toenmalige coalitiepartner was daar absoluut tegen. Volgens hen waren de scholen werkelijk vreselijke plaatsen waar de jongeren nachtmerries van kregen, laat staan dat kinderen daar voor of na schooltijd ook nog eens zouden verblijven. Daarom moest er een volledig parallel circuit zijn.

Intussen komt er toch een beetje wijsheid piepen. Er wordt gepraat over de brede en de zorgende school. Ik ben blij dat de minister dit met een open geest

benadert. Wie een initiatief wil starten, kan dat doen. Zij zal het nodige toezicht uitoefenen.

De louter gemelde initiatieven zijn van zeer diverse aard. Dat ligt aan de omstandigheden. Als dat systeem en die kwalificatie wegvallen, moeten we nog nagaan wat die initiatieven inhouden. We zullen ze niet lineair kunnen behandelen. We zullen naar een gemoduleerd antwoord moeten zoeken.

**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 een versterkt pro-actief preventiebeleid rond middelengebruik**

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het preventiebeleid ten aanzien van het overmatig gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen**

**Vraag om uitleg van de heer Werner Marginet tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het mogelijke gebruik van het geneesmiddel Subutex als drug**

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag handelt zeer specifiek over het preventiebeleid ten aanzien van middelengebruik, en dan vooral over het gebruik van alcohol, tabak en drugs. Toen de vraag is ingediend, was de aanleiding daarvoor het feit dat het hele drugsdossier op federaal niveau opnieuw in vraag werd gesteld.

Ik zoek altijd een aanknopingspunt binnen onze eigen bevoegdheden en als dan in het Vlaams Regeerakkoord een aantal zaken zijn opgenomen, dan kan ik geen betere insteek bedenken om het in deze commissie naar voren te brengen. In dat akkoord lezen we dat de Vlaamse Regering zich ertoe engageert een duurzaam en geïntegreerd preventiebeleid inzake verslavende middelen, met tussen haakjes gespecificeerd tabak, alcohol en drugs, te versterken. Wij steunen de regering daar natuurlijk in. Een versterking houdt mijns inziens geen status-quo in, maar wel meer dan

wat er nu al gebeurt aan verdienstelijk werk van de diverse partnerorganisaties. Het Vlaams Regeerakkoord stelt bovendien expliciet dat hiervoor extra middelen zullen worden uitgetrokken.

In algemene termen heeft de Vlaamse Regering zich ook geëngageerd om de inspanningen op het vlak van de gecoördineerde preventieve gezondheidszorg op te drijven. Hierbij moet het ook de bedoeling zijn versnippering van middelen te vermijden. Een van de doelstellingen in dit verband is onder meer de preventie van depressies en pogingen tot zelfdoding. Dat laatste is op zichzelf al een ambitieuze doelstelling, waarbij we ons de vraag moeten stellen of de preventie van bepaald middelengebruik die doelstelling niet in zekere mate kan dienen.

Het opdrijven van de inspanningen inzake preventiebeleid en meer in het bijzonder ten aanzien van het verslavende middelengebruik behelst twee aspecten. Ten eerste impliceert dit dat de Vlaamse Gemeenschap geen enkele bevoegdheidsoverschrijding van het federale niveau tolereert. Dat is in het licht van recente maar ook vroegere feiten wel relevant. Ten tweede betekent het dat er een algemene ontradringsstrategie moet worden ontwikkeld door de Vlaamse Gemeenschap.

Ik ga nog even in op de aanleiding voor mijn vraag. De minister-president van het Waalse Gewest maar ook een partijvoorzitter pleitten onlangs nog voor een grootscheepse preventiecampagne, terwijl een van de betrokkenen tegelijkertijd ook voorstelt het cannabisbezit voor eigen gebruik volledig te depenaliseren en ook de leeftijdsgrens voor cannabisgebruik te verlagen tot 16 jaar. Maatschappelijk ernstige fenomenen zoals rijden onder invloed van drugs en suïcidaal gedrag door het gebruik van verslavende middelen moeten niet indirect aangezwengeld worden door een depenaliserend beleid inzake cannabisbezit of een faciliterende wetgeving ten aanzien van het gebruik door minderjarigen ouder dan 16 jaar. Dat lijkt de politieke betrokkenen volkomen te ontgaan. Dit is voor mij en voor ongetwijfeld velen, dweilen met de kraan open en kan onmogelijk worden gesteund. Vanuit deze optiek zou bovendien een aanzienlijke meerkost ontstaan, die op diverse Vlaamse terreinen zijn impact zou hebben.

Daarnaast stelden zij ook nog voor een nieuw fonds op te richten, een fonds voor de strijd tegen verslaving. Dat lijkt misschien interessant, maar we hebben al negatieve ervaringen met dergelijke fondsen. Ik denk hierbij aan het federale Tabaksfonds, dat dan



niet eens volgens een billijke verdeelsleutel middelen aan de verschillende deelstaten toekent. Dat verdient zeker geen navolging. Ook hierover lijkt het me interessant de opinie van de minister te kennen.

Hoe denkt de minister dus gestalte te geven aan een duurzaam en geïntegreerd preventiebeleid inzake verslavende middelen? We weten dat ze een gezondheidsconferentie heeft aangekondigd. De eerste resultaten zouden evenwel pas eind of midden 2007 in behandeling kunnen worden genomen in het parlement. Daarom wil ik weten hoe ze, los van die conferentie en heel concreet, de invulling daarvan ziet. Ik voel me hierin sterk gesteund door wat mijn partijvoorzitter erover zegt. Hij vraagt als voorzitter dat Vlaanderen de nodige centen op tafel zou leggen voor een volwaardig en duurzaam preventiebeleid. Als vader heeft hij het ook nog over het gedoogbeleid, maar dat behoort tot het federale niveau.

Beschikt de minister over gegevens waarbij zelfdoding en suïcidaal gedrag aan middelengebruik worden gelinkt? Zo niet, welke organisatorische elementen beletten dat? Als er een correlatie kan worden vastgesteld tussen middelengebruik en zelfdoding en suïcidaal gedrag, hoe zal de minister dit verwerken in haar aangekondigde actieplan *Depressie en Zelfdoding*?

Ten slotte, is er een toename van mensen met een verslavingsproblematiek merkbaar in de gegevens van de Centra voor Algemeen Welzijnswerk, de voorzieningen van Bijzondere Jeugdbijstand, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg of andere door de Vlaamse Gemeenschap erkende en gesubsidieerde voorzieningen? Zo ja, uit welke gegevens blijkt dit en hoe wordt die toename vastgesteld?

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijn vraag gaat in ruime zin ook over middelengebruik, maar meer specifiek over het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen. We konden wat cijfers bemachtigen van het Instituut voor Medische Statistiek. Daaruit blijkt dat in 2005 bijna 50 miljoen doosjes zijn verkocht. In mijn vraag kunt u de exacte hoeveelheden en over welke middelen het dan gaat, terugvinden. In de helft van de gevallen gaat het over pijnstillers, maar ook antidepressiva, slaap- en kalmeermiddelen en antipsychotica. Ondanks de vele overheids campagnes blijkt het gebruik hiervan almaar te blijven toenemen. De campagnes hebben dus nog niet het verhoopte succes geboekt. Daarvoor worden diverse redenen aange-

haald: de stijging van het aantal generische middelen die op de markt komen en nog steeds de tendens om grotere verpakkingen aan te kopen.

Een van de meest recente campagnes, van februari dit jaar, is van uw federale collega: 'Angst, stress of slaapproblemen? Kies voor je eigen oplossing.' Die campagne richt zich enerzijds tot het brede publiek, maar anderzijds ook naar huisartsen en apothekers. Dat brede publiek wordt opgedeeld in twee subgroepen: de langdurige gebruikers en de niet-gebruikers. Ik begrijp zeer goed dat de rol van de federale overheid erin bestaat het voorschrijfgedrag van de artsen te sturen. In dat kader kan ik dat deel van de campagne goed begrijpen. Toch is het zo dat gezondheidsopvoeding en de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg tot de Vlaamse bevoegdheidssfeer behoren. In die zin merk ik toch dat de campagne van minister Demotte zich niet beperkt tot huisartsen en apothekers, maar wel naar een heel ruim publiek is gericht.

Ik stel me dan ook de vraag of er naar aanleiding van de lancering van die campagne overleg is geweest tussen de federale en Vlaamse overheid? Vindt u het bovendien aangewezen om aanvullend op de initiatieven van de federale regering ook een Vlaamse preventiecampagne te voeren voor een breed publiek inzake het overmatig gebruik van verslavende middelen? Een derde vraag staat enigszins los van dit alles. In welke mate wordt het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen opgevangen of kan dit worden opgevangen door de kwaliteitsregelgeving in de door de Vlaamse Gemeenschap erkende instellingen? Die vraag is me deels ingegeven door cijfers die zijn verschenen over het gebruik van deze middelen in rusthuizen. Medicatie is een stuk federale materie en ik zoek daarom een Vlaamse invalshoek.

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

**De heer Werner Marginet:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, na de interessante algemene uiteenzetting van mevrouw Merckx en de iets meer gerichte van mevrouw Jans, wil ik het zeer specifiek over één middel hebben, namelijk Subutex. Dat is een vervangproduct voor heroïneverslaafden, dat vooral in Frankrijk en nu ook in België wordt aangewend bij ontwenning. Het medicijn kan op doktersvoorschrift worden bekomen. Uit mediaberichten, onder meer in het televisieprogramma Panorama, blijkt dat zich grote problemen voordoen bij toepassing van dit geneesmiddel. Subutex kan immers ook nog op een andere manier dan oraal gebruikt worden. Geïn-

jecteerd brengt het de gebruiker in een roes en functioneert het zelf als een drug. Subutex is ook zeer eenvoudig verkrijgbaar op voorschrift en de prijzen zijn opvallend laag als je bedenkt wat er in het buitenland mee gebeurt: 7 pillen of een doosje kosten zowat 30 euro. Op de zwarte markt, illegaal dus, worden ze verkocht tot 1000 euro voor die hoeveelheid. Panorama is erin geslaagd zonder problemen op een dikke week tijd voor een straatwaarde van 10.000 euro bij elkaar te kopen in Vlaamse apotheken. Dat gebeurde onder meer via vervalste voorschriften die met een laserprinter werden afgedrukt.

Veel pillen worden via autohandelaars die tot de Georgische maffia behoren naar landen in Oost-Europa verhandeld, voornamelijk Georgië en Rusland. Georgië zou naar verluidt niet minder dan een quasi onwaarschijnlijke 200.000 zware Subutexverslaafden tellen. De politie probeert daar met man en macht de plaag te bekampen, terwijl in België de politie niet of nauwelijks op de hoogte blijkt te zijn van het probleem.

Mijnheer de voorzitter, u vroeg daarnet wat lacherig of we allemaal nog wakker genoeg zijn voor dit soort van vragen. Welnu, wat lezen we in de aankondiging van Canvas? 'De Georgische connectie. De voorbije jaren is Georgië overspoeld door een golf van Subutex. Het wordt gebruikt in alle lagen van de bevolking, van daklozen tot parlementsleden.' U ziet hoe voorzichtig we ook in Vlaanderen en hier moeten omspringen met het probleem.

Is in Vlaanderen al onderzoek verricht naar het gebruik van Subutex als drug? Is men hier dus al op de hoogte van de gevaren van dit middel? Klopt het dat Subutex als drug kan worden gebruikt en is daarover al onderzoek gebeurd?

Heeft de minister via de VAD of drughulpverleningscentra al meldingen ontvangen over het gebruik van Subutex als drug?

Welke initiatieven heeft de minister al ontwikkeld om een mogelijke verspreiding van Subutex-druggebruik in ons land tegen te gaan? Zal zij ook een initiatief nemen om huisartsen en hulpverleners op de gevaren van Subutex te wijzen of is dit al gebeurd?

Heeft de minister er bij de federale overheid al op aangedrongen niet langer toe te laten dat het middel via eenvoudig voorschrift kan worden aangekocht, maar alleen nog aan vastgestelde en gecontroleerde ontwenningpatiënten wordt verstrekt?

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

**Minister Inge Vervotte:** Ik zal de vragen apart beantwoorden. Ze behandelen allemaal wel drugs en middelengebruik, maar hebben elk een heel specifieke invalshoek.

Ik zal hier niet herhalen wie allemaal onze partners zijn. Zoals u wel weet, zijn er duidelijke afspraken gemaakt inzake deze thematiek. De vraag luidt hier nu wat er vóór de aangekondigde conferentie zal gebeuren. Een van de belangrijke opdrachten waarmee we op dit ogenblik bezig zijn en die niet mag worden miskend, zijn de convenants. Daar zullen in de onderhandelingen een aantal accenten worden gelegd bij middelengebruik en drugs. Daarmee zijn we nu dus bezig.

Drie principes lopen daar als een rode draad doorheen. Ten eerste willen we naar meer gecoördineerd, samenhangend en wetenschappelijk onderbouwd werk. Dat staat ook in het regeerakkoord. Net zoals in het globaal plan zullen wij meer en meer rekening houden met methodieken, met preventiestrategieën en efficiëntie en effectiviteit die evidence-based is.

Een tweede rode draad is dat we meer aandacht willen hebben voor meer gerichte activiteiten. Niet te veel algemeenheden, zoals bijvoorbeeld gisteren in het VIG, waarin je heel persoonlijk advies krijgt. De campagne die we daar gelanceerd hebben over de gezonde actieve voedingsdriehoek werkt zeer gericht. We moeten mensen niet overladen met hopen informatie, in een samenleving waarin al zoveel op mensen afkomt. We willen proberen doelgericht aan de mensen te bezorgen wat ze echt moeten weten. Dat houdt dus in dat we inzake preventie meer gerichte activiteiten willen uitbouwen. Dat impliceert onvermijdelijk dat er keuzes moeten worden gemaakt over de doelgroepen. Voor welke doelgroep ga je eerder inspanningen leveren, en voor welke zullen er inspanningen nodig blijven? Algemene boodschappen blijven nodig, maar misschien minder intensief. Bij specifieke doelgroepen moeten we juist intensiever gaan werken met campagnes en methodieken, die geschikt zijn om die doelgroepen te bereiken. Niet enkel via campagnes maar dus ook via methodieken die echt gericht zijn op specifieke groepen. Hierover zullen ongetwijfeld nog debatten volgen in dit parlement.

Ten derde willen we op het niveau van de regionale implementatie onder andere door LOGO's en drugspreventiewerkers nog meer aandacht voor

proactief werken, waarbij reeds op jonge leeftijd de sociale vaardigheden worden versterkt om zo het eerste gebruik uit te stellen. Persoonlijkheid, persoonlijkheidsvaardigheden en sociale vaardigheden zijn daarin zeer belangrijk. Ook dat is mijn 'dada' die ik in de plenaire vergadering in antwoord op andere vragen aan bod heb laten komen. Behalve die aangepaste methodieken en informatie willen we dus onze preventie meer gaan richten op vaardigheden van jongeren en kinderen. Die inzichten groeien. Uit studies blijkt dat zelfs al in de kleuterklas aanzienlijke effecten kunnen worden gesorteerd. Er zijn blijkbaar cruciale leeftijdsmomenten en we zouden veel vroeger moeten ingrijpen. Het gaat dan niet om informatie over drugs en dies meer, maar wel om een aantal vaardigheidstrainingen die ertoe moeten leiden dat ze sterker in het leven staan. Die trainingen moeten het mogelijk maken het eerste gebruik en het gebruikersgedrag uit te stellen of liefst niet aan bod te laten komen.

Ten vierde is ook correcte doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening van toenemend belang. Daarvoor moet in de convenants meer aandacht zijn. Het gaat hier over vroegtijdige herkenning. Hoe gebeurt dat, welke zijn de signaalfuncties, de ondersteuning en de doorverwijzing naar gespecialiseerde hulpverlening door arbeidsgeneeskundige diensten, CLB's, huisartsen, enzovoort? Wat voor mij evenzeer belangrijk is, is dat alle convenants die met de verschillende partners worden afgesloten over een bepaalde thematiek, volledig op elkaar moeten kunnen worden afgestemd qua invulling. Dit kwam ook al ter sprake bij de palliatieve zorgen. Ik hou er niet van dat er facultatief her en der ad hoc zaken gebeuren of worden gefinancierd. Ik wil streven naar een geïntegreerde en gecoördineerde visie. Dit houdt ook in dat de partners weliswaar andere doelgroepen hebben, maar dat daar wel een taakafstemming moet zijn.

Alles inzake de convenants loopt dus op dit moment en zit bijna in de laatste fase.

Er zijn vragen gesteld over de link tussen middelengebruik en zelfdoding en suïcidaal gedrag. Vandaag zijn er in feite geen gegevens beschikbaar. Wel beschikken we over de gegevens uit de Vlaamse Gezondheidsindicatoren die natuurlijk wel dat verband leggen, maar op een andere manier. Wanneer effectieve zelfdoding of pogingen tot zelfdoding worden geregistreerd, zien we dat een groot aandeel daarvan te maken heeft met een overdosis of met middelengebruik. Die data hebben we wel, maar niets over een verband tussen het

regelmatig gebruik van middelen of medicatie en het aanzetten tot zelfdoding en suïcidaal gedrag.

Net zoals depressies en schizofrenie is middelengebruik als een psychiatrische problematiek gerelateerd aan zelfdoding. Daarnaast is middelengebruik ook een methode daartoe en dat is opgenomen in onze gezondheidsindicatoren. In het actieplan dat ik voor ogen heb, pleit ik voor een daling van de beschikbare middelen om zelfdoding te kunnen plegen. Zoals u weet, hebben we daar een globale visie geformuleerd over de aanpak van zelfdoding en depressie. Een van de elementen die in alle internationale studies naar boven komt, is dat men ervoor pleit de beschikbare middelen die aanleiding kunnen geven tot zelfdoding, zo maximaal mogelijk te beperken.

Welke aanbevelingen zijn daaromtrent gegeven? Bij vrouwen is intoxicatie de tweede meest gebruikte methode en bij mannen de derde. Er wordt daarom gevraagd de grootte en de vorm van de verpakkingen van geneesmiddelen te beperken. Heel veel medische kringen steunen dit. Dat zou al één belangrijk element kunnen zijn. Een tweede aspect daarbij is dat men aanraadt om doordrukverpakkingen te kiezen boven losse tabletten. Zelfdoding gebeurt immers vaak in een impulsieve opwelling en als men dan met doordrukverpakkingen moet werken, zou er al een daling van de impulsieve drang zijn. Daarover zijn in Engeland al onderzoek en experimenten uitgevoerd, waaruit blijkt dat door deze aanpak er een statistische en significante daling is van het aantal intoxicaties door medicijnen gelinkt aan zelfdoding. Uiteraard is dat een federale materie waarover we in een interkabinettenwerkgroep samenzitten. Vanuit Vlaanderen en in het kader van ons actieplan vragen we dan ook om dit element op te nemen.

Wat middelengebruik als psychiatrische problematiek betreft: preventie van middelengebruik is een belangrijke randvoorwaarde binnen het actieplan suïcidepreventie. Antwoorden daarvoor moeten we ook in de gezondheidsconferentie vinden. De gezondheidsconferentie van 2006 zal daarom ook nauw moeten aansluiten bij het actieplan suïcidepreventie.

U vroeg ook naar cijfers over eventuele toename van drugsgebruik in de verschillende sectoren. Daarvoor moeten we in eerste instantie nagaan of er een registratie bestaat. In de CAW's is dat het geval en wordt het registratiesysteem opgevolgd door het steunpunt Algemeen Welzijnswerk. Dat systeem heet TELUS en laat weliswaar toe om binnen de grote categorie 'psychische en persoonlijke problemen' een verdere

opdeling te maken naar de aard van de psychische problematiek. Die opdeling is evenwel niet verplicht, wat maakt dat sommige centra dit wel doen, en andere niet. Dit levert dan ook een vertekend beeld op in de cijfers en we kunnen niet met zekerheid zeggen dat er hier een toename is. Binnen dit systeem werden in 2004 2162 behandelingen geteld, maar zoals gezegd is dit geen goede weerspiegeling van de realiteit en kunnen we er niet echt conclusies uit trekken.

Wat de voorzieningen van de Bijzondere Jeugdbijstand betreft, is er op dit moment geen centrale registratie, zoals u weet. Het is wel duidelijk onze bedoeling en onze expliciete vraag daar met een registratie te gaan werken. We hopen daarmee in april van start te kunnen gaan als alle randvoorwaarden, zoals implementatie en dergelijke, dat mogelijk maken. Dat is dan ons nieuw cliëntopvolgingssysteem DOMINO. Dit systeem moet ons een zicht bieden op de problematieken en profielen van de betrokkenen. Dan zouden we dus wel over relevante gegevens beschikken.

Voor de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg beschikken we over gegevens voor de jaren 2003 en 2004. Deze gegevens zijn verzameld via het registratiesysteem ARCADE dat alle centra verplicht moeten gebruiken. In 2003 werden op die manier 4574 behandelingen geteld van mensen met de diagnose 'aan middelen gebonden stoornis'. In 2004 waren er dat 4488. Uit deze cijfers kunnen we dus zeker geen toename afleiden.

De registratie van hulpvragen op het gebied van middelengebruik is al jaren een probleem, niet alleen in Vlaanderen, maar ook in de rest van België. België is verplicht hierover gegevens te leveren aan Europa en dat gebeurt al een aantal jaren niet meer. Binnen de cel Gezondheidsbeleid Drugs zijn ondertussen wel de nodige afspraken gemaakt tussen de bevoegde ministers om ervoor te zorgen dat dit opnieuw mogelijk wordt vanaf 2008.

Het nieuwe systeem zal gegevens over behandelingen verzamelen bij de Algemene Ziekenhuizen, de Psychiatrische Ziekenhuizen, de Psychiatrische Centra, de gespecialiseerde drughulpverlening en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Zo zullen we over betere cijfers hierover kunnen beschikken.

Ik antwoord nu op de vragen van mevrouw Jans. Er loopt inderdaad sinds 2002 een federale campagne over de benzodiazepines. Eén keer per jaar krijgen de leden van de cel Gezondheidsbeleid een beknopte

stand van zaken daarover. Op 21 februari 2006 hebben de Vlaamse vertegenwoordigers informatie gekregen over het huidige initiatief. Er is echter geen voorafgaandelijk overleg geweest over de doelstellingen of strategieën van de campagne.

Nochtans zijn er in de loop der jaren regelmatig vragen gesteld vanuit de Vlaamse delegatie om het Vlaamse beleid en de relevante organisaties nauwer te betrekken bij de uitwerking van de initiatieven. Dit zou het effect ervan versterken, maar wij denken ook gewoon dat het die betrokkenheid noodzakelijk is.

Er is vorig jaar wel een beperkte mogelijkheid tot feedback geweest over de inhoud van de ontwerpfolder, en er was ook een meeting van experts waaraan de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen, de VAD, heeft deelgenomen. Er zijn echter geen structurele samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de verschillende beleidsniveaus. Zoals u weet, betreuren wij dat ten zeerste.

Preventie van problematisch middelengebruik in Vlaanderen richt zich doorgaans niet specifiek op psychoactieve medicatie. Dat is onze keuze daaromtrent. Meestal wordt de problematiek opgenomen in het breder kader van middelengebruik in het algemeen. Reden daarvoor is dat vooral het voorschrijfgedrag van artsen in de preventieve aanpak van problemen als gevolg van psychoactieve medicatie zeer belangrijk is. Veel van de psychoactieve medicatie is immers enkel op voorschrift te verkrijgen. De rol van de voorschrijver is dan ook heel belangrijk in het gebruiksproces. De aansturing daarvan behoort tot het federale niveau en daarom hebben we er expliciet voor gekozen daaromtrent geen acties te ontwikkelen op Vlaams niveau.

Een vooraf bepaald voorschrijfbeleid laat toe om een strikte indicatiestelling te hanteren, slechts bij bepaalde patiënten voor te schrijven, en bij het voorschrijven duidelijke informatie te geven aan de patiënt over de doelstelling van de behandeling én al vooraf duidelijke afspraken te maken met de patiënt over afbouwen. Uit gesprekken met de CGG's en andere experts blijkt dat het erg belangrijk is dat er van bij de aanvang duidelijke informatie wordt gegeven over de medicatie. Het voorschrijfgedrag van artsen is echter een federale bevoegdheid.

De VAD heeft voor Vlaanderen een folder opgesteld en verspreid, onder de naam 'Psychoactieve medicatie: de vragen, de antwoorden'. In deze folder staat productinformatie voor het brede publiek en voor

specifieke doelgroepen. Verder komt het thema aan bod in andere services en campagnes, onder andere van Drugbeleid op School, de Doorverwijsgids en de DrugLijn, een telefonisch en elektronisch informatiekanal waar iedereen terecht kan met vragen over middelen, inclusief psychoactieve medicatie.

Het voorschrijfgedrag inzake slaap- en kalmeermiddelen is belangrijk voor goede zorgverlening, en in die zin is kwaliteit ook hier van cruciaal belang. Voorzieningen kunnen op vrijwillige basis dit thema opnemen in hun kwaliteitsbeleid en werken aan een verbetering van de procedures. In het kwaliteitsdecreet is dat niet als een verplichting opgenomen. Het voorschrijfgedrag in voorzieningen is op dit moment geen voorwerp van de inspecties die de Vlaamse overheid doet in de voorzieningen die zij erkent.

Ik beantwoord nu de vragen van de heer Marginet. Subutex is oorspronkelijk ontwikkeld als een orale pijnstillert. Sinds ongeveer vijftien jaar wordt dat middel in Europa vooral gebruikt voor de behandeling van verslaving aan opiaten, als alternatief voor methadon. Het kan zonder twijfel worden misbruikt als drug. In verschillende landen wordt melding gemaakt van intraveneus gebruik door patiënten, en van de verspreiding op de zwarte markt.

Tot vandaag zijn er in Vlaanderen geen meldingen geweest van intraveneus gebruik van Subutex. Ook in de rest van Europa blijft zichtbaar misbruik voorlopig beperkt tot enkele landen, vooral Frankrijk en Finland, en in mindere mate Tsjechië, Denemarken, Duitsland en Zweden. Sterfgevallen als gevolg van misbruik zijn op Europees niveau eerder zeldzaam, hoewel er in de vakliteratuur en in sommige Europese landen wel enkele gevallen werden gerapporteerd. Dit betekent natuurlijk niet dat het risico op misbruik bij ons niet aanwezig is of dat we niet waakzaam zouden moeten zijn.

De Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen heeft in 2005 een dossier opgemaakt met aanbevelingen voor het gebruik van buprenorfine bij de behandeling van patiënten, met de nodige aandacht voor de kansen op misbruik. Daarnaast werd in oktober 2005 ook een vorming rond dit thema georganiseerd, bestemd voor alle artsen en hulpverleners die werken met opiaatafhankelijken. Dat dossier is in een mailing van de VAD verstuurd naar alle organisaties die in Vlaanderen werkzaam zijn rond drugs. Het is door iedereen op eenvoudig verzoek gratis te verkrijgen.

Ik wil ook via het 'Early Warning System' (EWS) een factsheet over buprenorfine versturen naar een netwerk van 400 correspondenten die in contact komen met druggebruikers. Het EWS is een Europees waarschuwingssysteem voor nieuwe of gevaarlijke drugs. In het kader van een Europees project wil men zo een structuur creëren voor een snelle uitwisseling van informatie over de productie, de handel, het gebruik en de risico's van nieuwe synthetische drugs. Het is belangrijk dat die informatie zo snel mogelijk bij een zo groot mogelijke groep van mensen terechtkomt.

Het koninklijk besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen bevat al heel wat voorwaarden voor het voorschrijven van methadon en buprenorfine. Zo mogen deze middelen enkel worden voorgeschreven door artsen die hiervoor een speciale opleiding hebben gekregen of die kunnen bewijzen dat ze expertise hebben op dit gebied. De artsen in kwestie moeten verder het bewijs kunnen leveren dat ze een continue opleiding volgen in deze materie en dat ze op de hoogte zijn van de meest recente wetenschappelijke ontwikkelingen. Hij of zij moet ook geregistreerd zijn bij een gespecialiseerd centrum of netwerk voor de opvang van druggebruikers. Het dossier van de betrokken patiënten moet een aantal elementen bevatten die op vraag van het centrum moeten worden meegedeeld. Ten slotte moet de arts ook meewerken aan een registratiesysteem, dat erop toeziet dat elke patiënt slechts bij één arts wordt behandeld.

Ook inzake de aflevering van het middel door de apotheker bevat dit KB veel beperkende richtlijnen. Het KB is mijns inziens dus streng genoeg om het misbruik tot een minimum te beperken. Het probleem is dat we nog steeds niet beschikken over de nodige uitvoeringsbesluiten om materies als het registratiesysteem en de sanctionering ook echt in praktijk te brengen.

De materie valt volledig onder de bevoegdheid van mijn federale collega. Mijn invloed is dan ook beperkt. In de Cel Gezondheidsbeleid Drugs is een technische cel opgericht die vorm moet geven aan het registratiesysteem. Vlaanderen is in de cel vertegenwoordigd. Volgens ons moet in de geest van het KB zo snel mogelijk werk worden gemaakt van een geïnformatiseerd en gebruiksvriendelijk systeem waarmee een geregistreerde arts nog voor de start van een behandeling kan controleren of een patiënt al ergens anders voorschriften krijgt. Zo'n systeem is niet alleen belangrijk om de zwarte markt tegen

te gaan, maar ook om overdosissen bij patiënten te voorkomen.

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

**De heer Werner Marginet:** Ik dank de minister voor haar zeer uitgebreide en gefundeerde antwoord. Ze heeft het over strenge voorwaarden voor het uitschrijven van voorschriften. Uit de Panorama-uitzending blijkt evenwel dat veel voorschriften gemakkelijk worden verkregen. We moeten dus niet alleen de theorie, maar ook de praktijk bekijken. Zo stelt een commissaris van de federale recherche dat er al inbeslagnemingen van 4.000 tot 10.000 pillen zijn gebeurd. Die pillen worden per zeven verkocht. Het gaat dus om gigantische hoeveelheden. Waar komen die vandaan? Worden die illegaal gemaakt? Ik waardeer de waakzaamheid van de minister, maar zou toch willen vragen om die niet te laten verslappen.

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** De convenants komen eraan, en dat is goed. Dat is een waarborg dat we met het goede beleid kunnen doorgaan. Het is evident dat de minister geregeld bijstuurt. En het is meer dan verantwoord dat ze focust op risicogroepen en ook de LOGO's inschakelt.

Wat registratie betreft, moeten we al onze mogelijkheden uitputten. De opstart van de Cel Drugs zal ons de kans geven om er bij de federale overheid assertief op aan te dringen dat Volksgezondheid er werk van maakt.

Ik heb nog een laatste vraag: is er nog nieuws over de inwerkingtreding van het samenwerkingsakkoord? Blijkbaar is dat niet het geval.

**Minister Inge Vervotte:** Het is inderdaad zo dat theorie en praktijk in dit geval ver uit elkaar liggen. Wat de registratie betreft, hebt u gelijk. Dat is ook de aanpak waar Vlaanderen voor staat. Dat is de reden waarom de registratie in sommige domeinen al redelijk ver gevorderd is.

Wat het samenwerkingsakkoord betreft, is Brussel nog steeds niet overgegaan tot de ondertekening.

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

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een draaiboek voor de aanpak van het uitbreken van meningitis**

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

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

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, in februari is een kleuter van 2,5 jaar overleden als gevolg van een bacteriële vorm van hersenvliesontsteking of meningitis. Het is altijd triest wanneer we met zo'n dodelijke afloop van hersenvliesontsteking te maken krijgen.

In een dergelijke situatie is het belangrijk dat er een goede communicatie is met de medische dienstverleners in de regio, met de lokale overheid, met de bezorgde ouders, maar ook en vooral met diegenen die het grootste risico op besmetting lopen, namelijk de medeleerlingen en in dit geval dus de kleuters uit de klas.

Mevrouw de minister, in de situatie die ik net heb geschetst, wil ik u wijzen op een aantal zaken die de nodige aandacht vragen van de Vlaamse overheid en dan natuurlijk vooral vanuit het beleidsdomein Welzijn. Hoewel het hier om een specifieke situatie gaat, kan het toch interessant zijn om op basis van dit specifieke geval een allesomvattende aanpak of draaiboek uit te werken voor het geval zich een uitbraak van meningitis voordoet.

De ouders van de kleuters uit de betrokken school zijn die bewuste vrijdag met een simpele brief op de hoogte gebracht van de besmetting van één van de kleuters. Er werd een lijst van medicijnen opgesomd die gebruikt konden worden als antibioticum. In de brief waren echter geen contactgegevens terug te vinden van een arts die de ouders konden contacteren om informatie te vragen over de te nemen voorzorgsmaatregelen. Er werd alleen een preventieve behandeling bij de huisarts aangeraden.

Er is geen persoonlijk contact geweest met de ouders. Ook de communicatie vanuit het ziekenhuis in Zottegem met de Geraardsbergse medische sector liet te wensen over. De huisartsen werden door de lokale

overheid geïnformeerd, die deze informatie op haar beurt via de pers moest vernemen. De burgemeester van Geraardsbergen heeft een pleidooi gehouden voor een meldingsplicht, waarbij alle medische diensten, voorzieningen en instellingen uit de regio zouden worden geïnformeerd over een uitbraak van meningitis. Op die manier kunnen ook bezorgde ouders worden geïnformeerd.

We beseffen dat rekening moet worden gehouden met de privacy van de betrokken patiënt en dat paniekreacties bij de bevolking moeten worden vermeden.

Mevrouw de minister, in het kader van deze problematiek en in navolging van een eerdere vraag in oktober vorig jaar wil ik u vragen of u intussen al meer zicht hebt op de eventuele opname van een pneumokokkenvaccin in het vaccinatieprogramma.

Het grootste deel van bacteriële hersenvliesontstekingen is te wijten aan pneumokokken. Van de 350 kinderen die in 2003 besmet werden met pneumokokken, kregen er 44 meningitis. Negen kinderen stierven aan de ziekte.

Mevrouw de minister, ik weet dat u in deze zaak de beslissing afwacht van uw federale collega, minister Demotte. De vaccinaties worden voor twee derden gefinancierd met federale middelen.

Hoe verloopt de huidige procedure bij de uitbraak van een geval van meningitis? Is er een standaardprocedure of draaiboek? Worden alle huisartsen en andere medische instellingen in de regio op de hoogte gebracht van een uitbraak van meningitis? Is het niet wenselijk dat de Gezondheidsinspectie van de Vlaamse Gemeenschap de lokale overheden, eventueel via de burgemeester, op de hoogte brengt van een uitbraak, zodat ook zij eventueel passende maatregelen kunnen nemen? Kan de Vlaamse overheid bij een uitbraak van meningitis geen speciale telefoonlijn installeren met een permanente bemanning door een arts, waar burgers en bezorgde ouders terecht kunnen voor medische vragen? Is er intussen nog verder overleg geweest binnen de Interministeriële Conferentie over de financiering en opname van een pneumokokkenvaccin in het vaccinatieprogramma? De kosten van zo'n vaccinatie liggen op dit moment heel hoog, vooral wanneer de gezinnen die volledig zelf moeten betalen.

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijn vraag sluit aan op het laatste deel van de vraag van mevrouw Van der Borgh.

Er is een vaccin op de Belgische markt voor de pneumokokbacterie. Dat vaccin moet worden opgenomen in het vaccinatieschema, maar dat is tot nu niet gebeurd. Het is een duur vaccin dat iets meer dan 68 euro kost. Bovendien zou het viermaal toegediend moeten worden om efficiënt te zijn. Op die manier lopen de kosten hoog op.

Minister Demotte heeft verklaard geen enkele beslissing meer te nemen in afwachting van het advies van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Mevrouw de minister, hebt u weet van die geformuleerde adviesopdracht? Hebt u er een zicht op wanneer we dat advies kunnen verwachten?

Indien de federale overheid zou beslissen om twee derden van het vaccin te betalen, bent u dan ook bereid om het resterende derde, zijnde 4,83 miljoen euro, op te nemen in de Vlaamse begroting?

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, collega's, de Gezondheidsinspectie beschikt over procedures in verband met maatregelen bij verschillende infectieziekten en ook specifiek voor gevallen van hersenvliesontsteking door meningokokken. Het is belangrijk een onderscheid te maken tussen een enkelvoudig geval van hersenvliesontsteking door meningokokken, dat losstaat van andere gevallen, en een uitbraak waarbij verscheidene gevallen met elkaar in verband staan.

Wanneer het gaat om één enkel geval, is er weinig of geen reden om een heel ruime kring te verwittigen. Personen die met de patiënt samenleven, wordt aangeraden om een eenmalige dosis antibiotica in te nemen. Hiermee is het de bedoeling om het aantal circulerende kiemen in de groep te verminderen. Dit wordt aanbevolen aan de gezinscontacten en eventueel aan bepaalde andere nauwe contactpersonen waarmee iemand samenleeft of samenwoont. In sommige landen wordt dit enkel aangeraden bij 'kissing contacts'. In Vlaanderen wordt dit advies door de Gezondheidsinspectie ook gegeven in crèches en kleuterklassen. Bij andere contactpersonen kan het meestal volstaan de waakzaamheid te verhogen en in geval van symptomen tijdig een arts te raadplegen en te zeggen dat er in de ruime omgeving een dergelijke infectie is geweest. Het is ook niet zinvol om ruimer te verwittigen omdat dit onnodig tot paniek kan leiden. Bij schoolgaande kinderen worden de Centra voor Leerlingenbegeleiding ingeschakeld. Deze manier van werken is ook opgenomen in de procedu-

res die de CLB's toepassen en waarvoor ze over een aantal typebrieven beschikken.

Wanneer het gaat om verscheidene gevallen die mogelijk met elkaar in verband staan, wordt er wel voor geopteerd om een ruimere groep personen te verwittigen. Zo kan het nodig zijn om CLB's of arbeidsgeneeskundige diensten in te schakelen of om de lokale huisartsen of ziekenhuizen te verwittigen, afhankelijk van het soort infectie, de patiëntengroep, de uitgebreidheid van de uitbraak en dergelijke meer. Wanneer het om een uitbraak van verscheidene gevallen gaat en er een ruimere verwittiging nodig is, is het duidelijk dat ook de lokale autoriteiten en de burgemeester geïnformeerd kunnen worden, naast de lokale huisartsen, CLB's, arbeidsgeneeskundige diensten, enzovoort. Dit geldt trouwens ook voor verschillende andere infecties.

Hersenvliesontsteking door meningokokken is maar één van de ziektes die door artsen en laboratoria gemeld moeten worden bij de Vlaamse Gezondheidsinspectie. In 2001 werd het hoogste aantal meningokokkeninfecties van de laatste jaren vastgesteld. Toen waren er 339 meldingen. Vorig jaar waren er 119 gevallen. Het is niet zinvol om bij elk van deze meldingen steeds de burgemeester of andere autoriteiten op de hoogte te brengen. Het is juist de taak van de gezondheidsinspecteur om de nodige en gepaste maatregelen te nemen en te laten nemen om verdere verspreiding van infecties te voorkomen. Het is aan de gezondheidsinspecteur om een inschatting te maken of het nodig is om een ruimere groep personen te verwittigen en eventueel andere instanties in te schakelen. In de praktijk is het wel zo dat hierover regelmatig contact wordt opgenomen met lokale autoriteiten.

Wanneer een alleenstaand geval van meningitis zich voordoet, is het niet meteen haalbaar om een telefoonlijn voor burgers op te zetten met een permanente bemanning door een arts. Dit zou betekenen dat voor allerlei infecties er steeds een aantal artsen permanent ter beschikking zou moeten zijn. Wie ongerust is en eventueel in contact is geweest met een besmette persoon, kan voor correcte informatie terecht bij de huisarts of andere artsen zoals de schoolartsen in de CLB's of arbeidsgeneeskundige diensten. Er is wel een medische permanentie binnen de gezondheidsinspectiedienst, zeven dagen op zeven en 24 uur op 24. Deze is exclusief voorbehouden voor de melding van ernstige aangifteplichtige infecties. De lijn moet absoluut vrij worden gehouden om te kunnen ingrijpen waar en wanneer nodig. Bij een

uitbraak van verscheidene gevallen van aan elkaar gelinkte infecties kan het in bepaalde gevallen wel zinvol zijn om een speciale telefoon of een specifieke website te openen met de nodige informatie voor een breder publiek.

Tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid in juni vorig jaar wilde minister Demotte wachten op een kosteneffectiviteitsstudie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Blijkbaar ontving het studiecentrum van de Universiteit Antwerpen pas eind december 2005 een contract voor deze studie die zou moeten worden afgewerkt binnen de zes maanden. De adviesvraag zelf heb ik niet gezien en daarover is ook geen overleg gepleegd. De volgende interministeriële conferentie Volksgezondheid is gepland in juni 2006. Hopelijk zal het advies tegen dan beschikbaar zijn.

We hebben dit wel al opgenomen in het basisvaccinatieschema, maar het is nog niet gratis ter beschikking. We hebben alle aanbevelingen terzake gevolgd, wat aangeeft dat Vlaanderen dit belangrijk vindt en alle nodige stappen wil zetten. We willen de bevolking duidelijk maken dat het nuttig en zinvol is om kinderen te laten vaccineren. Het is wachten tot de federale minister met twee derde over de brug komt. Het wordt opgenomen in het vaccinatieschema en -beleid. Dit is ook al aan bod gekomen tijdens de besprekingen van de meerjarenbegroting. Zoals u weet, is er een luikje pro memorie opgenomen met betrekking tot de pneumokokkenvaccins. Dit dossier is al ter kennis gegeven aan de Vlaamse Regering. Er is dus meer dan bereidheid van Vlaanderen om hierin verantwoordelijkheid op te nemen.

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

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Begrijp me niet verkeerd: ik heb er alle begrip voor dat het niet altijd evident is om de juiste procedure te plannen wanneer zo iets zich voordoet. Het is altijd gemakkelijker om achteraf te zeggen wat er had moeten gebeuren.

Ik vraag uw aandacht voor het belang van een plaatselijk mandataris in dergelijke gevallen. De burgemeester krijgt dan een stroom vragen over zich heen waarop hij of zij niet onmiddellijk een antwoord kan geven. Ik pleit er niet voor om een grootse show op te zetten, maar het kan wel belangrijk zijn om in dergelijke gevallen enkele personen te verwittigen. Niets



is vervelender dan vragen te krijgen waarop men niet kan antwoorden.

**Minister Inge Vervotte:** We onderschatten dit helemaal niet. De procedure die we hebben uitgewerkt, toont dat ook aan. We proberen wel op een door-dachte wijze te handelen en de juiste verantwoordelijkheden bij de juiste personen te leggen. U vraagt dat de lokale overheden zouden worden geïnformeerd. Ik zal dat ter sprake brengen tijdens overlegmomenten met lokale autoriteiten.

Als er informatie wordt gegeven aan een lokale autoriteit, dan betekent dat dat die daaromtrent bepaalde verantwoordelijkheden heeft. We moeten dat goed onderzoeken. Als er verschillende gevallen gemeld zijn, dan moeten de lokale autoriteiten hun rol spelen. Indien nodig moeten ze zorgen voor het nodige overleg en de nodige coördinatie en informatie. Ik begrijp dat het hier veeleer gaat over de informatie. Het is de vraag hoe we dat kunnen doen zodat burgemeesters die veel vragen krijgen, weten waar ze terecht kunnen. Ik ben bereid dat voort te bekijken. We moeten er ons echter voor hoeden de lokale autoriteiten mee op te nemen in de procedure. Dat zou immers andere effecten kunnen opleveren. Het zou ook onduidelijkheid scheppen over wie verantwoordelijk is, met alle gevolgen van dien. In dergelijke situaties moet er goed, snel en adequaat kunnen worden opgetreden, en moet er niet al te veel overleg zijn. Er moet gewoon iemand zijn die de verantwoordelijkheid neemt.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Daar kan ik me volledig in vinden. Ik dank u.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de personeelsbehoeften in de welzijnssector met het oog op de vergrijzing**

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

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, op 23 februari woonde ik de OESO-conferentie in Parijs bij. De OESO had zich ertoe verbonden een enquête te doen over de

vergrijzing, over de moeilijkheden die de diverse lidstaten terzake ondervinden, en de vraag welke initiatieven ze in het verleden al hebben genomen en in de toekomst zullen nemen.

Frankrijk, als bourgondisch land, heeft culinair tegenover de deelnemers grote steken laten vallen, maar voor de rest was de conferentie uitermate interessant. Ik heb geconstateerd dat de problematiek waarmee andere landen worstelen vrijwel dezelfde is als die waarmee wij hier al worden en nog zullen worden geconfronteerd. Iedereen was ook op dezelfde wijze aan het zoeken naar oplossingen.

In het kader daarvan en naar aanleiding van het verslag van de SERV dat we mochten ontvangen na een vraag van de voorzitter van dit parlement, wil ik de vraag stellen of er al aandacht is besteed aan dat SERV-advies. Meer bepaald heb ik het over de passage waarin de SERV stelt dat een essentieel element voor de toekomstige ontwikkeling van de zorg in Vlaanderen de inschatting zal zijn die moet worden gemaakt van de personeelsbehoeften, zowel qua aantallen als qua kwalificaties. De bevolking leeft immers gezonder en langer, en heeft behoefte aan allerlei vormen van opvang, met de mantelzorg, en huisvesting, met de wisselwerking tussen de ambulante en residentiële zorg. Maar ook degenen die daarvoor instaan, worden ouder. U kent ook de discussie met betrekking tot het Generatiepact en het al dan niet langer werken.

Mevrouw de minister, heeft de administratie Welzijn al onderzoek verricht naar de behoefte aan personeel met het oog op de noden van de welzijnssector in de komende decennia? We moeten immers vooruitziend zijn. We mogen niet alleen naar het einde van deze zittingsperiode kijken, maar we moeten verder kijken dan onze neus lang is. Als er al onderzoek is gedaan, wat waren dan de resultaten? Zo niet, is het niet wenselijk deze oefening te doen, samen met de planning van voorzieningen, met het oog op de vergrijzing die op ons afkomt?

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, het rapport van de administratie Planning en Statistiek en het SERV-advies bevatten inderdaad interessante opmerkingen. Ze vormen een waardevolle bijdrage om ons op een wetenschappelijke manier te kunnen voorbereiden op de gevolgen van de vergrijzing. De inschatting van de toekomstige behoeften aan personeel, zowel qua aantal als qua kwalificaties, is

daarbij natuurlijk een nuttig instrument. De administratie heeft daarnaar vandaag nog geen systematisch onderzoek verricht. Dat heeft te maken met het feit dat een groot deel van het personeel in de residentiële zorg federaal wordt betaald. Dit is dus federale materie. Dat geldt ook voor de verpleging aan huis. Alleen het verzorgend personeel behoort tot onze bevoegdheid.

Het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBGS) heeft onderzoek verricht naar onder meer het aantal hulpbehoevenden onder de thuiswonende bevolking van 55 jaar en ouder in Vlaanderen, nu en in de toekomst. Het onderzoek gaat over de inschatting van een subjectieve hulpbehoefte, gebaseerd op het oordeel van de oudere zelf. De ramingen voor de periode 2000-2030 gebeuren aan de hand van diverse operationalisering van het concept 'hulpbehoevendheid'.

Een raming van het toekomstige aantal 55+'ers dat hulp nodig heeft, wordt in grote mate beïnvloed door de keuzes die worden gemaakt in functie van de aard van de activiteiten die men in rekening wil brengen, en met de scoringswijze. We weten natuurlijk dat er sprake zal zijn van een stijging. De SERV-prognoses gebruikten de ramingen uit dit onderzoek als basis.

Een ander CBGS-onderzoek bestudeerde de veroudering en de sterfte bij personen met een handicap in dagcentra, bezigheidstehuizen en nursingtehuizen. Daar is inderdaad sprake van bepaalde effecten, zoals het feit dat personen met een handicap langer leven.

We proberen in de thuiszorg rekening te houden met alle elementen van de vergrijzing. We zorgen systematisch voor een uitbreidingsbeleid, maar ook voor omkadering, wat ook niet onbelangrijk is. Ook met betrekking tot het kortverblijf hebben we initiatieven genomen, net zoals in de residentiële ouderenzorg. Het is de bedoeling dat met het nieuwe woon- en zorgdecreet ook nog initiatieven zouden worden genomen, maar dat is toekomstmuziek.

We zijn ook van plan een initiatief te nemen om oppashulp op een andere manier in te vullen. Hierbij zou er sprake zijn van een meer prestatiegerichte financiering om de diensten van oppashulp aan te moedigen, zodat er daar meer vrijwilligerswerk mogelijk is.

Het CBGS heeft trouwens net ook een onderzoek beëindigd naar de informatienoden van de mantel-

zorger zelf. Uit de onderzoeksgegevens moet blijken welke hefboomen Vlaanderen mogelijk kan inzetten om het informatiebeleid meer gestroomlijnd te laten verlopen.

Een van de belangrijkste elementen in het verder voorbereiden van ons toekomstige personeelsbeleid met betrekking tot de vergrijzing is het debat over de tewerkstelling van allochtonen. Zij kiezen proportioneel gezien vaker voor zorgberoepen, vooral dan de allochtone vrouwen. Dat is dus een interessante kans om iets te doen aan hun ondervertegenwoordiging op de arbeidsmarkt. Daarom hebben we in het VIA opgenomen dat er moet worden gestreefd naar de aanwerving van een aandeel van 10 procent allochtone werknemers. Tegelijk wordt zo de vergrijzing voorbereid. We willen daar een win-winsituatie van maken. Op die manier kan het allochtonendebat op een andere wijze worden gevoerd. Wij vinden dat deze doelgroep een grote meerwaarde kan opleveren voor onze sectoren zelf, in het kader van de vergrijzing. We stellen vast dat jammer genoeg onze mensen niet altijd meer bereid zijn om zorgberoepen uit te oefenen. Die bereidheid is er vaak nog wel bij onze allochtone medeburgers. Zij kiezen er ook vaak expliciet voor.

Het komt er dus op aan dit meer aan bod te laten komen in ons tewerkstellingsbeleid. Er is het VIA en het engagement van de sociale partners. Ik heb daar met hen over gesproken. Ze nemen dat engagement heel ernstig. Ze zijn terzake werkgroepen en studiedagen aan het organiseren. Dit is dus niet zomaar iets dat in het akkoord staat. Het is een onderwerp dat de werkgevers zich eigen hebben gemaakt. Ze willen bewust onderzoeken hoe ze dit kunnen doen.

Een ander element is natuurlijk dat van de opleidingen. U weet dat we terzake bepaalde criteria vooropstellen. Er is sprake van een ondervertegenwoordiging van allochtonen in de opleidingen. Daar moeten we iets aan doen. Vandaar dat we ook vaststellen dat er, bijvoorbeeld bij de opleidingscentra voor polyvalent verzorgenden, vandaag specifieke opleidingen worden ontwikkeld voor kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt, zoals allochtonen. Voor die opleidingsmodules is evenwel de Nederlandse taal een essentiële voorwaarde. Daarom zijn ook die aspecten belangrijk in dit debat.

Het Hoger Instituut voor de Arbeid en de Katholieke Universiteit Leuven zijn momenteel bezig, met de steun van het Europees Sociaal Fonds, de vragen te beantwoorden die ook u stelde over de vergrijzing

en de nood aan voldoende beroepskrachten. Ze doen dat met een tweede reeks van rapporten omtrent manpowerplanning in de zorgsector. De resultaten van vroeger onderzoek over de periode 1995-2010 worden nu opnieuw bekeken, geactualiseerd, gecorrigeerd, aangevuld en verfijnd, en de toekomstverkenningen worden doorgetrokken tot 2020, wat toch iets verder is dan onze neus lang is. Dat is belangrijk want de vergrijzing blijft effecten hebben tot 2050. Het zal dus aan de volgende minister zijn om tot 2030 te gaan.

De analyse gebeurt voor de voornaamste zorgbehoefes, met bijzondere aandacht voor de verpleegkundigen en verzorgenden, en voor de voornaamste zorgsectoren, met zowel de intramurale als de extramurale gezondheidszorg en welzijnzorg. Daarmee wordt dit een oefening in zorgplanning, onderwijsplanning, manpowerplanning en arbeidsmarktanalyse tegelijk. Voor de zorgsector, werkgevers en werknemers, de onderwijswereld en de overheid is het een naslagwerk en een 'spoorboekje' voor de voorbije en mogelijke evolutie in de periode 1995-2020.

Voor de verpleegkundigen en de verzorgenden schetst het onderzoek naar de voorbije vijf jaar de aantrekkingskracht van de zorgopleidingen en de expansie van de werkgelegenheid van deze beroepsgroepen, maar ook de dalende instroom van verpleegkundigen en kinesisten, die zich blijkbaar voordoet terwijl de overige zorgberoepen de jongeren blijven aanspreken en in bepaalde sectoren zelfs zeer in trek zijn.

In het onderzoek wordt geconstateerd dat het aanbod van nieuwe verpleegkundigen snel kan wijzigen, maar evenzeer dat de overheid het deels op peil kan houden door inspanningen voor verdere vorming. Het onderzoek stelt verder vast dat de expansie van de vraag naar meer verpleegkundigen en verzorgenden aanzienlijk is, maar onder het peil is gebleven van onze vroegere maximale ramingen, zodat veeleer de vraag moet worden gesteld waarom de werkgelegenheid achterop is gebleven ten opzichte van de vroeger geraamde behoeften.

In de komende twintig jaar zal de ruime zorgsector 43 percent meer beroepskrachten nodig hebben, terwijl het aantal verpleegkundigen dat nodig zal zijn, met 35 percent zal toenemen. Dat vraagt de nodige aandacht. Ook dit moet worden bekeken door de federale minister, samen met de minister van Onderwijs, want zelfs vandaag raken de vacatures voor verpleegkundigen al moeilijk ingevuld.

We mogen echter niet alleen kijken naar de tewerkstelling, maar moeten ook aandacht hebben voor de loon- en arbeidsvoorwaarden. Daarom heb ik erg veel belang gehecht aan het VIA-akkoord. De filosofie daarvan is er vooral een van harmonisatie. Niet alle doelgroepen waren daar even blij mee, want bepaalde groepen zaten al op een redelijk hoog niveau en hebben dus minder bij gekregen dan andere groepen die op een lager niveau zaten en dus een grotere inhaalbeweging maakten.

Dat was voor mij noodzakelijk, vanuit een filosofie van harmonisatie en loopbaanbeleid. Het is namelijk mijn overtuiging dat er voor deze doelgroepen in de zorgsector meer mogelijkheden moeten worden geboden door middel van het loopbaanbeleid. In de cijfers van de verpleegkundigen zien we dat een gemiddelde loopbaan van een verpleegkundige vandaag 9 jaar is – met enig voorbehoud, want ik geef dat cijfer uit mijn hoofd. Dat moet ons aanzetten tot nadenken. De samenleving investeert in de opleiding van verpleegkundigen, en dat is op zich natuurlijk nuttig en zinvol, maar met een gemiddelde loopbaan van 9 jaar moeten we wel op zoek gaan naar factoren die ertoe kunnen bijdragen die loopbaan te verlengen. En als een loopbaan als verpleegkundige maar 9 jaar kan zijn, dan moeten we ons toch nog afvragen hoe we de expertise en de opleiding van die mensen elders in de zorgsector kunnen inzetten.

Daarom is het VIA-akkoord zo belangrijk. Het is een droom in een verre toekomst tot een harmonisatie te komen van de statuten over de grenzen van de federale en de Vlaamse bevoegdheden heen. Daardoor zouden mensen, afhankelijk van de zwaarte van het beroep en hun combinatie van arbeid en gezin veel specifiek naar bepaalde sectoren kunnen gaan. Al die elementen spelen mee. Als mensen nachtwerk of ploegenwerk doen en op dat moment een jong kindje hebben, dan is dat moeilijk te combineren en moeten ze kunnen kiezen voor een heroriëntering. Daarnaast is er ook de groeiende problematiek van alleenstaanden, die het ook moeilijk hebben in de zorgsectoren, bijvoorbeeld wanneer ze ploegenarbeid verrichten. Al die elementen moeten worden bekeken, en we hebben daartoe een eerste aanzet willen geven in het VIA-akkoord.

Een ander belangrijk element is de herwaardering van het beroeps- en technisch onderwijs, waarbij ook minister Vandenbroucke betrokken is. Die zal kunnen zorgen voor een doorstroming naar de verpleegkundigenopleiding, een verhoging van de aantrekkingskracht van het ASO voor de verpleeg-

kundigenopleiding, de introductie van zorgkundigen – een thema dat hier niet aan bod is geweest maar op het federale niveau ligt –, het behoud van de twee opleidingen voor verpleegkundigen, verdere specialisatiemogelijkheden en een universitaire opleiding, en de heroriëntering van andere zorgberoepen. Dat zijn volgens ons allemaal noodzakelijke inspanningen om een ruim aanbod te vrijwaren.

Ook aan de vraagzijde zal een optimale inschakeling van alle zorgberoepen volgens hun competenties en aspiraties moeten worden verzekerd om verspilling van 'human capital' te vermijden. Dat is zeer belangrijk bij de afstemming, en het debat daarover zal hier moeten worden gevoerd. Jammer genoeg is de complexiteit hierbij een nadeel, want ze maakt het moeilijk om uit te maken hoe de mensen het beste kunnen worden ingezet. Als er een schaarste is en dus het aanbod moet stijgen, dan moeten de mensen juist worden ingezet, zodat er winst wordt geboekt.

Dit thema is breder dan het bevoegdheidsdomein Welzijn. Ook Onderwijs speelt hierin een heel belangrijke rol. Bijvoorbeeld zouden, rekening houdend met de vergrijzing, geriatrisch gerelateerde onderwerpen meer in de opleidingen tot verzorgende beroepen aan bod kunnen komen. Die aanbeveling moeten we zeker doen. Het kan aantrekkelijk zijn omdat de kennis erdoor wordt verbreed, en mensen dan ook meer geneigd zullen zijn daarin te werken, maar ook omdat de mensen er anders pas veel later voor kunnen worden ingezet, namelijk nadat de diensten zelf voor opleidingen hebben gezorgd. Dat laatste heeft een nadelig effect, omdat het een bijkomende kostenstructuur genereert, zodat de diensten aan minder mensen zo'n opleiding kunnen geven dan wanneer het als accent in het onderwijs wordt opgenomen.

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

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** Mevrouw de minister, het doet me genoegen zo'n compleet antwoord te krijgen en te vernemen dat er inderdaad al studies naar zijn verricht. Kunnen we de studies waarnaar u verwijst, die geactualiseerd zullen worden en de periode tot 2020 zullen bestrijken, ook inkijken? Het is aanbevelenswaardig ook in het onderwijs al bepaalde richtlijnen mee te geven omtrent de vergrijzing. De noden zullen zich immers op een bepaald moment inderdaad voordoen. Over allochtonen had ik u nog willen vragen welke allochtonen u bedoelt, want dat is ook bij de OESO ter sprake gekomen, maar vermits u daarna sprak over 'onze medeburgers' ga ik er van uit dat het gaat om allochtonen die er nu al zijn.

**Minister Inge Vervotte:** In eerste instantie wel, ja.

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

**De heer Tom Dehaene:** Mijnheer de voorzitter, dit is een heel belangrijk onderwerp. We hadden al gezegd dat we het gedeelte van de twee studies dat over welzijn handelt, hier zouden bespreken. We hebben een drukke agenda, maar we moeten dit toch in het achterhoofd houden.

Mevrouw de minister, wat ik gemist heb in uw voor het overige zeer volledige antwoord, zijn de nieuwe technologieën. Terecht investeert Vlaanderen daarin, maar we zullen er ook gebruik van moeten maken wanneer het eropaan komt via de technologie de productiviteit van de mensen die in de sector tewerkgesteld zijn, te verhogen.

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Er werd al verwezen naar het onderwijs, maar als we in de commissie voor Economie spreken over het meerbanenplan en over stimulansen om allochtonen prioritair aan het werk te krijgen, zou het goed zijn om de zorgsector expliciet aan bod te laten komen.

Binnen het meerbanenplan wordt steeds minder gefocust op de tewerkstelling van vrouwen. Er wordt wel iets gezegd over de herintreedsters, maar voor het overige komen vrouwen als specifieke doelgroep niet ter sprake. De zorgsector rekruteerde in het verleden veel vrouwen, maar in de toekomst zal dat nog meer moeten gebeuren. Als mensen ouder worden, zijn ze niet meer altijd gemotiveerd om langer te werken. We moeten zoeken naar methodieken en mogelijkheden om de combinatie tussen gezin en arbeid te verbeteren.

Mevrouw de minister, ik ben blij dat u ook de alleenstaanden hebt vermeld. Ook de elders verworven competenties moeten opnieuw in het debat worden opgenomen. Het is goed om naast zorg ook te focussen op tewerkstelling, niet het minst op de tewerkstelling van allochtonen.

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

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Mijnheer de voorzitter, ik meen me te herinneren dat de afspraak was gemaakt om een debat te voeren over de vergrijzing.

Mevrouw de minister, u hebt een aantal belangrijke zaken aangehaald. Veel mensen kunnen vandaag in de zorgsector aan de slag, maar de te beperkte kennis van het Nederlands is een heikel punt, waardoor we deze mensen niet de mogelijkheid kunnen bieden om in de sector tewerkgesteld te worden.

Het aspect van de financiering is hier niet besproken. Ik denk dat er nog heel veel ruimte is om mensen in de zorgsector tewerk te stellen, maar vandaag ontbreekt de nodige financiering. Mevrouw de minister, u hebt gezegd dat de werkgelegenheid achterop blijft omwille van de financiering en de normering. De normering is inderdaad niet aangepast aan de zorggraad die vandaag in de instellingen aanwezig is. Ik weet dat een aantal zaken tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren. Zowel financiering als normering zijn voor een groot deel federale materie. Er is de Riziv-normering en de erkenningsnormering.

Mevrouw Merckx, u hebt aandacht gevraagd voor de ouderen binnen de sector. De beleidsverantwoordelijken hebben op een bepaald ogenblik geprobeerd om het beroep aantrekkelijker te maken voor deze groep. Als stimulans kregen mensen boven de 45 jaar een aantal dagen extra, voor alle ongemakken die ze gedurende jaren hebben ervaren.

Nu kan iedereen binnen de sector een beroep doen op deze maatregelen, wat ervoor zorgt dat het beroep niet meer aantrekkelijk is. Mensen vragen zich af waarom ze opnieuw in een ploegensysteem moeten werken, als ook personeelsleden met een ander werksysteem dezelfde aantrekkelijke voorwaarden hebben. Dat is jammer, want het was een goede maatregel, maar door de verbreding is het positieve effect verdwenen.

Mevrouw de minister, ik ben verbaasd als u zegt dat vandaag een gemiddelde loopbaan 9 jaar duurt. Dat lijkt me zeer weinig. De anciënniteit in de rusthuissector ligt vandaag hoger dan 9 jaar.

**Minister Inge Vervotte:** Voor het beroep verpleegkundige in het algemeen blijkt het 9 jaar te zijn. Het gaat dus niet alleen over de rusthuizen. Dat is de meest recente informatie die men mij daarover heeft meegedeeld.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Ik wil ook nog aandacht vragen voor de problematiek van gemeenten en steden die een ziekenhuis hebben op hun grond-

gebied. Verpleegkundigen zijn nog steeds geneigd te zoeken naar tewerkstelling in een ziekenhuis. Mevrouw de minister, ik ben blij dat u de aandacht vestigt op de geriatrie opleidingen. Als men hiermee kennis heeft gemaakt, zal men er anders tegenover staan.

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** Mevrouw de minister, de gemiddelde loopbaan duurt 9 jaar. U verwijst hiervoor naar de zwaarte van het beroep. Is dat de enige reden?

**Minister Inge Vervotte:** Ik denk dat twee elementen belangrijk zijn: de combinatie tussen arbeid en gezin en de zwaarte van het beroep.

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

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de creatie van bijkomende hartcentra in Vlaanderen**

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, België is wereldrecordhouder op het vlak van het aantal gespecialiseerde hartcentra. De cijfers hierover komen van het federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg. Voor onze 10 miljoen inwoners zijn er momenteel 29 volledige en 20 'halve' hartcentra. Ik ben me er natuurlijk van bewust dat ik niet de exacte wetenschappelijke termen gebruik, maar ze geven wel het verschil tussen beide aan. In een zogenaamd 'half' centrum mogen slechts een beperkt aantal ingrepen uitgevoerd worden.

Onlangs liet de federale minister van Volksgezondheid weten dat hij de 'halve' centra wil afschaffen en de volledige wil herverdelen. De herverdeling zou betekenen dat Vlaanderen zou evolueren van 12 naar 16 volledige hartcentra. Op die uitbreiding kwam er vrij snel kritiek vanuit de grootste Vlaamse ziekenhuisvereniging. Ze vindt dat de beslissing niet strookt met de wetenschappelijke ontwikkelingen en overconsumptie in de hand werkt.

Mevrouw de minister, was u op de hoogte van het besluit van uw federale collega?

Vindt u de kritiek terecht? Bent u het ermee eens dat een uitbreiding van de centra de overconsumptie in de hand zou werken?

Hoe evalueert u de bestaande hartcentra in Vlaanderen? Op basis van welke documenten of informatie kunt u dit doen?

Mijn laatste vraag is de meest cruciale: is er nood aan bijkomende hartcentra of moet eerder worden gedacht aan een herlokalisatie met het oog op een betere spreiding, of voldoet de bestaande toestand?

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

**Mevrouw Vera Van der Borghht:** Mevrouw de minister, wat zal er gebeuren met de ziekenhuizen die vandaag in een associatie samenwerken en maar één erkenning hebben? Zullen die in het licht van de uitbreiding en herverdeling allebei een erkenning krijgen? Het lijkt me logisch dat dit gebeurt, uiteraard op voorwaarde dat beide ziekenhuizen apart ook voldoen aan de erkenningsvoorwaarden.

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Jans, de normering is inderdaad een federale bevoegdheid die wordt bepaald door federaal minister Demotte. Wij hebben de taak om de normering uit te voeren door middel van erkenning. Uit de signalen die we krijgen, kunnen we afleiden dat de normering heel strikt zal zijn. Vlaanderen heeft gevraagd om terzake geïnformeerd te worden zodat we ons kunnen voorbereiden.

Op deze zaak zijn er veel verschillende visies, maar twee elementen moeten in rekening worden gebracht. Als we het aantal inwoners in Vlaanderen in beschouwing nemen om te ontdekken hoeveel hartcentra er in Vlaanderen nodig zijn, dan komen we op basis van internationale bevindingen en van het federale Kenniscentrum tot de conclusie dat er al voldoende centra zijn in Vlaanderen. De spreiding speelt echter ook een rol. Het federaal Kenniscentrum toont aan dat er nog een aantal blinde vlekken zijn in Vlaanderen. We kunnen opteren voor een heroriëntering van de bestaande centra om zo tot een betere spreiding te komen. Of we kunnen, indien de federale regering dat toestaat, nieuwe centra creëren waar er hiaten zijn.

Mevrouw Van der Borghht, het lijkt erop dat de federale regering bij de uitvoering van het KB ook rekening zal houden met het voldoen aan de erkenningen door ziekenhuizen uit associaties. Ik kan hierover echter geen uitsluitel geven, want de federale overheid moet in dit verband nog beslissingen nemen. Over de aantallen en dergelijke werd evenmin al iets beslist.

Ik ben van oordeel dat we moeten zorgen voor een correcte spreiding in Vlaanderen. Die zal deel uitmaken van het overleg met de sector. We zullen bekijken of we gebruik maken van de mogelijkheden die de federale overheid ons biedt of opteren voor een heroriëntering. Ik loop misschien een beetje voor op de feiten, maar ik ga ervan uit dat we moeten werken aan een correcte spreiding in het Vlaamse gebied.

**Mevrouw Vera Van der Borghht:** Zijn er nu grote problemen inzake spreiding?

**Minister Inge Vervotte:** De regio's die volgens het Kenniscentrum blinde vlekken vormen zijn de Kempen, Zuid-West-Vlaanderen en Noord-Limburg. Op papier bedraagt de afstand tussen het nieuwe ziekenhuis in Kortrijk en het bestaande ziekenhuis in Roeselare met de wagen precies 12 minuten rijden. De werkelijkheid zou echter moeten worden gemeten in termen van verplaatsing. In een aantal wetgevingen worden nog criteria gehanteerd die vroeger relevant waren, maar de vraag is hoe relevant het vandaag nog is te rekenen in tijd. Beide ziekenhuizen liggen op dezelfde as op de autosnelweg tussen Kortrijk, Roeselare en Brugge. De afstand tot Brugge is een halfuur rijden, de afstand tussen Kortrijk en Roeselare 12 minuten.

**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 aanbevelingen van het evaluatierapport van de intersectorale werkgroep pleegzorg**

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Ik beperk mijn vragen tot de verdere opvolging van het evaluatie-

rapport van de intersectorale werkgroep pleegzorg. In dat rapport staan interessante beleidsvoorstellen over flexibilisering, onkostenvergoedingen en personeelskaders, over het statuut van de pleegouders en over het werken met biologische ouders in de pleegzorg.

Het statuut en de rol van de bemiddeling tussen pleegouders en biologische ouders is een federale bevoegdheid. De andere zaken liggen meer binnen ons bereik.

Mevrouw de minister, sommige voorstellen uit dat rapport zouden door een technische werkgroep uit de betrokken administratie nog verder worden uitgewerkt. Daarnaast hebt u aan de federatie gevraagd om zich met een aantal deskundigen verder te buigen over het hertekenen van de pleegzorg in vijf mogelijke werkmodules.

Mevrouw de minister, welke aanbevelingen van de intersectorale werkgroep kregen reeds opvolging? In welke mate werd tegemoetgekomen aan deze aanbevelingen? Werden aspecten die tot de federale bevoegdheid behoren, reeds kenbaar gemaakt? Wat is daarvan het gevolg?

Het statuut van de pleeggezinnen blijft een moeilijk punt. Het feit dat nog steeds meer gezinnen zich aanmelden dan dat er afhaken, biedt een beetje zekerheid over het statuut en het omgangsrecht. Als u voldoende pleeggezinnen wilt blijven vinden, is het belangrijk dat dit verder wordt uitgewerkt.

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, dames en heren, de aanbevelingen van de werkgroep werden vooral gevolgd voor het uitbreidingsbeleid binnen het globaal plan. We willen via het globaal plan een uitbreiding van de steungezinnen en de orthopedagogische pleegzorg realiseren. Voor de reguliere pleegzorg is er verder ook in een groepspad voorzien. Tevens vermeld ik in het kader van de flexibilisering en de combinatie van maatregelen opgenomen in het plan dat de overige beleidsaanbevelingen na analyse op wenselijkheid en haalbaarheid, opgenomen zullen worden in een tijdspad voor realisatie. We hebben verschillende adviezen gevraagd, ook bij de administratie.

Veel van de beleidsvoorstellen van de werkgroep zijn heel technisch van aard en betreffen vaak ook aspecten met betrekking tot de federale bevoegdheden. Ik denk dan aan de personeelsformatie, de regeling in verband met de onkostenvergoeding en verschillende regelgevingen inzake kinderbijslag. Daarom heb ik

de betrokken administraties, namelijk het Vlaams Fonds, Kind en Gezin en de Bijzondere Jeugdbijstand gevraagd om deze voorstellen te analyseren en te kijken wat de juridische en budgettaire impact kan zijn. Ik heb de administratie ook gevraagd om daartoe een planning op te stellen, en de werkgroep is daarvan uiteraard op de hoogte.

We zullen tegen het einde van de maand het gecoördineerde advies van de drie administraties krijgen. Op basis daarvan zal ik nagaan welke beleidsconclusies er kunnen worden getrokken op zowel korte als middellange termijn. Dat hangt natuurlijk ook af van de budgettaire mogelijkheden. In het advies zitten ook de voorgestelde beleidsaanbevelingen ten aanzien van de federale wetgever en dat is ook mee opgenomen. Tot nu toe is er geen initiatief ontwikkeld omdat ik wacht op het advies.

De vijf werkvormen van de pleegzorg vind ik erg interessant en zeker de moeite waard om verder te bekijken. Het wordt helder gesteld en er zitten zeker opportuniteiten in. Ik heb ook aan de federatie Pleegzorg gevraagd om te verduidelijken waarin dit voorstel verschilt van de huidige manier van werken, hoe de overgang tussen de verschillende werkvormen kan worden gerealiseerd en waar zich de differentiatie tussen de werkvormen situeert. De federatie heeft hierover onlangs nog bijkomende informatie gevraagd zodat ze me verder kan adviseren.

Naar aanleiding van de opmaak van het globaal plan en meer bepaald doelstelling 12 'optimalisatie van de organisatie van de pleegzorg' zal ik de federatie ook vragen om een voorstel te formuleren voor het optimaliseren van de spreiding en de samenwerking van de diensten pleegzorg.

De federatie kan zich hiervoor inspireren op het project in Limburg. Hier wordt uitgeprobeerd hoe meerdere pleeggezinnendiensten binnen een bepaalde regio de krachten kunnen bundelen en efficiënter kunnen werken. Dit zou ook tot een betere tijdsbesteding moeten leiden en werkdruk wegnemen. De onderzoekers zullen de eindresultaten van dit experiment trouwens in april bekendmaken.

In overleg met de federatie werd afgesproken om mij tegen einde september 2006 een uitgebreid antwoord te bezorgen op de vragen die ik heb gesteld. Dat is de voorlopige timing.

**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 gevaarlijke consumentenkredieten**

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

**De heer Tom Dehaene:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, u weet dat de kwestie van de schulden een van mijn stokpaardjes is. Mijn vraag is ingegeven door bezorgdheid. Ze gaat over de vrij agressieve campagne van SMS Cash. Deze campagne duurt trouwens al bijzonder lang. Normaal gezien zouden organisaties zoals Test-Aankoop daar geen aandacht aan besteden maar dat is nu wel gebeurd, en terecht denk ik. Dit verdient dan ook zeker de aandacht van het Vlaams Parlement.

De campagne is niet alleen bedrieglijk, ze is ook onwettelijk. Ze verschaft niet de nodige informatie, zet mensen aan tot het aangaan van zeer dure kredieten – wat nog zacht uitgedrukt is – en het zijn ook zeer verleidelijke campagnes. Men laat uitschijnen dat de mensen binnen de 24 uur over cash geld kunnen beschikken en dat ze krediet krijgen zonder dat er vragen worden gesteld. Het is jammer dat dergelijke campagnes blijven doorgaan. Zowel de CAW's als de OCMW's als andere welzijnsinstellingen hebben de handen vol met de begeleiding van mensen met overmatige schulden. Dergelijke campagnes doen deze inspanningen teniet.

Test-Aankoop heeft enquêteurs de baan opgestuurd om een krediet aan te vragen. SMS Cash deed geen onderzoek naar de schuldenlast van een aanvrager. Een enquêteur stond op de gegevensbank ingeschreven als iemand met zware schulden. Hij kreeg in plaats van de gevraagde 1000 euro een krediet van 3000 euro aangeboden.

De intrestpercentages en kosten worden niet duidelijk vermeld. Afhankelijk van het geleende bedrag is de intrest 16 of 19 percent. Dat zijn de wettelijke percentages. Misschien kunnen we de federale minister aansporen om die aan te passen want ze dateren van de jaren tachtig toen de rentevoet nog zeer hoog lag.

Er is een nieuwe versie van de Europese richtlijn voor consumentenkrediet. Advertenties zoals die van SMS Cash zouden nu volledig binnen de krijtlijnen van de

wet vallen. De Belgische wetgeving wordt helemaal uitgehold omdat de positieve of negatieve risicocentrales niet meer verplicht zijn. We moeten dat met argusogen in de gaten houden.

Ik besef dat dit grotendeels federale materie is. De consumentenwet is een federale bevoegdheid. Ik wil bij u polsen wat de Vlaamse mogelijkheden zijn om dergelijke praktijken op zijn minst te ontmoedigen. Ik wil u ook vragen om op korte termijn met de federale ministers te gaan praten zodat ze deze wanpraktijken gaan verbieden of aanpakken.

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

**Minister Inge Vervotte:** Ik sluit me aan bij uw verantwoordiging, mijnheer Dehaene. Al onze inspanningen en preventieve acties worden tenietgedaan door deze praktijken. Dat is de reden waarom ik de federale minister zal aanschrijven met de vraag om deze praktijken te onderzoeken en indien mogelijk aan banden te leggen. Dat is jammer genoeg het enige dat ik kan doen in dit dossier.

De wetgeving in verband met kredietverlening, het voorkomen van overkreditering en het remediëren van de schuldoverlast van particulieren, is immers een federale bevoegdheid. De federale wetgeving geeft een wettelijke bescherming tegen malafide praktijken. Ik verwijs naar de wet van 24 maart 2003 op het consumentenkrediet die onder andere iedere reclame voor een kredietovereenkomst 'die de consument, die het hoofd niet kan bieden aan zijn schulden, aanzet tot het opnemen van krediet' verbiedt. Maar er stelt zich natuurlijk wel het probleem dat de wetgevingen niet steeds het verhoopte resultaat opleveren omdat zij onvoldoende gekend zijn of ontweken worden. Zo worden consumenten inderdaad het slachtoffer van allerlei agressieve of zelfs subtiële verkooppraktijken.

Dit voorkomen, is natuurlijk op de allereerste plaats een opdracht van de federale overheid. In het beknopt verslag van de commissie voor het Bedrijfsleven, het Wetenschapsbeleid, het Onderwijs, de Nationale wetenschappelijke en culturele instellingen, de Middenstand en de Landbouw van de Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers van 8 maart 2006 lees ik dat de federale minister van Begroting en Consumentenzaken deze zaak heeft behandeld. Ik verwijs dan ook graag naar haar beschouwingen. Ik



heb begrepen dat een en ander op het federale niveau nog wordt onderzocht.

Wat mijn bevoegdheden betreft, kan ik op de gestelde vragen de volgende antwoorden geven. Voorkomen dat mensen ingaan op al dan niet malafide kredietverleningen en voorkomen dat mensen zich met het kopen op afbetaling problemen op de hals halen, vergt een preventieve en educatieve aanpak. Er is nood aan informatie, sensibilisering en vorming die al vroeg moet beginnen. Het onderwijs speelt daarin een belangrijke rol. 'Budgetbeheer' en 'huishoudmanagement' kunnen belangrijke leerdoelstellingen zijn. Ook het sociaal-cultureel volwassenenwerk kan daartoe opdrachten vervullen. Schuldoverlast is immers geen probleem van alleen maar kansarmen of van mensen die te weinig inkomsten hebben.

Preventief werken zal dan ook een van de belangrijkste pijlers zijn van het beleid inzake schuldoverlast dat ik momenteel aan het ontwikkelen ben. Ik zie mogelijkheden om via de verenigingen waar armen het woord nemen, via de samenlevingsopbouw, via de OCMW's en via het Algemeen Welzijnswerk preventief en curatief op te treden. Dit gebeurt trouwens nu al. Ook andere partners moeten daarbij worden betrokken.

De erkende diensten voor schuldbemiddeling van de OCMW's en CAW's beschikken over heel wat ervaring, expertise en netwerken voor het opzetten van concrete preventiecampagnes en het aanbieden van vormingsinitiatieven. Dat laatste gebeurt al ten behoeve van welzijnswerkers en kwetsbare consumentengroepen en jongeren. Mensen kunnen individueel aankloppen bij deze voorzieningen voor elementaire basisinformatie en eerstelijnsadvies over schuldproblemen en consumentenvragen.

In het kader van dit dossier vermeld ik graag de preventiecampagne van het project Schuldbemiddeling, dat door de VVSG en de diensten voor schuldbemiddeling van de OCMW's en CAW's eind 2005 is gelanceerd. Deze campagne was gericht tegen de wanpraktijken bij verkoop op afstand of buiten de onderneming en tegen buitensporige schuldenlast. Onder het thema 'Laat je niet in de zak zetten' willen zij iedereen waarschuwen tegen oneerlijke verkopers die dagelijks nieuwe slachtoffers maken.

Te vaak krijgen de diensten voor schuldbemiddeling cliënten over de vloer die een contract zijn aangegaan zonder te beseffen wat de inhoud van de overeenkomst is, of erger, zonder te beseffen dat men een overeenkomst is aangegaan. Om dat te vermijden

heeft men 5.000 affiches en 50.000 folders verspreid met tekst en uitleg over wat men kan doen als een verkoper u aanspreekt of als u al een overeenkomst hebt afgesloten. De affiche en de folder verwijzen ook naar de website [www.laat-je-niet-in-de-zak-zetten.be](http://www.laat-je-niet-in-de-zak-zetten.be) waarop niet alleen de affiche en de folder te raadplegen zijn, maar tevens een uitvoerige brochure met relevante wetgeving, tips en andere informatie terug te vinden is.

Verder zijn er nog andere bewegingen en diensten actief op dit terrein, en ze worden daarvoor gesubsidieerd. Zo subsidieer ik bijvoorbeeld het Verbruikersateljee dat zich via publicaties en campagnes profileert rond de problematiek van onrechtvaardige handelspraktijken.

Wat betreft het overleg met mijn federale collega, ben ik ervan overtuigd dat de federale regering voldoende op de hoogte is van deze praktijken. Toch zal ik, zoals reeds gesteld, een brief richten naar mijn federale collega om expliciete aandacht te vragen voor deze problematiek en om duidelijk te maken dat het geen zin heeft een Vlaams preventief beleid inzake schuldoverlast uit te werken wanneer zulke agressieve praktijken gewoon kunnen doorgaan. Dat is dweilen met de kraan open.

Ik voer momenteel geen structureel overleg met mijn federale collega. Ik sluit evenwel niet uit dat er bij de verdere exploratie van de problematiek contacten worden gelegd met het federale niveau en de Franse Gemeenschap. Wij proberen dus preventief en educatief op te treden, maar een wettelijke bescherming moet op het federale niveau worden uitgewerkt.

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

**De heer Tom Dehaene:** Ik dank de minister voor haar antwoord. Het is ongetwijfeld zo dat de campagne 'Laat je niet in de zak zetten' goed is. Het probleem is evenwel dat we niet dezelfde middelen in de strijd kunnen gooien als de initiatiefnemers van SMS Cash. Een verbod kan evenmin. Het is dus geen eenvoudige strijd. We kunnen er alleen maar de aandacht op vestigen dat het om gevaarlijke campagnes gaat met soms zwaarwegende gevolgen. Alle wettelijke middelen moeten worden gebruikt om daartegen te reageren.

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

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** In het betoog van de minister heb ik geen woord gehoord over de advocaten en de gerechtsdeurwaarders die als schuldbemid-

delaars optreden. In het laatste jaar van het secundair onderwijs, en dan zeker voor TSO- en BSO-leerlingen die niet doorstuderen, moet schuldbemiddeling aan bod komen. Dat kan als het burgerlijk- en handelsrecht aan bod komen. De scholen zouden zelfs sprekers kunnen uitnodigen om dit toe te lichten.

Het gaat niet enkel om SMS Cash. Zo vragen bepaalde huwelijksbureaus veel geld om een boek met foto's van dames uit het Oostblok te mogen inkijken. Die mensen tekenen dergelijke documenten. Het is verschrikkelijk waartoe ze zich in al hun miserie laten verleiden. Het is gewoon wansmakelijk. Bepaalde mensen maken gebruik van de miserie en de eenzaamheid om dergelijke aanbiedingen naar voren te schuiven.

We zouden die folders op de balies van de pro-deo-diensten en op het vrederecht moeten kunnen leggen. Indien we dit segment van de bevolking willen bereiken, lijkt dit me zeer nuttig.

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

---



