

C66 – WEL7

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2006-2007

16 januari 2007

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

INHOUD

Interpellatie van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in de residentiële sector	1
Met redenen omklede motie	6
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het wegwerken van onbillijke gevolgen van de regelgeving van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap voor het verkrijgen van hulpmiddelen	6
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het voortbestaan van de gespecialiseerde preventieve projecten voor de opvang van jonge moeders in nood met zware depressies en psychoses en hun baby's	
Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stopzetting van de subsidiëring van de Moeder-Kindeenheid van het Psychiatrisch Centrum Bethaniën	8
Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorgvoucher	
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de voorstellen tot het invoeren van een Vlaamse zorgvoucher	10
Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vrijetijdzorg voor personen met een handicap	14
Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het lokaal seniorenbeleid	16
Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorg voor allochtone ouderen	19

Voorzitter: de heer Luc Martens

Interpellatie van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in de residentiële sector

De voorzitter: Mevrouw Van Linter heeft het woord.

Mevrouw Greet Van Linter: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, bijna de helft van de rusthuisbewoners in België slijkt antidepressiva; 70 procent neemt dagelijks kalmeermiddelen. Dat staat in een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) waarin het hoge gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen wordt aangeklaagd. 1,5 procent van de Belgische bevolking verblijft in een van de 1700 rusthuizen. Het betreft de rustoorden voor bejaarden (ROB's) en de rust- en verzorgingstehuizen (RVT's). De kosten voor de geneesmiddelen van de rusthuisbewoners vertegenwoordigen meer dan 5,6 procent van het totale gezondheidszorgbudget voor geneesmiddelen of 123 miljoen euro per jaar. De totale kostprijs voor medicatie bedraagt 140 euro per rusthuisbewoner; daarvan betaalt de rusthuisbewoner 50 euro uit eigen zak.

In het rapport van het KCE, dat is opgesteld in samenwerking met het RIZIV en een onderzoeksconsortium onder leiding van het Gentse Heymansinstituut, wordt vastgesteld dat het chronische gebruik van antidepressiva en kalmeermiddelen, vaak gecombineerd genomen, opvallend hoog is. Een Belgische rusthuisbewoner neemt gemiddeld acht pillen per dag. Dat is enorm veel. Nochtans stellen de folders over valpreventie dat het maximaal om half zoveel zou mogen gaan. Alleen bij erg oude of demente bewoners en in de laatste fase van de palliatieve zorg neemt het medicijngebruik af.

Is het massaal voorschrijven van antidepressiva overbodig? Ik spreek me daar niet over uit. Het is immers een feit dat veel bejaarden echt depressief zijn. Dat is niet abnormaal. Er zijn meer depressieve mensen bij de 65+-ers dan bij de jongere leeftijdsgroepen. Zeker voor rusthuisbewoners is dat niet abnormaal. Die bevinden zich in een toestand die haaks staat op wat ze hun hele leven hebben gekend. Hun onafhankelijkheid en zelfstandigheid moeten ze beetje bij beetje prijsgeven. Alles wordt voor hen beslist, onder meer wanneer en wat er gegeten wordt en wanneer er geslapen wordt. Vaak beslissen ze niet zelf over hun dagindeling. Het goede functioneren van de instelling vereist namelijk dat bepaalde richtlijnen en tijdschema's worden nageleefd. Voor de bewoner zelf stelt dat evenwel problemen: hij of zij heeft nog weinig

te zeggen, heeft nog weinig eigen spulletjes enzovoort.

Vaak hebben de bewoners af te rekenen met een zware handicap. Ze zijn soms zwaar hulpbehoevend, wat psychisch moeilijk te verwerken is. Ook het fixeren – wat soms nodig is – werkt depressies in de hand. Bovendien worden ouderen er geconfronteerd met het naderende levenseinde. Zelfdoding is vaak een gevolg van die depressies.

Professor Jean-Pierre Baeyens, secretaris van de Belgische Vereniging voor Ouderengeneeskunde, commentarieert dit rapport met de stelling dat rusthuizen aan 70 procent van de bewoners kalmeermiddelen geven omdat ze onvoldoende personeel hebben. "Er zijn onvoldoende mensen om de patiënten te animeren of door een gesprek te kalmeren. Daardoor wordt noodgedwongen veel te vaak naar kalmeermiddelen gegrepen." In het buitenland zou het gebruik gemiddeld 30 procent lager liggen. Professor Baeyens formuleert het misschien wat cru, maar toch komt het geregeld voor dat de verpleegsters met een flesje Haldol rondlopen.

Door een te hoog verbruik van kalmeermiddelen gaan de mentale activiteiten achteruit. Hersenen zijn spieren die instaan voor de psychische activiteit, zoals andere spieren instaan voor de fysieke activiteit. Als men de spieren niet stimuleert, gaan ze atrofiëren en afsterven. Hersenen moeten werken. Bovendien is aangetoond dat veel hersenactiviteit dementie tegengaat. Een overdreven toedienen van kalmeermiddelen staat dus haaks op een goed preventiebeleid inzake dementie, en dat laatste is toch een belangrijk aandachtspunt van de minister en haar beleid.

Bij een nieuw medisch probleem wordt vaak medicatie toegevoegd, maar er wordt onvoldoende geëvalueerd of de andere medicatie die wordt gegeven op dat moment nog wel nodig is. Soms geeft men medicatie voor symptomen die bij nader inzien bijwerkingen zijn van andere medicatie. Het is soms beter om medicatie te schrappen dan om er bij te geven. Hetzelfde geldt voor slaapmiddelen die na verloop van tijd toch weinig of geen effect meer hebben.

Hoe dan ook, het geneesmiddelenverbruik, vooral van antidepressiva, ligt zeer hoog. Het rapport spreekt ook van het toedienen van verouderde medicijnen of van middelen waarvan de doeltreffendheid niet bewezen is. Deze praktijken passen niet in een moderne geriatrie noch in een kwaliteitsvol ouderenbeleid. Er moet drin-

gend worden onderzocht wat hiervan de oorzaken zijn. Kan dit probleem worden verholpen door een aangepast voorschrijfgedrag van de behandelende artsen of vragen de ouderen zelf te vaak naar medicatie? Men kan zich ook afvragen of er te weinig personeel is.

Deze resultaten staan haaks op de beleidsintenties van de minister, bijvoorbeeld ook op haar visie op het geneesmiddelengebruik. Het is onverantwoord dat er in deze toch wel gecontroleerde instellingen een dergelijke overconsumptie bestaat.

Door het personeelsgebrek kan de instelling niet meer voldoen aan de basisvereisten van kwaliteitsvolle zorg: vrijheid, veiligheid en contact. Meestal valt het relationele eerst weg. Het gaat om het broodnodige contact waarmee men de thuissituatie tracht te benaderen. De ouderen in de instellingen zijn eenzaam. Hetzelfde geldt voor de federale instellingen. Mevrouw de minister, u moet op uw beleidsdomein zoveel mogelijk doen voor preventie. Ik heb de indruk dat u daar faalt. Ofwel is er een tekort aan initiatieven, ofwel schiet uw beleid tekort. In elk geval, er schort wat.

Dat probleem heeft te maken met overlappingsen tussen federale en Vlaamse bevoegdheden. We weten dat minister Demotte niet echt luistert naar uw suggesties. Hij is nogal eigenzinnig en houdt geen rekening met het Vlaamse niveau. Wij weten ook dat hij tegen de overheveling van de gezondheidszorg naar de gemeenschappen is. Meer nog, hij streeft naar herfederalisering. We hebben hier al meermaals het voorbeeld aangehaald van de preventie, onder meer inzake tabak en voeding.

Minister Demotte staat hierin niet alleen. Ook minister Di Rupo deed dit weekend soortgelijke uitspraken in Le Soir. Hij vindt dat preventie in de gezondheidszorg opnieuw federaal moet worden. Hier moet u, mevrouw de minister, toch duidelijk op uw strepen staan. U mag op uw gebied, de preventie, geen duimbreed toegeven, maar u mag ook geen steken laten vallen. In dit dossier is er een grote rol weggelegd voor de preventie in de gezondheidszorg, maar het gevoerde beleid voldoet niet. Er heerst een groot gebrek aan omkadering en psychische begeleiding in rustoorden en rust- en verzorgingshuizen. Ook inzake depressies en zelfdoding is een onderbouwd beleid nodig. Behalve enkele outreaching-projecten voor de psychologische ondersteuning van rusthuisbewoners, stelt het beleid teleur.

In de verschillende beleidsbrieven, mevrouw de minister, verwijst u geregeld naar het belang van preventie in de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren, volwassenen en ouderen. Toch wilt u vooral voorrang geven aan de doelgroep van de jongeren. Nochtans geven de cijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid duidelijk aan dat boven de 65 jaar het percentage depressies enorm toeneemt.

Waarom neemt u niet meer beleidsinitiatieven om dit prangende probleem te verhelpen? Hebt u al stappen gezet, mevrouw de minister, om de overconsumptie van middelen in de rusthuizen tegen te gaan? Is er een goede samenwerking met federaal minister Demotte inzake het personeelsgebrek in de instellingen? Of bevriest de overlapping van de beleidsniveaus het Vlaamse beleid? Bent u tevreden met die toestand of streeft u naar een verdere regionalisering van de gezondheidszorg? Hoe kunt u garanderen dat het personeelsgebrek niet aan de basis komt te liggen van de overconsumptie van medicijnen? Met welke maatregelen denkt u te kunnen zorgen voor een beter uitgebouwde psychologische ondersteuning, vooral dan in rusthuizen en RVT's? En aangezien u ook vindt dat de huisarts een spilfiguur is in het preventiebeleid, welke initiatieven werden er al genomen om de sector van huisartsen, verzorgenden en paramedici meer te sensibiliseren voor dit probleem?

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Ik sluit mij aan bij de vragen van mevrouw Van Linter. Toch wil ik enkele nuances aanbrengen bij haar uiteenzetting.

Mevrouw Van Linter, u stelt dat een rusthuisbewoner gemiddeld acht pillen per dag inneemt. Hebt u er enig idee van wat onze thuisverblijvende ouderen per dag slikken, en dat zonder enig toezicht? Ook daarbij kunnen ernstige vragen worden gesteld. Het probleem is hier nog veel moeilijker dan in de rusthuissector.

We mogen niet vergeten dat de wetgever inzake de opvolging van dat probleem een belangrijke taak heeft weggelegd voor de coördinerende arts in de rusthuizen. Ik ben het wel met u eens dat men moet overwegen om de geriatrische bevoegdheid van de huisartsen op te voeren. Zij zijn het tenslotte die in de rusthuizen de medicatie voorschrijven. Ik ben het niet met u eens dat de personeelsleden – ten dele uit gemakzucht – te veel medicatie zouden toedienen aan de rusthuisbewoners, met de bedoeling ze kalm te houden. Zo zouden ze minder werk hebben, wat hen, gezien het personeelsgebrek, goed zou uitkomen. Het is belangrijk dat de huisartsen in die zin gesensibiliseerd worden. De apothekers van de rusthuizen hebben voorgesteld om het medicatiegebruik te noteren per resident. Uit die gegevens blijkt alleszins geen overdreven gebruik van kalmeer middelen. Deze studie was bedoeld om het voorschrijven van generische geneesmiddelen te stimuleren.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Ik wil me graag aansluiten bij de opmerkingen van mevrouw Van der Borght. Ik

verwijs naar een vraag die ik in januari 2006 in deze commissie heb gesteld over het overmatige gebruik van slaap- en kalmeermiddelen en het Vlaamse preventiebeleid ter zake. In haar antwoord zei de minister dat er over het voorschrijfgedrag van artsen het nodige overleg was met de federale overheid, maar dat er een nauwere samenwerking nodig was tussen de Vlaamse Centra Geestelijke Gezondheidszorg en de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen (VAD). U zou het daarover hebben bij de bespreking van de verschillende convenants. Wat is de stand van zaken?

In het Vlaams regeerakkoord wordt heel ondubbelzinnig bepaald dat het aanbod van de centra geestelijke gezondheidszorg (CGG's) moet worden versterkt via een meerjarenplanning onder meer met het oog op zelfmoordpreventie en het behandelen van depressies. Hoe wil u de hulpverleningscapaciteit van de CGG's uitbreiden?

Het Vlaams Actieplan 'Preventie van zelfdoding' ligt momenteel voor in het parlement. Het voorziet in deskundigheidsbevordering voor professionelen in ROB's en RVT's. Besteedt dit actieplan ook aandacht aan het gebruik van antidepressiva?

Eind september 2006 werden er enkele proefprojecten aangekondigd, met een budget van 175.000 euro. Die projecten hadden als doel psychologen of psychiaters uit de CGG's in te zetten in rusthuizen. Het zou dus een soort outreachingproject zijn. Wanneer werden die middelen toegekend? Waarvoor is de 175.000 euro precies bestemd? Wat is de duur van de proefprojecten? Wanneer kennen we de evaluatie van die projecten?

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: De interpellatie van mevrouw Van Linter betreft een heel belangrijk thema. Of mensen thuis meer of minder medicatie nemen, doet er niet toe. Proefprojecten zullen niet volstaan. We zullen eens ten gronde moeten nadenken over de ouderenzorg die we organiseren. Wat we vandaag vaststellen, is het neveneffect van de politiek die we de laatste dertig jaar voeren namelijk mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving opvangen. Ik denk dat we allemaal achter dat principe staan. Maar het betekent wel dat als mensen naar een rusthuis moeten, we het signaal geven dat dit de laatste levensfase is. Mensen komen vaak in een rusthuis terecht na zware verlieservaringen, bijvoorbeeld het overlijden van de partner of een val waardoor ze niet terug kunnen naar hun serviceflat. Men zou van minder depressief worden. Daarom moeten we eens nadenken over de manier waarop we de ouderenzorg van morgen zullen organiseren. Op dit moment brengen we de mensen naar de zorg. Maar het spreekwoord zegt: oude bomen verplaatst men niet meer. We moeten meer gaan naar een systeem dat de zorg naar de mensen brengt. Dan kom ik uit bij het concept 'woonzorgzone' waar

men mensen die in een serviceflat verblijven, meer zorg geeft dan ze momenteel krijgen.

Als we over dertig jaar zelf naar een rusthuis moeten, zullen we evengoed depressief worden. Ik hoop dat ik dan antidepressiva krijg, want anders overleef ik het helemaal niet.

Ik heb vorige keer voorgesteld dat deze commissie een bezoek zou brengen aan een woonzorgzone in Nederland. Ik zal dat eens concreet maken en er een brief over schrijven. Misschien kunnen we daaruit iets leren en kunnen we zo komen tot een vernieuwend concept voor de opvang van ouderen voor de komende dertig jaar. Dan gaat het als het ware over onze eigen toekomst.

De voorzitter: Mevrouw Roex heeft het woord.

Mevrouw Elke Roex: Ik ben het gedeeltelijk eens met mevrouw Vogels, maar niet helemaal. Het concept van het rusthuis zal altijd blijven bestaan. Een bepaalde groep van zwaar zorgbehoevende bejaarden zal steeds moeten worden opgevangen in een rusthuis. Het geneesmiddelengebruik zal daar automatisch iets hoger liggen.

We zijn het er echter allemaal over eens dat we het geneesmiddelengebruik in de rusthuizen eens nauwgezet moeten bekijken. We hebben allemaal wel een sterk vermoeden dat er sprake is van overconsumptie. We willen allemaal dat de minister, samen met haar federale collega, dat probleem aanpakt en oplossingen vindt. Ik wil het ruime debat ook wel voeren, maar we moeten erkennen dat er een probleem is. Ik ben dus benieuwd naar uw antwoord, mevrouw de minister.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijnheer de voorzitter, om te beginnen vind ik dat een aantal elementen op één hoopje zijn gegooid. Ik wil enige voorzichtigheid vragen. Men heeft hier zeer snel conclusies getrokken. Ik ben het niet helemaal eens met de analyse van mevrouw Van Linter. Ik zal proberen dat verder te verduidelijken.

We moeten ons hoeden voor overhaaste conclusies. De bewoners van de rusthuizen zijn zeker en vast niet representatief voor de grote groep van 65+-ers in onze samenleving. De rusthuisbewoners zijn vaak zwaar zorgbehoevend. Bovendien gaat het soms om ouderen met een dementiesyndroom. Het aantal ouderen met een dementiesyndroom stijgt namelijk, vooral in de rusthuizen.

Men moet ook bedenken dat een opname in een rusthuis sowieso een ingrijpende gebeurtenis is. Vaak

komt die opname er na een recent verlies: het verlies van zelfstandigheid, van een partner, van een identiteit en een levensgeschiedenis. Wanneer mensen worden geconfronteerd met verlies, heeft dat een weerslag op de geestelijke gezondheid en het welzijn. Soms is dat tijdelijk, soms langduriger.

Het KCE schrijft in zijn rapport dat – in de steekproef – 35 percent van de ouderen in residentiële voorzieningen kampte met een depressie. Daarnaast leed 46 percent van de onderzochte populatie aan dementieproblemen. De cijfers over de consumptie van geneesmiddelen moesten tegen die achtergrond worden bekeken.

Bovendien kan depressie een voorbode zijn van een latere dementie. Het is dus niet altijd evident om een onderscheid te maken. Dan komen we inderdaad bij de projecten die we ter zake hebben gelanceerd.

Zoals afgesproken, zullen we dit debat nog uitgebreid voeren in de commissie. Het beleid is er niet principieel op gericht om mensen zolang mogelijk thuis te houden; het wil vooral zoveel mogelijk inspelen op de behoeften van de mensen. Die behoeften bekijken we los van de zorggraad. We stellen dus niet dat een lagere zorggraad de betrokkene automatisch uitsluit van bepaalde woonvormen. De essentie is immers dat we de keuzevrijheid willen vergroten, onder meer door gedifferentieerd wonen mogelijk te maken. We willen mensen de kans geven om zo lang mogelijk thuis te blijven, maar tegelijk willen we de keuzevrijheid zo groot mogelijk maken, inspeland op de behoefte van de persoon in kwestie. We zullen dus nooit een model ontwikkelen waarbij woonvormen expliciet worden gekoppeld aan opeenvolgende fasen inzake zorggraad. Dat zou de zorg voor het sociale en geestelijke welbevinden van de betrokkenen bemoeilijken.

In de vraag werd expliciet verwezen naar het personeel. Zoals u weet en zoals al eerder bleek uit de gesprekken, wordt het verzorgend en verplegend personeel betaald door de federale overheid. Daar werden er initiatieven genomen via het derde protocol. In toepassing daarvan zal er een bijkomende tewerkstelling worden gerealiseerd van maar liefst 2613 voltijdse equivalenten in de ouderenzorg, waarvan 16,2 percent wordt ingezet in Vlaanderen. Dit is al aan de gang sinds 1 oktober 2005. De komende jaren wordt dat ten volle geconcretiseerd.

Een belangrijk uitgangspunt bij de onderhandelingen over het protocolakkoord was het creëren van een eigen beleidsruimte. In Vlaanderen verloopt de vergrijzing anders dan in Wallonië. Ook het zorgaanbod verschilt grondig. Daarom hebben we de nodige ruimte kunnen afdwingen voor een eigen beleid ter zake. In de praktijk maakt de federale overheid budgetten vrij en beslist Vlaanderen over de verdere toewijzing van dat geld, op

basis van de parameters in het protocolakkoord. De Vlaamse overheid heeft al evenmin stilgezeten. De Vlaamse rusthuizen krijgen een bijkomende financiering voor de animatiefunctie. Dat past binnen een welbepaalde Vlaamse filosofie ter zake. In 2006 was dit goed voor meer dan 1000 voltijdse equivalenten. Daarnaast maakt de Vlaamse zorgverzekering de zorg meer toegankelijk, ook thuis. Ook dat speelt een rol.

Ik denk dat leden van deze commissie het wenselijk achten dat de personeelsomkadering in de residentiële ouderenvoorziening verder wordt uitgebreid. Men moet echter voorzichtig omspringen met de stelling dat er een verband zou zijn tussen een vermeend personeelstekort en meer medicatievoorschriften. Diverse initiatieven – onder meer de inschakeling van animatoren, het mobiliseren en activeren van bewoners, het creëren van een aangenaam woon- en leefklimaat, de inschakeling van vrijwilligers, de leefgroepwerking en het kleinschalig wonen – getuigen van de aandacht die men wenst te besteden aan de nabije zorg. Dat is precies de filosofie van onze rusthuizen en dat staat haaks op de visie dat de bewoners gekalmeerd moeten worden. Integendeel, alles wordt ondernomen om een zinvolle en actieve invulling te geven aan de tijdsbesteding van de rusthuisbewoners.

U hebt terecht de link gelegd met de valincidentie. Op dat vlak zijn er geüniformiseerde richtlijnen ontwikkeld. De vervolgbehandeling moet nagaan of de valincidentie vermindert. Men probeert ook het gebruik van sedativa te voorkomen. Er wordt dus wel degelijk een preventiebeleid gevoerd.

U stelt dat er te weinig wordt gedaan voor de geestelijke gezondheidszorg van ouderen. Geestelijke gezondheidszorg mag zeker niet worden verwaarloosd, ook niet bij ouderen. Daarom is er gezorgd voor outreaching. Er worden echter geen psychologen ingezet voor de individuele behandeling van rusthuisbewoners. De bedoeling van outreaching is om aan deskundigheidsvorming te doen. Diegenen die verantwoordelijkheid dragen in het rusthuis, bijvoorbeeld de coördinerende arts en de personeelsleden die de bewoners kennen, krijgen de mogelijkheid om hun expertise inzake geestelijke gezondheid te vergroten. Er is een bedrag van 175.000 euro mee gemoeid. Er lopen op dit ogenblik 10 proefprojecten die in 2006 van start zijn gegaan. Daarbij wordt onder meer gefocust op de link tussen dementie en depressie en verlieservaringen. Deze projecten zullen uiteraard worden geëvalueerd.

Naast de outreaching, het protocol waardoor bijkomend personeel wordt ingezet, de activeringsfilosofie en de valpreventie, hebben we ook een convenant afgesloten met Domus Medica. Domus Medica levert werkmodellen en aanbevelingen inzake preventie en vorming rond een niet-medicamenteuze aanpak. Wij

hebben met VAD een forum voor verslavingsgeneeskunde opgericht dat zich richt tot hulpverleners, maar dat tegelijk ook breder is. Wij hebben in 2005 een werkgroep rond benzodiazepines georganiseerd. Men is gestart met een literatuurstudie over het voorschrijfgedrag van artsen, epidemiologie, indicaties, detoxicaties en het verslavende potentieel van verschillende benzodiazepines.

Op de vragen over het actieplan zal ik vandaag niet dieper ingaan omdat ik ze al verscheidene malen concreet heb beantwoord. Ik stel voor dat we het actieplan "Preventie van zelfdoding" ten gronde bespreken in deze commissie.

Inzake de uitbreiding van de CGG's, is nog niet bepaald welke doelgroep zal worden gehanteerd. Er zal immers nog overleg worden gepleegd met de sector.

De voorzitter: Mevrouw Van Linter heeft het woord.

Mevrouw Greet Van Linter: Ik dank de minister voor haar uitvoerige antwoord. Ik heb echter helemaal niet beweerd dat men kalmeringsmiddelen voorschrijft uit gemakzucht. Ik ben niet professor Jean-Pierre Bayens, de secretaris van de Belgische Vereniging voor Ouderengeneeskunde. Ik heb hem alleen maar geciteerd. De woorden komen dus niet van mij. Ik heb zeker geen kritiek op de artsen; ik houd mij daar ver van. Ik stel gewoon de vraag of het massaal voorschrijven van antidepressiva overbodig of overdreven is. Ik spreek me daar niet over uit.

Depressies in rusthuizen bestaan. Het komt nog altijd de arts toe om daarover een beslissing te nemen. Ik heb deze interpellatie ingediend omdat er toch een en ander schort. U geeft antwoorden waarmee ik tevreden ben, maar ik wacht op de implementatie ervan in het beleid.

Minister Inge Vervotte: Welke conclusie trekt u? Hoe gaat u mijn beleid afmeten? Op basis van de daling van het aantal antidepressiva?

Mevrouw Greet Van Linter: Dat is één aspect, ja.

Minister Inge Vervotte: Daar ben ik het niet mee eens. Het is immers net belangrijk dat de mensen die antidepressiva nodig hebben, ze ook krijgen. Het is belangrijk dat de juiste diagnose wordt gesteld. Er moet worden op toegezien dat de mensen de juiste behandeling krijgen. Als mensen met verlies worden geconfronteerd en depressief zijn, dan moeten ze antidepressiva kunnen krijgen. Een rechtlijnige doelstelling om minder antidepressiva te gebruiken, kan niet. Als dat uw maatstaf is, dan zult u mijn beleid moeten blijven bekritisieren.

Mevrouw Greet Van Linter: Men mag het niet zwart-wit stellen. Het is erg te moeten vaststellen dat rusthuis-

bewoners veel antidepressiva en kalmeermiddelen gebruiken. Toch beseft ik dat men die medicatie niet altijd blind voorschrijft, maar dat dit beredeneerd gebeurt. Er bestaan echter alternatieven voor het overdreven medicatiegebruik. Er zijn bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen, er is de psychotherapie en de osteopathie. Zolang die alternatieven niet ten volle worden aangewend, is overconsumptie het automatische gevolg. Dat strookt niet met een modern ouderenbeleid.

Het is erg belangrijk dat depressies tijdig worden opgespoord. Bijkomende vorming inzake preventie is belangrijk. Ik denk dat in het convenant met Domus Medica is bepaald dat hieraan meer aandacht moet worden besteed in de opleiding van paramedici en verzorgenden. In elk geval raad ik u aan om inzake de Vlaamse bevoegdheden het been stijf te houden: preventie moet op Vlaams niveau blijven.

Mevrouw Mieke Vogels: Ik dank de minister voor haar antwoord.

Uiteraard is het niet alleen mijn bedoeling om iets te verwezenlijken op langere termijn, maar ook om vandaag al het verstrekken van antidepressiva te verminderen. Ikzelf hecht meer belang aan het versterken van de eigenwaarde van de rusthuisbewoners. Ik weet niet of dat het beste gebeurt via outreachingprojecten van psychologen. Ik geloof veel meer in reminiscentieprojecten die het leven van ouderen terug in beeld brengen. Bejaarden krijgen aldus de mogelijkheid om hun eigen kennis en kunde te veruitwendigen, bijvoorbeeld op papier, in een tentoonstelling of via verhalen aan jongeren. Dat lijkt me nuttiger dan het toevoegen van psychologen of psychotherapeuten aan rusthuizen.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Ik kan u geruststellen, want dat is precies het doel van mijn beleid. Dat vertaalt zich in het subsidiebeleid en in de beleidsnota. Ik wil de individuele rusthuisbewoners versterken door hen de kans te bieden hun leven zinvol in te vullen, zelfs in de palliatieve fase.

Die visie kan niet alleen in projecten worden veruitwendigd, ze moet in de organisatie van de zorgverlening zelf tot uiting komen. Dat thema moet bijvoorbeeld aan bod komen in onze discussies over de woonzorgzones. Een zinvol leven betekent voor deze mensen immers ook dat ze deel uitmaken van de samenleving. Daarom ben ik een uitgesproken voorstander van open rusthuizen. Rusthuisbewoners moeten de sociale invulling van hun leven kunnen realiseren. Het mag zich niet beperken tot een psychologische invulling. Wij kiezen er dus niet voor om psychologen aan rusthuizen toe te voegen, hoewel sommigen dat vragen. De deskundigheid moet worden versterkt, maar we willen

niet de indruk wekken dat psychologen dat allemaal gaan oplossen.

In mijn antwoord ben ik een puntje vergeten te vermelden. We kijken al te gemakkelijk naar de hulpverlenende sector. We moeten echter in eerste instantie kijken naar de mensen zelf. Zij vragen dikwijls zelf om medicatie, ook als de arts er geen voorstander van is, omdat het een comfortabele weg is. De eerlijkheid gebiedt ook dat in rekening te brengen. Deskundigheidsbevordering en sensibilisering zijn belangrijk, maar het sluitstuk is toch dat gezondheidszorg tot stand komt in dialoog met de mensen zelf. Daarom moeten we ook nadenken over de boodschap die we de mensen meegeven. Dat laatste komt naar mijn gevoel te weinig aan bod.

Met redenen omklede motie

De voorzitter: Door mevrouw Van Linter 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 Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het wegwerken van onbillijke gevolgen van de regelgeving van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap voor het verkrijgen van hulpmiddelen

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mevrouw de minister, enkele maanden geleden deed de arbeidsrechtbank een uitspraak in een zaak tussen de aanvrager van een rolstoelfiets en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Daaruit is gebleken dat bepaalde aspecten van de regelgeving betreffende de toekenning van hulpmiddelen aan personen met een handicap tot heel onbillijke toestanden kunnen leiden.

De arbeidsrechtbank heeft de aanvraag tot het verkrijgen van een rolstoelfiets voor een meisje met een zeer zware handicap afgewezen ondanks een uitdrukkelijk positief advies van het Openbaar Ministerie. Dat stelde dat de regelgeving waarop het VAPH zich beroept niet ter zake deed. De procureur beklemtoonde uitdrukkelijk dat het gezin voldoende had aangetoond dat het meisje erg hulpbehoevend was en dat het niet over voldoende financiële middelen beschikte om de rolstoelfiets zelf te bekostigen.

Het VAPH verdedigde de stelling dat dit hulpmiddel alleen kan worden toegekend aan personen met een

handicap die in een instelling verblijven of die thuis een trap hebben. De achterliggende redenering in het laatste geval is dat een van de twee rolstoelen dan noodgedwongen boven moet blijven. Dat wil concreet zeggen dat mensen die gelijkvloers wonen, pech hebben: zij kunnen die rolstoelfiets niet krijgen.

De arbeidsrechtbank heeft de regelgeving van het VAPH toegepast en de aanvragers in het ongelijk gesteld, maar toch met een duidelijke vingerwijzing naar u, als bevoegd minister, en naar het VAPH, dat de taak heeft om bepaalde onbillijke gevolgen van zijn beleidskeuzes aan te passen.

Het is, mevrouw de minister, belangrijk om hierover na te denken, en daarom wil ik de volgende vragen stellen.

Gezien de uitvoerige berichtgeving in de media zult u de uitspraak van de Arbeidsrechtbank van Dendermonde over uw bevoegdheid wel kennen. Wat is uw standpunt daarover? Hebt u al initiatieven genomen om deze onbillijke gevolgen weg te werken?

De rechtbank heeft ook uitdrukkelijk gesteld dat ze kan meegaan in de bedenking dat verzorging en opvang van een persoon met een handicap in het eigen gezin de facto worden bestraft. Dit is onaanvaardbaar, daarover zijn we het wel allemaal eens, zeker als we rekening houden met de wachtlijsten. Wat is uw standpunt, mevrouw de minister? Hebt u al initiatieven genomen om inzicht te krijgen in de verschillende situaties waarbij de opvang van een persoon met een handicap binnen het gezin – in vergelijking met de opvang binnen een instelling – in de praktijk aanleiding geeft tot discriminaties? Gaat u initiatieven nemen om deze discriminaties weg te werken?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Mijnheer de voorzitter, ik herinner mij de vorige vraag die mevrouw Dillen hierover al stelde. Intussen hebben wij allemaal het dossier kunnen volgen in de media. Dat maakt het moeilijk. Het ligt niet voor de hand een parlementair debat te voeren op basis van alleen maar mediaberichten. Toch is de regelgeving inzake hulpmiddelen, met name inzake rolstoelen, een bijzonder ingewikkeld kluwen, niet in het minst omdat zowel het federale als het Vlaamse niveau daarvoor verantwoordelijk zijn. Ik hoop dat uw antwoord, mevrouw de minister, mij wat meer duidelijkheid verschaft.

Het probleem dat verwoord werd door mevrouw Dillen is dat een rolstoelfiets alleen kan worden toegekend aan een persoon met een handicap die in een instelling verblijft of die thuis een trap of lift heeft. Het probleem heeft te maken met de bepalingen van bijlage 2 van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2001. Onlangs werd op federaal niveau echter een Koninklijk

Besluit goedgekeurd over de nieuwe nomenclatuur voor mobiliteitshulpmiddelen. Mevrouw de minister, hebt u al onderzocht of het zinvol zou zijn om het besluit dat voor problemen zorgt aan te passen aan het nieuwe federale besluit? Zou dit een stap vooruit zijn om dergelijke situaties te voorkomen?

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Ik sluit mij volledig aan bij de vraag van mevrouw Dillen en bij de opmerkingen van mevrouw Jans. Een deel van het probleem ligt bij de overlapping tussen het federale en het Vlaamse niveau. Meer bepaald in de definitie van wat een rolstoel is en of een rolstoelfiets als rolstoel wordt geïnterpreteerd. Maar die discussie moeten wij hier niet ten gronde voeren.

Het gaat eigenlijk om een bredere problematiek: het kan niet dat mensen die thuis wonen, slechter worden behandeld dan mensen die in een instelling verblijven. Dat is de basis van de discussie. Welke initiatieven zal de minister nemen om zulke discrepanties in de toekomst te voorkomen?

Het VAPH doet soms nog onderzoek naar de bestaansmiddelen van de persoon met een handicap. Wordt het geen tijd om dat onderzoek af te schaffen zodat iedere persoon met een handicap recht heeft op hulpmiddelen? Kunt u laten onderzoeken hoe dat onderzoek naar de bestaansmiddelen kan worden afgevoerd? Ik vind dat iedereen gelijk moet worden behandeld.

Minister Inge Vervotte: In het individuele dossier oordeelde het VAPH dat het gevraagde hulpmiddel eigenlijk bestaat uit twee hulpmiddelen, namelijk een fietsconstructie en een rolstoel. In het hulpmiddelenbesluit wordt in een tussenkomst voorzien voor een fietsconstructie waarmee een rolstoel wordt voortgeduwd en deze tussenkomst van 839 euro werd toegekend. De rolstoel die gebruikt wordt in combinatie met de rolstoelfiets, wordt onderzocht in het kader van de terugbetaling van de rolwagens.

Wanneer het, zoals hier, gaat om een tweede rolstoel binnen een hernieuwingstermijn van de ziekteverzekering, is de tussenkomst door het VAPH beperkt tot een aantal situaties: ten eerste, voor personen die verblijven in een residentiële voorziening omdat zij transportproblemen ondervinden omwille van hun verblijf op twee plaatsen, thuis en in de voorziening; ten tweede, voor personen die in hun thuisomgeving een lift – die niet gebruikt kan worden met een rolstoel – of een traplift hebben, waardoor de persoon niet naar de bovenverdieping kan met zijn rolstoel; ten derde, voor personen, die niet behoren tot de eerste twee categorieën en die gebruiker zijn van een elektronische rolstoel, dit om steeds een terugvalsysteem te hebben bij een eventuele panne. Er bestaat immers een groter risico van panne bij elektronische dan bij manuele rolstoelen.

Tot op heden was deze regelgeving voor de sector aanvaardbaar. Toch heb ik aan het VAPH gevraagd om te onderzoeken of het noodzakelijk is dat elke rolstoelgebruiker over een tweede rolstoel beschikt en om er specifiek op te letten dat de opvang van een persoon met een handicap in een thuissituatie niet leidt tot discriminatie.

We treffen momenteel voorbereidingen om het rolstoelenbesluit aan te passen aan het nieuwe federale systeem. We willen erover waken dat personen met een handicap een goede dienstverlening blijven krijgen. In de eerste helft van dit jaar zal de Vlaamse Regering een aangepast besluit voorleggen.

Mevrouw Marijke Dillen: Het is heel positief dat u al een initiatief genomen hebt en dat u het VAPH de opdracht hebt gegeven om na te gaan of er situaties zijn waar het verblijf thuis tot discriminatie leidt. Wanneer worden die resultaten verwacht?

Minister Inge Vervotte: In het voorjaar, vóór juni.

Mevrouw Helga Stevens: Mijn vraag over de bestaansmiddelen is niet beantwoord. Ik vind dat een onderzoek naar bestaansmiddelen niet meer van deze tijd is. Zal ik deze vraag later nog eens opnieuw stellen?

Minister Inge Vervotte: In de toewijzing van het hulpmiddelenbeleid wordt er toch geen rekening gehouden met bestaansmiddelen.

Mevrouw Helga Stevens: In de pers stond te lezen dat er een onderzoek is gebeurd naar bestaansmiddelen. Het Openbaar Ministerie heeft verklaard dat de familie die rolstoel niet kon betalen en het VAPH zei dat het wel kon.

Minister Inge Vervotte: Ik kan me niet uitspreken over het individuele dossier. Onze filosofie is echter dat we nagaan of de aanvrager behoefte heeft aan een hulpmiddel. Er wordt niet uitgezocht of hij dit al dan niet kan financieren. Het hulpmiddelenbeleid kijkt naar de noodzaak.

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 het voortbestaan van de gespecialiseerde preventieve projecten voor de opvang van jonge moeders in nood met zware depressies en psychoses en hun baby's

Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stopzetting van de subsidiëring van de Moeder-Kindeenheid van het Psychiatrisch Centrum Bethaniën

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mevrouw de minister, geachte collega's, in Vlaanderen zijn er enkele projecten waar jonge moeders in nood, die kampen met zware postnatale depressies en psychoses, samen met hun baby terecht kunnen voor gespecialiseerde opvang, met een goede samenwerking tussen volwassenen- en jeugdpsychiatrie. Een van die projecten bestaat al twintig jaar, aanvankelijk alleen voor de moeder, maar sinds een zestal jaar ook voor de baby. Dat is belangrijk voor de band tussen moeder en kind. De moeders en de baby's worden op een deskundige wijze opgevangen, om het risico op ontwikkelingsstoornissen te verminderen. Het succes van deze projecten blijkt uit het feit dat er wachtlijsten bestaan.

Deze projecten werden tot nog toe gesubsidieerd door Kind en Gezin. We hebben echter vernomen dat Kind en Gezin de financiering ervan niet langer wenst verder te zetten. Hierdoor dreigen deze projecten, die positief geëvalueerd werden en die gedurende twintig jaar deskundigheid en ervaring hebben opgebouwd, te verdwijnen. Nochtans denk ik dat we het erover eens zijn dat de nood niet vermindert, integendeel. Het zou dan ook onbegrijpelijk zijn als deze beslissing gehandhaafd blijft.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van de beslissing van Kind en Gezin om de financiering van deze succesvolle preventieve projecten stop te zetten? Wat is uw standpunt? Deze projecten hebben gedurende twintig jaar kennis en deskundigheid opgebouwd. Het is belangrijk dat die niet verloren gaat. Het nut blijkt ook uit de wachtlijsten. Zult u, indien Kind en Gezin bij zijn beslissing blijft, zelf initiatieven nemen om het verderzetten van deze preventieve projecten te waarborgen?

De voorzitter: Mevrouw Hoebeke heeft het woord.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Jonge moeders die kampen met een postnatale depressie, kunnen worden geholpen in de Moeder-Kindeenheid Sint-Camillus in Sint-Denijs-Westrem en in de Moeder-Kindeenheid van het Psychiatrisch Centrum Bethaniën in Zoersel. In 2004 deed Kind en Gezin zelfs een studie om te bekijken of

die twee projecten kunnen worden geïntegreerd in de kinderopvang.

Het lot van deze initiatieven lijkt nu bezegeld omdat de 216.000 euro die het centrum via Kind en Gezin kreeg via de Nationale Loterij, niet meer kunnen worden besteed. Dergelijke projecten zijn voor hun financiering blijkbaar afhankelijk van goodwill. De initiatiefnemers en werknemers van die projecten rekenen op een continuering. Het fenomeen van jonge moeders met een postnatale depressie is jarenlang een taboe geweest. De evolutie om hen samen met hun baby op te vangen, is heel goed.

We hebben via de pers vernomen dat u zoekt naar een oplossing. Hebt u die al gevonden? Kan dit initiatief niet ingebed worden in de kinderopvang? Hebt u al onderzoek gedaan naar deze mogelijkheid? Wat is het resultaat? Zal de Moeder-Kindeenheid van het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Camillus in Sint-Denijs-Westrem gesubsidieerd blijven? Is het niet wenselijk om een structurele regeling voor dergelijke initiatieven te ontwikkelen?

Mevrouw Elke Roex: Ik denk dat een deel van het antwoord te vinden is op de website van de minister.

In de beleidsnota of in de begroting staat niets over die middelen. In welk kader worden ze dan toegekend? De middelen voor de twee centra zijn lager dan vroeger. Ik heb begrepen dat ze maar toegekend zijn tot oktober 2007. Is dat zo? Kunnen deze projecten met die beperktere middelen worden voortgezet? Wat gebeurt er met de projecten na oktober 2007? Is er zicht op een structurele oplossing?

Mevrouw Vera Jans: Ik was zeer verbaasd toen ik in het jaarverslag van het RIZIV las dat er – federaal betoelaagde – revalidatieprogramma's bestaan voor vroegtijdige stoornissen van de interactie tussen moeder en kind. Het gaat dus over soortgelijke projecten. Slechts twee van deze revalidatiecentra hebben – tot juni 2007 – een overeenkomst met het RIZIV, namelijk La Lice en Clairs Vallons, beide gelegen in Wallonië.

Verderop in het jongste RIZIV-jaarverslag wordt uitvoerig uitgelegd waarom men het niet nodig vond nog andere initiatieven van dit type te financieren. Ik vind het opmerkelijk dat dergelijke initiatieven in het andere landsgedeelte op federale subsidies mogen rekenen, tenminste als ik het RIZIV-jaarverslag mag geloven. Ik heb deze informatie echter letterlijk overgenomen.

We kunnen het er allemaal over eens zijn dat het probleem van de postnatale depressie de nodige ondersteuning verdient. Mevrouw Merckx heeft er al vragen over gesteld. Ook de minister heeft hierover mededelingen gedaan. Ik herinner me de cijfers: 11 tot 20 percent van alle jonge of minder jonge moeders lijden

aan een post-partumdepressie. We kennen allemaal het moeilijke verloop daarvan. Dat duurt ook wel even. Haast iedereen erkent dus het belang van dit probleem. Toch zijn er problemen met of op zijn minst onduidelijkheden rond de subsidiëring. Ik sluit me aan bij de vragen over de subsidiëring en bij de andere concrete vragen. Ik wil het echter ook hebben over het beslissingsproces in dit dossier. Het is me niet geheel duidelijk wat precies uw rol is geweest en welke rol Kind en Gezin heeft gespeeld. Ik mag hopen dat alleen een middelekwestie en niet een verschillend uitgangspunt aan de basis heeft gelegen van deze verwarring.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijnheer de voorzitter, de moeder-kindprojecten betreffen een maatschappelijk relevant thema. Onderzoek heeft aangewezen dat de prevalentie van post-partumdepressie moet worden geschat op 11 tot 20 percent. Dit betekent dat de kraamperiode voor een aanzienlijk aantal moeders een periode is die gepaard gaat met heel wat bijkomende problemen. Onze samenleving spitst zich meestal toe op de positieve gevoelens, terwijl er bij de moeder soms sprake is van gemengde gevoelens. Onderzoek heeft uitgewezen dat het fysiek en emotioneel betrekken van het kind bij de behandeling heel wat voordelen geeft. Dit zorgt immers voor een goede moeder-kindbinding. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat die binding van groot belang is voor de latere ontwikkeling van kinderen. Bovendien kan door de fysieke nabijheid van het kind op de afdeling op een therapeutische manier worden gewerkt. Er kan worden bekeken hoe de moeder omgaat met haar kind en wat haar pedagogische capaciteiten zijn. Op dat ogenblik is de toegankelijkheid erg groot, dus kunnen er tips ter ondersteuning worden gegeven. Ook kan worden bekeken hoe de zelfstandigheid van de moeder kan worden vergroot. We zien dus wel degelijk een aantal inhoudelijke voordelen. Dergelijke projecten zijn dus zeker heel waardevol.

Een tijdje geleden heeft Kind en Gezin beslist deze zorg te ondersteunen voor een beperkte periode. Toen is even de mogelijkheid bekeken om dit op te nemen in de kinderopvang. Dat bleek echter niet zo efficiënt. Kinderopvang is immers dagopvang en heeft niet het residentiële als finaliteit, wat bij deze projecten wel het geval is. Daarom is die aanpak op een dood spoor beland. In eerste instantie wordt een therapeutisch doel beoogd. Daarom heeft de toenmalige raad van bestuur beslist de projectfinanciering niet meer voort te zetten. De raad had immers vastgesteld dat ze geen wettelijke basis had om dit te financieren, omdat het niet gaat om een preventief project.

Toen ik vernam dat Kind en Gezin deze projecten niet langer kon betoelagen, ben ik op zoek moeten gaan naar een oplossing. Net als u allen ben ik er immers van overtuigd dat het toch wel erg jammer zou zijn als deze ex-

pertise zou verloren gaan. We hebben dus bekeken hoe we konden zorgen voor een voortzetting. We hebben een tijdelijke oplossing uitgewerkt, in de vorm van een subsidiëring voor een beperkte tijd, namelijk van 1 januari tot 31 oktober 2007. Door die termijn ligt de financiering wel lager. De toegekende bedragen zijn 79.200 euro voor het project in Sint-Denijs-Westrem en 184.200 euro voor het project in Zoersel. Hierdoor is er een garantie dat beide projecten kunnen voortwerken. Uiteraard is het mijn bedoeling om op zoek te gaan naar een structurele financiering. Het strookt immers met mijn beleidslijn dat we, indien we iets beschouwen als waardevol en indien er voldoende expertise is, de voorzieningen in staat moeten stellen om een beleid te voeren. Als de voorzieningen afhankelijk blijven van projectsubsidies, is het immers moeilijk om een langetermijnvisie te ontwikkelen.

In elk geval verbinden we ons ertoe te zorgen voor een voortzetting van deze projecten. We hebben daar geld voor gevonden. Het is onze wens dit structureel in te bedden.

Mocht dat niet meteen lukken, dan zullen we de financiering op projectbasis voortzetten. We hopen echter dat we de periode van continuering op projectbasis zo kort mogelijk kunnen houden.

Wat de vraag van mevrouw Roex betreft, nu financieren we dit met de middelen van de Nationale Loterij.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord en zeker voor uw bezorgdheid dat deze projecten zouden worden voortgezet. Tot eind oktober zijn ze veilig. We kunnen niet wachten tot de begrotingsbesprekingen om hierover ten gronde te discussiëren. Het is belangrijk dat er ook voor november en december een oplossing komt. Het benieuwt me dan ook hoe snel u een oplossing zult vinden om deze projecten definitief te maken.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Die bedragen van 184.200 en 79.000 euro gelden voor tien maanden?

Minister Inge Vervotte: Inderdaad.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Uiteraard zijn er dan nog twee twaalfden achter van het oorspronkelijke bedrag, en als ik snel reken, zal het zelfs meer zijn.

Minister Inge Vervotte: Neen, ongeveer hetzelfde.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorgvoucher

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de voorstellen tot het invoeren van een Vlaamse zorgvoucher

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte leden, enkele weken geleden vond er in De Schelp een studiedag plaats over het opvangtekort. Ik was trouwens niet de enige daar. De minister-president was er een opgemerkte verschijning, een gebaar tegenover de zorgsector dat ik erg apprecieer.

De organisatie Opvang Tekort heeft er een aantal voorstellen gedaan over het wegwerken van de wachtlijsten en over de manier waarop men de problemen van personen met een handicap – vooral personen met een mentale handicap – kan aanpakken. De organisatie verwees daarbij naar de dynamiek van het Nederlandse PGB-systeem. We hebben daar in het verleden al over gediscussieerd. Persoonlijk meen ik dat een verder doorgedreven PGB-model in de toekomst ook voor Vlaanderen oplossingen kan bieden. Ik weet dat daarover wordt nagedacht.

Met deze vraag wil ik me echter concentreren op een bepaalde stelling van Opvang Tekort. Ik heb hun teksten grondig gelezen. Ze bevatten zeer aantrekkelijke elementen, maar ook elementen waarvan we ons kunnen afvragen of ze correct en haalbaar zijn. Daarom mijn vraag. Er zijn 11.000 zorgvragen, waarvan bijna drie kwart behoort tot de hoogste urgentiecategorieën. Jammer genoeg zijn er nog geen recentere cijfers inzake de registratie. Ik ga uit van de laatste cijfers die door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) zijn bekendgemaakt, onder meer op het internet. Volgens de vzw Opvang Tekort leidt dit tot een steeds grotere druk op de wachtlijsten. Bij de mensen zelf, vooral bij de omgeving van de persoon met een handicap, leidt dit tot een grotere psychologische druk. De zorgvragen nemen toe, ondanks alle inspanningen die de jongste vijf jaar zijn geleverd door de opeenvolgende ministers en regeringen. De vzw haalt een aantal verklarende factoren aan: het aanzuigeffect van de federale voorzieningen, de gestremde doorstroming naar woonopvang voor volwassenen en het feit dat zorgvragers met een latente zorgvraag wakker zouden zijn geschoten en ook een aanvraag hebben ingediend.

Persoonlijk denk ik dat het laatste element een belangrijke factor is. Een andere factor, die niet wordt aangehaald, is dat de familiale zorgen en de mantelzorg – de intrafamiliale hulp – langzamerhand eroderen. De fami-

lies hebben die problemen vaak zeer lang intern opgelost omdat ze op de wachtlijst van het VAPH stonden. Nu worden de zorgvragen dus explicieter.

De vzw stelt een aantal oplossingen voor. Volgens haar moeten de andere spelers, zoals de federale overheid, worden geresponsabiliseerd. De vzw gaat in op het stijgende aantal hulpvragen bij blijvende hersenletsels die het gevolg zijn van verkeersongelukken. In een voorziening in Gits, in West-Vlaanderen, is er een markante toename van het aantal personen met hersenletsels. De vzw stelt dat men een vorm van zorgzekerheid moet kunnen aanbieden aan die personen met een handicap. De zorgzekerheid is een interessant concept, dat in de visie van de vzw steunt op twee pijlers. De eerste pijler is zorg op maat. Dat impliceert keuzevrijheid en verschuivingen in de zorgvorm indien dat nodig is. De tweede pijler is dat een zorgvraag snel en zelfs meteen een oplossing moet kunnen krijgen. Dat vereist een veel grotere flexibiliteit van het uitbreidingsbeleid, dat nu slechts eenmaal per jaar wordt aangepast. De vzw doet een aantal voorstellen over de zorgvoucher. Het multidisciplinaire team (MDT) zou, op het moment dat de persoon erom vraagt, via inschaling voor de zorggradatie de juiste zorgmodule moeten aanduiden, zowel voor dagbesteding als voor dag- en nachtopvang.

De provinciale evaluatiecommissie houdt nauwgezet toezicht en keurt de vragen al dan niet goed. Van zodra iemand over een zorgvoucher beschikt, zou men veel sneller op de vraag kunnen inspelen en een garantie kunnen geven van opvang bij een erkende voorziening. Het systeem laat toe dat personen in grote persoonlijke vrijheid op zoek gaan naar een erkende voorziening of hulpformule. Het laat ook toe dat er een soort van contract wordt afgesloten tussen de persoon met een handicap en de voorziening en dat de gebruiker de kosten rechtstreeks betaalt.

Het is een variant op de PGB-modellen die in het verleden al zijn uitgewerkt in Vlaanderen en in Nederland. Ook in Duitsland bestaan gelijkaardige systemen. Mensen moeten zich minder zorgen maken over hun toekomst. De druk op de directe familie neemt af en er ontstaat minder controverse tussen gebruikers, voorzieningen en provinciale evaluatiecommissies. Het overleg binnen de zorgregie kan deels worden afgebouwd en er kan ook zorg in natura worden verleend. In tegenstelling tot PAB en PGB is er geen overdracht van geld naar de persoon met een handicap, maar wel van zorg in natura. Volgens de vzw kunnen op die manier ook de wachtlijsten worden afgebouwd.

Het is in ieder geval een ambitieus verhaal met vooronderstellingen die vragen oproepen, maar de problematiek neemt in onze samenleving veeleer toe dan dat hij afneemt. Vandaar mijn vragen.

Hoe staat u tegenover het voorstel van de vzw Opvang Tekort? Is het – al dan niet gedeeltelijk – realiseerbaar? Is het al verder onderzocht door het VAPH? Wat zijn de budgettaire gevolgen van dit voorstel? Is dit beter betaalbaar dan de bestaande werkwijze? Kan dit voorstel bijdragen tot het wegwerken van wachtlijsten, zoals Opvang Tekort zelf stelt?

Mevrouw Marijke Dillen: Ondanks de verschillende inspanningen die al zijn geleverd, moet op het terrein worden vastgesteld dat de zorgvragen voor opvang en begeleiding omwille van allerlei redenen blijven toeneemen. De heer Caron heeft dat al uiteengezet. Ik denk vooral aan de dringende zorgvragen, waarbij de zorgvrager snel een geschikt zorgaanbod zoekt. Het aantal plaatsen is beperkt met als gevolg dat er wachtlijsten zijn, maar ook dat een persoon met een handicap of zijn omgeving onder een enorme psychische druk komt te staan. De laatste jaren zijn er verschillende systemen uitgewerkt voor de financiering van de zorg. Niet alleen in deze regeerperiode, ook in de vorige werden er interessante initiatieven genomen. Dat blijkt helaas onvoldoende te zijn. Nieuwe ideeën blijven dus welkom.

Enkele weken geleden heeft de vzw Opvang Tekort naar aanleiding van de Internationale Dag voor Personen met een Handicap een voorstel geformuleerd om de wachtlijsten voor de opvang van personen met een mentale handicap duurzaam weg te werken. Er is duidelijk nood aan zorgzekerheid. Dat is de enige manier om familieleden ervan te overtuigen de zorg zo lang mogelijk vol te houden. Het is heel belangrijk dat personen met een handicap zorg op maat krijgen en dat de zorg afgestemd is op het draagvlak, de familie, het gezin of de instelling die de persoon met een handicap ondersteunt.

De vzw Opvang Tekort heeft een uitvoerig concreet voorstel geformuleerd om via een zorgvoucher deze zorgzekerheid te waarborgen en, indien nodig, een onmiddellijke oplossing te bieden. Deze zorgvoucher kan worden aangeboden in een voorziening naar keuze van de zorgvrager. Vanaf het ogenblik dat een erkende voorziening de zorgvoucher heeft ontvangen in ruil voor dienstverlening, wordt het personeelskader uitgebreid.

De financiering kan gebeuren door het aanleggen van een reservefonds bij het VAPH. Het budget van het VAPH moet jaarlijks worden aangepast om de geactiveerde zorgvouchers op te nemen in de recurrente kosten.

Mijn vragen zijn bijna dezelfde als die van de heer Caron. Het is inderdaad een aantrekkelijk voorstel. Wat is uw standpunt hierover, mevrouw de minister? Hebt u al initiatieven genomen om te laten onderzoeken of dit voorstel in de praktijk haalbaar is en wat de voordelen ervan zijn? Zijn er al gesprekken geweest met het VAPH, de belangrijkste partner, om de mogelijkheden van dit systeem te bespreken en te onderzoeken?

Mevrouw Vera Jans: Mijn vragen zijn in de vorige tussenkomsten al grotendeels aan bod gekomen. Ik heb wel nog een vraag in verband met de preventieve plaatsingen op de wachtlijsten, het derde punt dat vzw Opvang Tekort als een groot probleem ziet. De vereniging zegt dat veel ouders hun zoon of dochter uit voorzorg op een wachtlijst inschrijven. Als er een plaats vrijkomt, weigeren ze die vaak omdat de opvang op dat moment nog niet dringend is. Moeten we dat beschouwen als een probleempunt? Volgens sommige instellingen moeten er heel wat telefoontjes worden geplaatst om de open plaats opgevuld te krijgen. Verschillende mensen antwoorden dat ze in urgentiecode 1 staan opgeschreven omdat ze zekerheid willen voor de toekomst. Kent u deze problematiek? Bestaan er hierover cijfers? Wordt dit probleem misschien wat overschat? Zelf kan ik dat moeilijk evalueren.

Ik heb nog een bedenking bij het systeem van de zorgvoucher. Het is een constructief voorstel, maar het houdt onvoldoende rekening met de noodzakelijke infrastructuurkosten. Wat is het nut van een voucher als het aanbod niet wordt uitgebreid? Dat is een knelpunt. Aan de andere kant zie ik gelijkenissen met sommige bestaande systemen. De heer Caron heeft al verwezen naar de PGB-voorstellen. Ik zie veeleer een overeenkomst met de zorggradatie. Ligt dat in de lijn van de gangbare ideeën over zorggradatie?

Vzw Opvang Tekort vestigt ook de aandacht op het probleem van de doorstroming naar de woonopvang voor volwassenen. Kunt u de meest recente ontwikkelingen op dat vlak schetsen?

Mevrouw Helga Stevens: De heer Caron verwijst naar de situatie in Nederland en Duitsland waar men met het PGB de wachtlijsten tracht aan te pakken. Het is gevaarlijk om dat systeem gelijk te stellen met de zorgvoucher. De inhoud is verschillend. Men kan geen appels met citroenen vergelijken. Het PGB-decreet dat al geruime tijd bestaat en waarvan de uitvoering wat blijft haperen, wil de financiering van de zorg afstemmen op de zorgvraag, veeleer dan op het zorgaanbod. Dat is zeer belangrijk. In de vraag naar zorgvouchers zit ook de vraag naar meer vraaggestuurde zorg. Dat heeft dezelfde bedoeling als het PGB.

Een aanzienlijk probleem met de zorgvoucher is dat de persoon afhankelijk blijft van de zorg van instellingen. Dat betekent dat er nood is aan voldoende opvangcapaciteit. We kunnen niet toveren. Als er onvoldoende capaciteit bijkomt, blijven we met dezelfde problemen zitten.

Stel dat ik moeder of vader ben van een persoon met een mentale handicap, en ik overlijd morgen, dan blijft het probleem bestaan. Mijn zoon of dochter kan nergens terecht omdat er een capaciteitsprobleem is. De

zorgvouchers kunnen dat niet oplossen. Stel dat ik binnen zes maanden of een jaar opvang nodig heb, dan kan er voorzien worden in een planning, maar in een urgente situatie blijft het probleem van capaciteitstekort bestaan.

In de zorgvouchers wordt aandacht besteed aan de lonen van het personeel in de instellingen, maar om zorg te kunnen verstrekken is er ook infrastructuur nodig. Men kan de situatie niet zomaar vergelijken met het onderwijs waar men gemakkelijk tien leerlingen in eenzelfde lokaal kan zetten. Voor personen met een handicap – eventueel in een rolstoel – is er plaats nodig. Men kan niet zomaar twintig personen extra opnemen in een instelling. Het probleem van de infrastructuur blijft dus onbeantwoord. Hoe wordt dat aangepakt?

De beperkte keuze is ook een probleem. De mensen kunnen vaak niet kiezen en moeten nemen wat er ter beschikking staat, zo niet worden ze opnieuw onderaan de wachtlijst geplaatst. Het PGB heeft net de bedoeling om los van de instellingen te zorgen voor flexibiliteit op het vlak van de zorg en op het vlak van wonen. De persoon kan dus zowel thuis als in een instelling zorg krijgen. Als er een nieuw systeem wordt aan toegevoegd, zal er misschien verwarring ontstaan. Er zouden wel eens valse verwachtingen kunnen ontstaan. Ik pleit voor een integrale uitvoering van het PGB-decreet, dat rekening houdt met de noden van iedere groep van personen met een handicap.

Ik begrijp volledig dat personen met een mentale handicap andere behoeften hebben dan personen met een fysieke handicap. Hoe zit het concreet met de uitvoering van het PGB-decreet en hoe wordt rekening gehouden met de noden van de verschillende groepen van personen met een handicap? Het PAB is maar een onderdeel van het ruimere geheel van het PGB.

Ook het systeem van de zorggradatie speelt een belangrijke rol. Bij de bespreking van de beleidsbrief hebt u gezegd dat er binnen de Vlaamse Regering twee beslissingen voorlagen die een eerste stap betekenen voor het PGB, namelijk de mogelijkheid om, ondanks het PAB, toch voor een deel verzorging te krijgen, in een dagcentrum of in een residentie. Hoe staat het daarmee?

Mevrouw Mieke Vogels: De evolutie van de vzw Opvang Tekort is belangrijk. De opmerkelijke studiedag naar aanleiding van het vijfjarig bestaan van de vzw vond plaats in aanwezigheid van de minister-president. De vzw is vijf jaar geleden opgericht als reactie op de zorgvernieuwing en de introductie van het PAB. De mensen van de vzw dachten dat ze zouden verplicht worden om hun kind zelf op te voeden, en dat er geen extra plaatsen zouden komen in voorzieningen. De zorgvernieuwing ontstond vijf jaar geleden omdat toen al het besef leefde dat men, met de klassieke antwoorden die toen, en eigenlijk ook nu nog, worden gegeven, on-

mogelijk een antwoord zou kunnen geven op het stijgende aantal zorgvragen van personen met een handicap. Men realiseerde zich dat er nood is aan meer zorg op maat en dat sommige mensen langer een beroep zouden kunnen doen op mantelzorg als er wat meer hulp zou worden geboden, bijvoorbeeld in de vorm van een persoonlijke assistent die twee of drie dagen per week aan huis komt.

Op dat ogenblik was de realisatie van die enorme zorgvernieuwing niet in één klap mogelijk. Daarom is men toen gestart met het PAB, als tussenstap naar het PGB. Ik ben het volledig eens met mevrouw Stevens: waar blijven in godsnaam de uitvoeringsbesluiten van het decreet over het PGB? Dat decreet dateert van 2003. Wanneer zullen we weten hoe de zorgvernieuwing er zal uitzien en wanneer het PGB er komt? Mevrouw Jans, u moet weten dat zorggradatie echt niet hetzelfde is als een PGB. Zorggradatie is een stap om mensen met een PGB meer zorg op maat te laten kopen. Zorggradatie is geen persoonsgebonden financieringsmechanisme.

Het feit dat de vzw Opvang Tekort na vijf jaar stelt dat de traditionele opvang die vandaag nog altijd bestaat, niet zal volstaan en dat er andere mechanismen nodig zijn, is betekenisvol. Zoals mevrouw Stevens denk ik dat de zorgvoucher maar effectief zal zijn als daar geld tegenover staat. Een PGB heeft maar zin als de persoon met een handicap daarmee zorg kan kopen. Hij of zij moet dat geld niet noodzakelijk ook echt in handen krijgen. De vraag is dus gesteld: waar blijven de uitvoeringsbesluiten van het decreet over het PGB?

De voorzitter: Mevrouw Van der Borghth heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borghth: Er is al veel gezegd, en ik wil niet in herhaling vallen. Toch wil ik opmerken dat het systeem op zich niet zo slecht is. Maar wat is de haalbaarheid ervan? De heer Caron zei heel duidelijk dat het allemaal geld zal kosten. De vraag kan worden gesteld: welke regering kan voldoende geld vrijmaken om dat ook effectief waar te maken? En wat zal er gebeuren met de mensen op wachtlijsten die niet naar een instelling wens te gaan? Zij zullen niet gebaat zijn met een zorgvoucher. Hebt u daar een oplossing voor?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijn uiteenzetting ligt in de lijn van wat hier is gezegd. Dat is logisch, want we delen allemaal dezelfde visie. Ik wil vooreerst zeggen dat voorzien in de juiste zorgen voor personen met een handicap een prioriteit van de Vlaamse Regering blijft. Elk woord is van belang. Er kan evenwel lang worden gedebatteerd over de definitie van zorgondersteuning.

Soms kan een kleine steun een grote hulp betekenen. Dat debat is natuurlijk ideologisch getint. Het geven van evenveel omkadering voor materiële zorgtaken als voor de zorgverlening in een residentie wordt als een discriminatie ervaren. Dat is begrijpelijk, maar we moeten de doelstelling voor ogen houden: zoveel mogelijk mensen zo goed mogelijk ondersteunen. De solidariteit moet daarin spelen. Het zijn moeilijke discussies, maar ze moeten worden gevoerd.

Eind januari zal duidelijk zijn hoe het met de registratie zit. Dan zullen we de cijfers bekendmaken. Men heeft gezocht naar de effecten van het onzekerheidsgevoel op de wachtlijsten en de registratie. Wat was de redenering? Als mensen een zekerheid hebben, dan zullen bepaalde effecten op de registratie beter beheersbaar zijn en zullen we een rechtvaardigere en transparantere zorgtoewijzing kunnen realiseren. Dat is ook mijn zorg.

De zorgvoucher zou voor een vorm van 'zorgzekerheid' kunnen zorgen. Misschien gaan ouders en familieleden dan langer wachten vooraleer ze tot registratie overgaan. Het is echter bijzonder moeilijk om de mogelijke gevolgen inzake registratie te voorspellen. Een zorgvoucher zal zeker bijdragen tot de versterking van de autonomie van personen met een handicap. Dit systeem dient ongetwijfeld het principe van de vraaggestuurde evolutie. Om de keuzevrijheid van de personen met een handicap te garanderen, moet het aanbod wel voldoende groot zijn.

De inschaling is noodzakelijk om dit alles vorm te geven. Daarom hebben we in het VAPH een werkgroep opgestart. Vandaag beschikken de erkende multidisciplinaire teams niet over adequate en objectieve instrumenten om te bepalen welke zorg er in het nieuwe systeem moet worden gereserveerd en voor wie. Naast zorgvernieuwing vind ik ook het aspect zekerheid erg belangrijk. Ik heb hier al eerder gezegd dat ik een voorstander ben van een gedifferentieerde codering van de zekerheid die moet worden geboden. Mensen in een acute noodsituatie moeten natuurlijk een antwoord krijgen op hun zorgvragen. We proberen dat te doen met de noodprotocols. Verder willen we onderzoeken of het mogelijk is om aan zorgvragen termijnen van zes of twaalf maanden te verbinden en daarover zekerheid te verschaffen.

Wat is het verschil met de huidige toestand? Vandaag stellen we vast dat sommigen niet onmiddellijk op een aanbod van een voorziening ingaan, ook al hebben ze urgentiecode 1. Er zijn scheeftrekkingen, en dat heeft ook te maken met onzekerheden. Het voorstel wil daar iets aan doen en dat is verdienstelijk. We onderzoeken dat verder. Ook de concrete realisatie van het PGB pakken we aan. Het systeem van de zorgvoucher moet beheersbaar zijn. De Vlaamse Regering is geen voorstander van open-endsystemen. Ons eerste uitgangspunt is rechtszekerheid. Een zorgvoucher in een open-endsys-

teem betekent evenwel dat men niet weet wat dat zal kosten. We zijn wel bereid te zoeken naar een bevredigende gemengde formule. We kunnen zoeken naar een systeem met een vastgelegde financiële enveloppe om dan binnen die limiet naar rechtszekere oplossingen te gaan. Open-endsystemen zijn moeilijk beheersbaar, want ze zorgen alleen op papier voor rechtszekerheid en niet in de realiteit. We willen evenwel niet het kind met het badwater weggooien. We zullen de voorstellen over onder meer prioriteiten en codering ter bevordering van de zekerheid samen met hen bestuderen.

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Ik dank de minister voor haar uitgebreide antwoord. Ik ben blij dat een aantal elementen verder onderzocht zullen worden. Ik ben blij dat het belangrijke concept van de zorgzekerheid ernstig wordt genomen. Het lijkt me echter erg moeilijk om die zekerheid te realiseren zonder een open-endsysteem. Ook vandaag werken we met een open-endsysteem. Uiteindelijk wordt alles bepaald door de budgettaire mogelijkheden van de Vlaamse overheid. Dat is geen kritiek, maar een vaststelling.

We denken dat we het probleem beheersen omdat we zorgen voor erkenningen en dergelijke, maar eigenlijk is dat een vorm van zelfbedrog. Ik verwijt u dat niet persoonlijk. U zegt dat we niet weten of de zorgvoucher kan garanderen dat we mensen een plaats in een voorziening kunnen bezorgen op het ogenblik dat ze die nodig hebben. Daar hebt u gelijk in. Het is dus allemaal erg moeilijk.

Deze discussie en de studiedag doen bij mij de vraag rijzen of we niet dieper moeten nadenken over de oorzaken van het voortbestaan van de wachtlijsten en over mogelijke remedies. Ik deel uw mening over de zorggradatie en de experimenten. Dat zal veel verduidelijken. Op de een of andere manier moeten we echter een beter inzicht verwerven in de oorzaken van de toename van de zorgvraag. Die oorzaken moeten we aanpakken, dat is beter dan aan het einde van de ketting te sleutelen. Ik zeg dat met enige voorzichtigheid omdat ik besef dat het heel moeilijk is. Net als veel mensen rond deze tafel heb ik het gevoel dat hoe meer de overheid investeert in zorg, hoe groter de noden in de samenleving worden. Dat is, of we het nu willen of niet, een zeer bizarre situatie, die ons tot bestuurlijke creativiteit zal nopen. We zullen moeten nagaan hoe we met dit probleem moeten omgaan. Ik vrees dat anders aan het eind van deze rit nog een hogere berg van Mozes voor ons zal opdoemen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Het is inderdaad een verdienstelijke poging om een voorstel te lanceren. Ik

dank u, mevrouw de minister, dat u bereid bent om dit ernstig te nemen en verder te onderzoeken.

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Dank u, mevrouw de minister, voor uw uitgebreide antwoord. Ik ben het volledig eens met de heer Caron dat er een diepgaandere discussie nodig is en dat we ook moeten kijken naar het verleden. In Vlaanderen is het altijd de traditie geweest dat personen met een handicap werden opgevangen door de familie. De maatschappij is echter aan het veranderen. De familiale structuren verdwijnen stilaan. Het kerngezin kan de zorg voor een persoon met een handicap niet meer dragen, zeker niet als de ouders zelf bejaard zijn. De druk op de overheid zal toenemen. De overheidszorg kan instellingenzorg zijn of betaalde thuiszorg, of een combinatie van beiden, dat maakt niet uit. Enkele jaren geleden had men met het PAB deels de bedoeling om een verschuiving van fondsen van de residentiële zorg naar de individugebonden zorg teweeg te brengen. Nu blijkt dat toch niet zo te zijn omdat veel mensen die vroeger niet in die instellingen terechtkwamen, toch een PAB aanvroegen. Daarnaast waren er in de instellingen ook personen die daar graag weg wilden, maar omwille van de beperkte budgetten geen PAB kregen. Vandaar het onverwachte effect van de lange wachtlijsten.

We zouden eens naar de situatie in Nederland, Zweden of Duitsland moeten kijken. Waarom werkt het daar wel en hier niet? Ik kan me echt niet voorstellen dat men daar werkt met open-endbudgetten. Hoe komt het dat de wachtlijsten in Nederland verdwijnen? Misschien komt het doordat Nederland al langer een traditie heeft van instellingenzorg en minder van familiale opvang? Misschien is er op dit ogenblik in Vlaanderen een overgangperiode aan de gang waarbij de twee zorgvragen samenkomen, en zal de situatie er binnen twintig jaar helemaal anders uitzien.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Ik heb de situatie in Nederland ook een beetje onder de loep genomen. Daar stuurt men veel meer. Het sturen van de vraag zit al in het inkopen, op basis van een duidelijk afgebakend aanbod. Bij ons wil men een combinatie maken van beide. Vanuit mijn filosofie kan ik dat onderschrijven. In Nederland wordt de regie heel duidelijk afgebakend door de overheid. Wij evolueren ook in die richting. Maar wij zullen veel minder de regie kunnen behouden omdat de toewijzing van het aanbod gebeurt op basis van de inschaling van de zorgbehoefte. Daar gebeurt het op basis van het aanbod. Dat is toch wel een heel groot verschil. Zo kun je alles veel beter beheersen. Dat zou hier een omslag van filosofie betekenen die ik niet zou kunnen onderschrijven omdat het betekent dat je vertrekt van het bestaande aanbod en niet van multidisciplinaire teams die onder-

zoeken welk aanbod het meest geschikt is voor een bepaalde persoon in een bepaalde context.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

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

Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vrijetijdzorg voor personen met een handicap

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: We hebben in deze commissie al gediscussieerd over de vrijetijdzorg voor personen met een handicap. In het kader van het regeerakkoord onderzochten we of die vrijetijdzorg al dan niet zou overgaan van Welzijn naar Cultuur. Mijn vraag gaat niet over dat aspect. De regering heeft nu beslist dat vrijetijdzorg binnen Welzijn blijft. De regering heeft daarover in wijsheid geoordeeld en ik wil daar dan ook niet op terugkomen.

De term vrijetijdzorg – die is niet toevallig gekozen – illustreert dat het gaat om een specifieke werkvorm die complementair is aan het reguliere vrijetijdsaanbod vanuit de sectoren Cultuur, Jeugd en Sport.

Vandaag worden deze initiatieven met projectgeld gesubsidieerd, met jaarlijks terugkerende overeenkomsten en beslissingen. Gezien de beslissing van de Vlaamse Regering heeft het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) blijkbaar geoordeeld dat men moet zoeken naar een meer structureel en reglementair kader om dat op te vangen. Dat is een terechte zorg.

In zijn nota stelt het VAPH voor om vijf steunpunten op provinciaal niveau op te richten. Ik kom uit de culturele sector en daarom maakt de term 'steunpunt' mij al een beetje ongerust. De kernopdrachten van deze provinciale steunpunten zijn: het ondersteunen van vrijetijdsorganisaties; het promoten van individuele vrijetijdstrajectbegeleiding als methodiek om personen met een handicap te begeleiden naar het reguliere vrijetijdsaanbod; het sensibiliseren van de reguliere vrijetijdssector – de jeugd-, cultuur- en sportsector – om zich open te stellen voor deze doelgroep; het uitbouwen van deskundigheid op het vlak van vrijetijdzorg voor deze doelgroep en een goede afstemming op het vrijetijdsbeleid aangestuurd door de provincies. Dat laatste is niet toevallig omdat in een aantal sectoren de provincies inderdaad een rol opnemen inzake de vrije

tijd. Zo is de gehandicaptensport uitdrukkelijk een provinciale kerntaak. U zou de provinciale steunpunten dus kunnen beschouwen als expertisecentra.

Op deze nota van het VAPH kwam een stevige reactie van alle betrokken organisaties en hun koepels. De laatste nieuwsbrieven van deze organisaties gaan er trouwens uitgebreid op in. De sector vindt in de nota maar één positief punt, namelijk het feit dat de vrijetijdszorg bij Welzijn blijft en dat dat structureel moet worden erkend.

De formule van de steunpunten wordt door de organisaties zeer in twijfel getrokken, zeg maar bestreden. Ze schaft de subsidies aan de huidige initiatieven op het terrein af en zorgt alleen voor een indirecte ondersteuning. U kunt zich terecht afvragen wie dat werk op het terrein effectief zal doen. In plaats van vrijetijdszorg creëert deze formule: “... maximum tien niet ter zake doende en overbodige provinciale steunpunten, die niets meer kunnen ondersteunen want er is op het terrein niets meer over”. Daardoor is ook de sensibilisering van de reguliere vrijetijdssector een lege doos. Mevrouw de minister, dit zijn sterke woorden. Deze formule creëert geen vrijetijdszorg binnen het dienstenaanbod van de sector Zorg, al wordt de noodzaak van een structurele inbedding van de vrijetijdszorg wel erkend.

De nota miskent volgens de organisaties ook de resultaten van het Lucas-onderzoek, dat aan de basis lag van de beslissing om de vrijetijdszorg in het domein van Welzijn te houden. Ze gaat ook in tegen het voornemen van de minister in haar beleidsbrief van dit jaar: “Ik wil een definitieve regeling van deze werking verzekeren om op blijvende wijze te voorzien in de nodige vrijetijdsondersteuning voor de doelgroep.”. De Lucas-haalbaarheidsstudie bevestigt dat de twintig organisaties er met relatief beperkte middelen in slagen om vele thuiswonende personen met een handicap een aangepast vrijetijdsaanbod te geven. De studie bevestigt ook dat die initiatieven tegen grenzen en beperkingen opbotsen die het voor hen haalbare sterk overschrijden.

De organisaties stellen zich constructief op. Zij stellen voor dat ze binnen de provinciale grenzen veel actiever zouden gaan samenwerken, dat ze het aanbod naar de doelgroep zouden diversifiëren en dat ze de expertise die ze hebben op deelterreinen, met elkaar zouden delen.

Ze vinden dat het bestaande reglementaire kader, het besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 2002, een geschikte basis biedt voor de uitbouw van een organisatorisch kader. Ze willen dat dit kader deel uitmaakt van het uitbreidingsbeleid in het beleidsdomein personen met een handicap, dat het deel uitmaakt van de strijd tegen de wachtlijsten. Een dergelijk vrijetijdsaanbod heeft namelijk een belangrijke gezinsondersteunende functie en speelt een preventieve rol. Daardoor wordt voorkomen dat mensen in een instelling worden opgenomen.

De organisaties pleiten dan ook voor de erkenning van een aantal autonome organisaties. Dat willen ze niet zomaar. Ze willen dat doen op basis van alle regels die verbonden zijn aan een goede subsidiëring, dus met een onderzoek, een evaluatie, een erkenningsprocedure, een beheersovereenkomst enzovoort. Zij vragen dus geen vrijbrief. Dat vind ik correct.

Ze willen dat de vrijetijdszorg laagdrempelig blijft, dicht bij de mensen, en dat er geen ‘ticket’ vereist is. Dat betekent niet dat de doelgroep niet hoofdzakelijk moet bestaan uit personen met een handicap en dat er geen controle mag zijn. Ze willen participeren aan verschillende vormen van het Regionaal Overleg Vrijetijdszorg, teneinde de activiteiten op elkaar af te stemmen.

Mevrouw de minister, ik ga ervan uit dat u de nota van het VAPH kent. Wat is de formele status van die nota? Hebt u die nota goedgekeurd en hebt u het VAPH de opdracht gegeven hierover in gesprek te treden met de betrokken organisaties?

Bent u op de hoogte van de standpunten van de sector en van de koepels? Is er overleg geweest met u persoonlijk of met uw kabinet? Bent u bereid om rekening te houden met de standpunten van de sector?

En algemener, wanneer mogen we een aangepast structureel kader verwachten voor de vrijetijdszorg voor personen met een handicap? Zult u dat doen met een aanpassing van het uitvoeringsbesluit of met een decreetale regeling? Zullen wij al dan niet inspraak krijgen?

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Ik heb twee bijkomende vragen, mevrouw de minister. In de beleidsbrief 2006-2007 lezen we dat het aanbod van aangepaste vrijetijdsinitiatieven zou verlopen via een samenwerkingsakkoord met minister Anciaux. Kunt u wat meer zeggen over de inhoud over dat samenwerkingsakkoord?

U spreekt over een registratiesysteem dat zal worden opgezet om de opdrachten en initiatieven correct te kunnen toewijzen aan Cultuur, Sport, Media of Welzijn. Wat is de stand van zaken van dit registratiesysteem?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: De bekommernissen over dit dossier hebben al geleid tot een aantal stappen, waaronder het registratiesysteem. Ik heb een werkbezoek gebracht aan een van de vrijetijdsinitiatieven en heb er de kans gehad om met de ouders te praten. Ze hebben mij ervan overtuigd dat een aantal beleidsopties in de praktijk moeilijk uitvoerbaar zijn. Daarop hebben we opnieuw overleg gepleegd met minister Anciaux, wat heeft geleid tot de registratie. Door die registratie

moesten er enkele herzieningen gebeuren. Die zijn vervat in een gemeenschappelijke standpuntnota. De administratie moest deze standpuntnota verder uitwerken en heeft enkele denkpistes aangereikt. Een daarvan was inderdaad de oprichting van provinciale steunpunten. De administratie had de uitdrukkelijke bedoeling om een discussienota op te stellen. Blijkbaar is ze in haar opzet geslaagd.

Het is onze bekommernis dat alle personen met een handicap een aanbod kunnen vinden. Dat mag niet beperkt blijven tot de nu erkende vrijetijdsinitiatieven. Ook initiatieven die niet erkend of gesubsidieerd zijn en die toch een aanbod willen creëren, moeten die mogelijkheid hebben. Ik wil ook heel duidelijk de zorgcomponent blijven bewaken en niet in de plaats treden van een inclusief cultuuraanbod. We moeten proberen om deze uitgangspunten om te zetten in de praktijk. Mijn raadgever heeft een overleg gehad waarbij ze meegedeeld heeft dat de voorstellen van de organisaties in het debat aanbod zullen komen. Het voorstel van de organisaties om binnen elke provincie gezamenlijk de verantwoordelijkheid te dragen voor het realiseren van verschillende functies van vrijetijdszorg, vind ik zeker en vast het overwegen waard. Daarmee bedoel ik echter niet dat ik de intentie heb om vrijetijdszorg te erkennen als een aparte werkvorm binnen de sector Zorg van het VAPH, een sector die dan wordt opgenomen in het uitbreidingsbeleid.

In overleg met de sector willen we komen tot een uitvoeringsbesluit, zodat de definitieve regeling in werking kan treden vanaf 1 januari 2008.

De heer Bart Caron: Ik hoop dat er nog veel gesprekken zullen worden gevoerd. Ik kan uw uitgangspunten delen, namelijk dat er voor elke persoon met een handicap een bereikbaar of toegankelijk aanbod moet zijn en dat de zorgcomponent aanwezig moet zijn. U wil dat niet erkennen als een aparte werkvorm, maar toch is het een specifieke methodiek die eigen vormen van begeleiding vergt.

Is het de bedoeling om blijvend personeelsleden in te zetten op het terrein om effectief activiteiten te organiseren met en voor personen met een handicap? Of is het de bedoeling om dat aan vrijwilligers over te laten? Het is mijn bekommernis dat de activiteiten dicht bij de mensen worden georganiseerd. De vergelijking gaat niet helemaal op, maar de animatie in rusthuizen gebeurt dicht bij de bewoners die zelf niet de kracht of de mogelijkheid hebben om zich ver te verplaatsen. Is het de bedoeling om vrijetijdsactiviteiten te organiseren dicht bij deze doelgroep?

Minister Inge Vervotte: Ik wil me niet vastzetten in het debat, maar ik denk dat het onverenigbaar zou zijn om de zorgcomponent te willen bewaken en dat niet ter plaatse te doen. Toegankelijkheid is heel belangrijk.

Misschien kunnen de provincies daarin een rol spelen, vandaar de idee van provinciale steunpunten. Voor mij is het bewaken van een zorgcomponent niet gelijk aan het erkennen van een aparte werkvorm vrijetijdszorg die dan opgenomen wordt in het uitbreidingsbeleid van de zorg voor personen met een handicap. Als we beleidsprioriteiten moeten vastleggen, moeten we zoeken naar manieren om die zorgcomponent in de vrijetijdszorg te bewaren, maar niet als aparte werkvorm.

De heer Bart Caron: Ik weet dat er nog veel aan gewerkt moet worden. Maar ik vrees dat er provinciale structuren gaan komen – met heel deskundige mensen – waar de gebruikers niet veel baat zullen bij hebben. Ik lig niet wakker van sectoren, van aparte werkvormen of van een uitbreidingsbeleid, maar wel van die twintig initiatieven. Ik pleit voor de erkenning van de specificiteit van de vrijetijdszorg voor personen met een handicap. De welzijnscomponent zit in de methodiek om met die mensen te werken.

Minister Inge Vervotte: Dat is nu precies waarom we al die initiatieven hebben genomen. Ik was er een voorvechter van en daarom heb ik ook al die stappen ondernomen om het te kunnen realiseren. Maar vandaag worden er volgens mij impliciet andere vragen gesteld en daar kan ik niet blindelings in meestappen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het lokaal seniorenbeleid

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het kan vreemd klinken, maar eigenlijk sluit deze vraag enigszins aan bij die van de heer Caron. Er is namelijk een slingerbeweging aan de gang. Tijdens de vorige zittingsperiode had men het vooral over inclusief beleid. Men vond het toen beter dat het vervoer van personen met een handicap thuis hoorde bij de minister bevoegd voor het openbaar vervoer en dat vrijetijdsprojecten thuishoorden bij de minister bevoegd voor vrije tijd. Dat betekende ook dat men afstapte van aparte raden. Tijdens de vorige zittingsperiode was het absoluut not done om te pleiten voor het oprichten van, bijvoorbeeld, een seniorenraad.

Mevrouw de minister, uw partij zat toen in de oppositie en verweet de paars-groene regering vaak dat ze te weinig rekening hield met het middenveld. Het verwijt was dat dit inclusief beleid werd gebruikt om het mid-

denveld terzijde te schuiven. In de vorige zittingsperiode heeft het Ouderen Overleg Komitee via een aantal parlementsleden geprobeerd een decretaal onderbouwde Vlaamse seniorenraad te laten oprichten. Het heeft nogal wat voeten in de aarde gehad om dat voorstel van decreet goedgekeurd te krijgen. De parlementsleden van de VLD zagen daar immers helemaal geen heil in. Pas op 21 april 2004 is er uiteindelijk toch, op vraag van de ouderenorganisaties, een voorstel van decreet goedgekeurd houdende het ouderenbeleid. Dat decreet bepaalde de oprichting van de Vlaamse Ouderenraad, namelijk het Ouderen Overleg Komitee. De artikelen 9 en 10 van dat decreet beklemtoonden dat het belangrijk is om ook lokaal een goed uitgebouwd seniorenbeleid te hebben. Dat is vandaag des te belangrijker. Misschien houdt deze regering wel meer rekening met het middenveld, ik weet het niet, maar ze is toch bij uitstek een regering die werkt voor de hardwerkende tweeverdieners en eigenlijk weinig oog heeft voor al wie niet aanwezig is op de arbeidsmarkt. Dan heb ik het over het toenemende aantal ouderen in onze samenleving.

Mevrouw de minister, van u – een minister die behoort tot een partij die het middenveld zo belangrijk vindt – had ik dan ook verwacht dat u meteen de uitvoeringsbesluiten voor dit decreet zou maken. Het decreet zegt immers dat de Vlaamse Regering bereid is het lokale beleid financieel een steuntje in de rug te geven. Destijds werd het idee geopperd van 1 euro voor 1 euro, om gemeenten die een lokaal seniorenbeleid voeren financieel te ondersteunen. Het voorstel is destijds pas mee goedgekeurd door de VLD-parlementsleden op het ogenblik dat in de begroting een bedrag stond ingeschreven om het uit te voeren. Dat bedrag stond er in 2003 en 2004, maar is in 2005 verdwenen. Nu, in 2007, is het nog altijd niet opnieuw ingeschreven. Ook de uitvoeringsbesluiten laten nog steeds op zich wachten.

Dat is des te spijtiger, omdat op 1 januari nieuwe schepcolleges en gemeenteraden van start zijn gegaan. Het ware goed geweest mochten zij uitvoeringsbesluiten hebben gehad, opdat ze zouden weten waar ze aan toe zijn en hoe het Vlaamse en het lokale seniorenbeleid elkaar kunnen versterken.

Mevrouw de minister, hoe komt het dat er nog altijd geen werkbare uitvoeringsbesluiten zijn van het voornoemde decreet? Zijn er hierover ondertussen onderhandelingen gevoerd met het Ouderen Overleg Komitee of met de VVSG? Zo ja, wat zijn de resultaten? Zo neen, waarop wacht u om deze uitvoeringsbesluiten op te maken?

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Mevrouw de voorzitter, excuseer me, mevrouw Vogels, maar ik wil eerst reageren op uw bewering dat er alleen maar aandacht is voor de hardwerkende Vlaming. Ik weet dat u dat niet meent, maar toch wil ik een aantal voorbeelden aanhalen waar-

bij ook u zult moeten toegeven dat er ettelijke miljoenen gegaan zijn naar wat u aangeeft. De VIPA-wachtlijsten worden weggewerkt. We maken werk van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg. Er gaan ettelijke miljoenen euro's naar de zorgverzekering. Ik geef slechts enkele voorbeelden.

Ik steun uw vraag naar aandacht voor senioren. Zelf heb ik vrij veel banden met het lokale niveau. Ik kan u zeggen dat uw bezorgdheid terecht is, maar ook onterecht, omdat zeer veel gemeenten daarmee al bezig zijn. In vele gemeenten maakt dit immers deel uit van het lokaal sociaal beleidsplan. In die zin is er zeker een stimulans. Ondertussen is o de Vlaamse Ouderenraad een feit. In de jongste beleidsbrief lees ik dat de minister het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen gevraagd heeft een profiel op te stellen voor de minimale opleidingsvoorwaarden voor de lokale ouderencoördinator. Mevrouw de minister, hebt u al resultaten van dat onderzoek?

Ik lees ook in de beleidsbrief dat er, aan de hand van dat profiel en in samenspraak met de VVSG, een vormingssessie zal worden georganiseerd. Hebt u daar al een zicht op? Heeft de VVSG al contact opgenomen met betrekking tot die opleiding? Blijkbaar is aan de VVSG ook gevraagd om eens op een rijtje te zetten wat er volgens haar zoal deel moet uitmaken van een lokaal ouderenbeleid. Hebt u op dat vlak al reacties gekregen? Hoe wil u de band tussen het ouderenbeleid en het lokaal sociaal beleid voort stimuleren, daar waar dit nog nodig zou zijn?

De voorzitter: Mevrouw Roex heeft het woord.

Mevrouw Elke Roex: Ik heb een beetje een gevoel van déjà vu. Ik heb dezelfde vraag gesteld tijdens de begrotingsbesprekingen. Via de pers hebben we vernomen dat die vorming ter ondersteuning van de lokale mandatarissen er zou komen. Ik denk dat we het antwoord van de minister al enigszins kennen. Ik wil deze vraag echter zeker ondersteunen. We moeten nu, bij het begin van de zittingsperiode van de nieuwe meerderheden, een nieuwe impuls geven aan dat lokaal ouderenbeleid.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Het ondersteunen van lokale ouderenparticipatie is een van de onderdelen van de operationalisering van het voornoemde decreet. De Vlaamse Regering heeft inderdaad een coördinerend minister aangesteld. Er is nu ook een Vlaamse Ouderenraad. De jaarlijks geïndexeerde subsidiëring daarvan is een feit. We hebben het nodige gedaan voor het opmaken van het Vlaams Ouderenbeleidsplan. Dat wordt momenteel afgerond. We zullen het eerstdaags voor advies bezorgen aan de Vlaamse Ouderenraad. Dat advies zal worden voorgelegd aan de Vlaamse Regering.

Wetenschappelijk onderzoek naar ouderen is een van de opdrachten van het op 21 maart 2002 opgerichte Steunpunt Gelijke Kansen, verbonden aan de Universiteit Antwerpen, in consortium met de Universiteit Hasselt. Daarnaast zal ook het kenniscentrum van het departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin worden ingeschakeld om het ouderenbeleid wetenschappelijk te ondersteunen.

Ik ben ook begonnen met het aansturen van het lokaal ouderenbeleid. We hebben 148.000 euro vrijgemaakt om, in samenwerking met de VVSG, de vorming en/of navorming van lokale ouderenbeleidscoördinatoren te organiseren. We denken dat de VVSG, als logische partner in deze aangelegenheid, de gemeentebesturen mee zal oproepen om, met betrekking tot dit onderwerp, een personeelslid of een vrijwilliger af te vaardigen. Daartoe worden geïntegreerde vormingsprojecten uitgewerkt, met een dubbel doel. In het licht van de verdere uitvoeringsbesluiten inzake lokale ouderenparticipatie is er overleg vereist met de mensen zelf, meer bepaald met de Vlaamse Ouderenraad en met de VVSG.

Via de overkoepelende organisatie kunnen lokale ervaringen met ouderenparticipatie en met de vorming van ouderenbeleidscoördinatoren structureel worden gebundeld. Het professioneel aansturen van deze participatie door het aanbieden van een gerichte vorming is een hefboom. Op vraag van de commissie hebben we naar hefbomen gezocht om de inspraak van senioren aan te zwengelen en om rekening te houden met het feit dat we vanuit de Vlaamse Regering niet betuttelend willen optreden. Els Messelis van het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen haalt in een studie van lokale seniorenadviesraden vijf externe belemmerende factoren voor goede inspraak aan. Ik zal ze kort overlopen.

Een eerste belemmerende factor is het feit dat er te weinig erkenning is van buitenaf. Hieronder wordt verstaan het gevoel niet serieus te worden genomen. Een tweede factor is de communicatie met het gemeentebeleid die op een te weinig gestructureerde wijze verloopt: de schepen is afwezig of heeft een te groot gewicht. Een derde factor is de samenwerking met de ambtenaren: sommige voorzitters van seniorenraden ondervinden problemen door het tekort aan ambtenaren, door het feit dat ambtenaren overbevraagd zijn, of door de stroeve samenwerking tussen de seniorenadviesraad en de gemeente. Een vierde factor is de politieke inmenging. Een vijfde factor is de te geringe samenwerking met het OCMW.

Wij kiezen voor een meer professionele aansturing van lokale ouderenparticipatie door beter geschoolde ouderenbeleidscoördinatoren. We stimuleren de lokale overheden om een opgeleide lokale ouderenbeleidscoördinator aan te stellen. Het aanstellen van een ouderenbeleidscoördinator mag geen formaliteit zijn. De gemeente moet bewust kiezen voor het voeren van een lokaal ou-

derenbeleid, begeleid door een deskundige ouderenbeleidscoördinator.

De vorming moet ten slotte ook meer status geven aan de coördinator. Ik ben ervan overtuigd dat een goed gevormde ouderenbeleidscoördinator op gepaste wijze met deze uitdagingen kan omgaan en ervoor kan zorgen dat de inbreng van ouderen in het lokaal beleid ook daadwerkelijk kan renderen. Indicaties voor een goed ouderenbeleid op gemeentelijk niveau kunnen onder meer gevonden worden in het opnemen van het ouderenbeleid als een schepenbevoegdheid, de aanstelling van een ouderenbeleidscoördinator, de aanwezigheid van een dienst ouderen, de werking van een ouderenadviesraad of de aanwezigheid van een of meerdere dienstencentra.

Het lokaal sociaal beleidsplan is de hefboom om ook ouderenparticipatie in dit traject in te schrijven. Elk gemeentebestuur dat zichzelf respecteert, zal rekening moeten houden met de ouderen die een groot deel van zijn kiezerspubliek vormen.

Ik concludeer dat de inbreng van de Vlaamse overheid in dit proces begint bij de vorming van de lokale ouderenbeleidscoördinatoren. Het parlement heeft mij in de begroting van dit jaar opnieuw 148.000 euro toegekend om de ingeslagen weg voort te zetten in de geest van het ouderenparticipatiedecreet. De lokale besturen kunnen thans rekenen op een vanuit hun eigen koepelorganisatie goed uitgewerkt vormingsplan om de plaatselijke ouderenparticipatie aan te sturen.

Daarnaast vragen we ook dat de VVSG, aan de hand van onder meer intervisie en van ervaringen van lokale ouderenbeleidsparticipanten, aanbevelingen doet voor de verdere implementatie van het ouderenbeleid op lokaal niveau.

Op basis van de resultaten van dit project zal ik verdere stappen zetten in de implementatie van het ouderenparticipatiedecreet op lokaal vlak. Net als vorig jaar zullen de VVSG en de Vlaamse ouderenraad van dichtbij betrokken worden bij deze oefening.

In 2004 waren op 308 Vlaamse gemeenten 249 ouderenraden actief. Dat betekent een invulling van 81 procent. Met de goedkeuring van het decreet van 30 april 2004 houdende de stimulering van een inclusief Vlaams ouderenbeleid en de beleidsparticipatie van ouderen, heeft het parlement er duidelijk voor gekozen om de lokale ouderenadviesraden niet te verplichten. Als verantwoordelijke minister voor het ouderenbeleid deel ik dit standpunt ten volle.

Het garanderen van lokale inspraak en beleidsparticipatie is immers in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van het lokale bestuur. Vlaanderen kan hierbij

alleen een stimulerende rol vervullen. De organisatie van gerichte vorming is in dat verband een goed begin. Een te strakke reglementering van dit bij uitstek lokale en dus gedifferentieerde proces door de hogere overheid zou de dynamiek alleen maar fnuiken. Bovendien spelen ook juridische elementen mee, maar daarvan bent u vast op de hoogte.

Mevrouw Mieke Vogels: Ik dank de minister voor haar antwoord. Er blijft nochtans een cruciale vraag open. We willen de gemeenten zeker niet in een bepaalde richting dwingen, maar de gemeenten die kwalitatief investeren in een seniorenbeleid, vragen een stukje financiële ondersteuning van de Vlaamse Regering. Het is echter de vraag of deze meerderheid dat nog wil doen. Zo niet moet het decreet worden gewijzigd. Het is goedgekeurd in het Vlaams Parlement en de minister moet het uitvoeren. Het decreet voorziet niet alleen in de vorming van ouderenbeleidscoördinatoren, wat een goede zaak is, maar ook in een financiële ondersteuning van de gemeenten die een kwalitatief ouderenbeleid voeren. Ofwel zegt u dat u dat op termijn van plan bent, ofwel zegt u dat het niet meer kan, maar dan moet het decreet worden gewijzigd.

Minister Inge Vervotte: Er zijn ook duidelijkere en efficiëntere manieren om het lokale bestuur te ondersteunen.

Mevrouw Mieke Vogels: Ik denk dat het lokale bestuur daar anders over denkt. De keuze tussen geld krijgen of geen geld krijgen is immers vlug gemaakt. Het aanwerven en opleiden van een ouderenbeleidscoördinator leidt immers tot extra uitgaven voor de gemeente. De gemeente zal dat alleen maar ondernemen als ze financieel wordt ondersteund. De gemeenten krijgen steeds meer opdrachten toegespeeld. Er wordt steeds meer van hen verwacht. Het vorige parlement heeft ervoor gekozen om de gemeenten mee te ondersteunen voor de initiatieven die ze op dat vlak nemen. Als u stelt dat het niet langer gebeurt, moet het decreet worden aangepast.

Minister Inge Vervotte: Ik heb niet gezegd dat we dat niet zouden doen. De vorming wordt trouwens gefinancierd door Vlaanderen. Dat beschouwen we als een reële ondersteuning en als een hefboomfunctie. De vraag is welke rol de Vlaamse overheid kan spelen in de lokale besturen. De overheid wil een actieve rol vervullen, maar de vraag is hoe maximaal effect kan worden bereikt. Dat is een debat waard. Vorming kan een hefboom zijn. Wij zeggen niet dat de gemeenten iemand moeten aanwerven. Daar hebben we zelfs de juridische mogelijkheid niet toe, tenzij we zelf bij iedere gemeente een personeelslid zouden financieren. Op zo'n voorstel moet ik echter negatief antwoorden.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

– *De heer Bart Caron treedt als waarnemend voorzitter op.*

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de zorg voor allochtone ouderen

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Mijn vraag gaat over diversiteit bij ouderen. De term diversiteit verwijst niet alleen naar autochtonen en allochtonen, maar naar alle ouderen. Iemand die zijn hele leven directeur is geweest, heeft een andere rugzak bij dan iemand die als arbeider heeft gewerkt. Iemand die gelukkig getrouwd is geweest en veel kleinkinderen heeft, is een andere persoon dan iemand die er helemaal alleen voorstaat. Daarover gaat diversiteit.

Hier wil ik me echter beperken tot het onderscheid tussen autochtone en allochtone ouderen. Nog niet zo lang geleden heb ik het verslag gekregen van het Minderhedenforum. Daarin staat een hoofdstukje over allochtone ouderen. De schaarse beschikbare cijfers worden hierin geciteerd. Zo is bijvoorbeeld geweten dat het aantal Marokkaanse ouderen tussen 2000 en 2015 met 311 procent zal stijgen en het aantal Turkse ouderen met 314 procent.

Tezelfdertijd blijkt dat er in de zorgsector nog enorme drempels zijn voor de allochtone ouderen. Een enquête over gezondheidszorg onder allochtone ouderen in Brussel toont aan dat er nog altijd veel financiële, institutionele, taalkundige en culturele drempels zijn die het ouderen moeilijk maken om toegang te krijgen tot het zorgaanbod.

Tijdens de vorige regeerperiode zijn we in een aantal werkgroepen gestart met het herdenken van het decreet over de residentiële ouderenzorg. Een van die werkgroepen heeft toen nagedacht over allochtone ouderen. Die bedenkingen zijn in het strategisch plan minderhedenbeleid van 2004 ten dele vertaald in voorstellen over interculturalisering. Vandaag, in 2007, zegt de minister dat ze binnenkort een voorstel over het ouderenzorgdecreet op tafel zal leggen. Rond de interculturalisering en rond het strategisch plan minderhedenbeleid is tot op vandaag niets gebeurd.

U zult zeggen dat dit een bevoegdheid is van minister Keulen. Toch wil ik erop wijzen dat de tijd dat allochtone ouderen zorgbehoevend worden, alsmaar dichterbij komt. De groep van allochtonen wordt steeds diverser. Allochtonen die in de jaren zestig naar hier zijn gekomen, gaan niet terug naar hun land van herkomst. Ze blijven hier. Tezelfdertijd stellen we vast dat allochtonen van veertig of vijftig jaar oud hun zorgbehoef-

vende ouders in het kader van de gezinshereniging naar hier laten komen. Dan is er nog het fabeltje dat allochtonen hun intrafamiliale problemen zelf opvangen. Allochtonen die hier wonen, nemen echter ten dele onze cultuur over. Beide partners willen gaan werken. Ze willen ook een beroep doen op professionele zorgverlening.

Misschien vergis ik me, maar ik heb de indruk dat u op dat vlak weinig of niets onderneemt, tenzij het bevelen van een onderzoek door Lucas. Dat onderzoek gaat dan over een fenomeen dat we al lang kennen, namelijk de drempels in de residentiële ouderenzorg. Mijn dochter die twee jaar geleden is afgestudeerd, maakte een eindwerk over allochtone ouderen en de residentiële opvang in Antwerpen. Ze heeft onderzocht welke drempels er zijn, en wat er moet gebeuren. Blijkbaar bestaat er daarover al veel materiaal en zijn de problemen gekend. Een nieuw onderzoek lijkt me overbodig: het is tijd dat er wordt gehandeld.

Ik wil u daarover enkele vragen voorleggen. Wat doet u om de zorg voor ouderen toegankelijk te maken voor allochtone zorgbehoevende senioren? Zijn allochtone senioren voldoende op de hoogte van het zorgaanbod en van de uitkeringen van de Vlaamse zorgverzekering? Mijn OCMW-ervaring leert me dat dit niet het geval is. Allochtonen weten bijvoorbeeld niet dat ze een premie voor mantelzorg kunnen aanvragen.

Hoeveel allochtone senioren maken vandaag gebruik van de thuiszorgvoorzieningen of van de residentiële ouderenvoorzieningen? Overweegt men te werken met interculturele bemiddelaars voor de thuiszorg en voor de zorg in de rusthuizen of zijn er daar al interculturele bemiddelaars actief? Worden toekomstige hulpverleners, verpleegkundigen en verzorgenden voorbereid op het werken met allochtone ouderen? Worden er in de residentiële ouderenzorgvoorzieningen maatregelen genomen om de komst van allochtone ouderen voor te bereiden?

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Ik deel de bezorgdheid van mevrouw Vogels. Dat is niet nieuw. Dat blijkt uit de meerderheidsmotie die is neergelegd naar aanleiding van de beleidsbrief van 2005. Daarin vragen we dat er aandacht uitgaat naar de interculturalisering van de zorg. Het klopt dat er een studie bij Lucas is besteld. Er werd gevraagd om een lessenkoffer uit te werken voor de vorming van de zorgverleners die met buitenlandse ouderen werken. In de beleidsbrief 2006 staat dat er middelen worden vrijgemaakt om de initiatiefnemers toe te laten om – via deskundigheidsbevordering en methodiekondersteuning – een kwalitatieve thuiszorg voor allochtone ouderen te garanderen. Er gebeurt dus wel degelijk een en ander.

Er zijn extra VIA-middelen opzijgezet voor de tewerkstelling van allochtonen in de zorgsector. Ik lees dat men

streeft naar 10 procent bijkomende jobs. Ik heb daarover enkele vragen. Hoe zit het met de bijkomende jobs en de extra VIA-middelen? Is er daarvoor al een scenario uitgewerkt? Hoever staat men met de realisatie van de lessenkoffers en de projectgroepen? Hebt u al overleg gepleegd met minister Keulen om in de inburgeringscursussen aandacht te besteden aan het zorgaanbod, zodat de mensen goed worden geïnformeerd?

De heer Bart Caron: Ik deel de zorg van de intervenienten op dat punt meer dan ik kan zeggen. Het wordt een cruciale uitdaging om – niet alleen in de ouderenzorg maar in de zorg in het algemeen – de problematiek van de interculturaliteit sterk op te voorgrond te brengen en ervoor te zorgen dat er geen twee snelheden ontstaan. Op dat vlak zitten we nog met een achterstand.

Ik wil enkele bijkomende vragen stellen. Is er over dat thema al overleg geweest met de zelforganisaties? Is er al een terreinverkenning geweest? Zullen de onderzoekers dat doen, zodat de doelgroep er via zijn organisaties actief bij betrokken wordt? De implementatie van latere stappen zal in dat geval veel efficiënter zijn.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Ik apprecieer enorm de opvolging vanuit de sector. In het sociaal overleg wordt dit thema zeker en vast al ernstig genomen. Dat is ook noodzakelijk. We zijn blij dat we dat engagement niet alleen in de ondertekening maar ook in de realiteit waar maken.

Er was een motie van de meerderheid. Daar geven we graag gevolg aan. Bij de thuiszorgprojecten hebben wij in 2006 heel expliciet het thema opgenomen van de optimalisering van de thuiszorg aan allochtone personen. Dat doen we door tijdelijk bijkomende inspanningen te leveren op het vlak van methodiek, ondersteuning en deskundigheidsbevordering voor professionelen in de door de Vlaamse overheid erkende en/of gesubsidieerde voorzieningen.

Waar we in het kader van de zorgvernieuwing die keuzemogelijkheid hebben, kan dat via dergelijke projecten. Dat doen we ook nu. We hebben heel expliciet gekozen voor de kwaliteit van de thuiszorg aan allochtone personen. Hiermee wil ik de voorzieningen aanmoedigen om hun personeelsleden voldoende te ondersteunen om de omgang met allochtone personen zo kwaliteitsvol mogelijk te laten verlopen. Hoe kunnen de drempels worden weggewerkt? Wat kan er op het niveau van de organisatie en op het niveau van de relatie? Het is de bedoeling dat hiervoor maximaal gebruik wordt gemaakt van bestaande methodieken. We moeten niet het warm water opnieuw uitvinden. Er zijn al initiatieven inzake deskundigheidsbevordering. We

denken bijvoorbeeld aan de interculturele methodiekenkoffer van het Vlaamse Minderhedencentrum of aan het kofferproject van de Brusselse Welzijns- en Gezondheidsraad. Het kan niet de bedoeling zijn dat de geselecteerde projecten hetzelfde opzet hebben als reeds bestaande initiatieven.

De investeringen in een kwaliteitsvolle dienstverlening aan allochtone ouderen en het gebruik van methodieken die samen met hen ontwikkeld zijn, helpt de kloof tussen de doelgroep enerzijds en de thuiszorg en de oudervoorzieningen anderzijds te dichten. Zo kan de toegankelijkheid van de zorg worden verhoogd.

Naast de projecten in de thuiszorg hebben we ook bijkomende inspanningen geleverd voor de rusthuizen en de RVT's. We hebben 75.000 euro vrijgemaakt voor de ontwikkeling van een vormingsprogramma over de zorg voor allochtone ouderen in rusthuizen en RVT's voor de periode van 1 december 2005 tot en met 30 december 2006. Daarbij werden 30 ouderenvoorzieningen in Brussel, Antwerpen en Genk betrokken.

Bij de inning van de jaarlijkse bijdrage voor de Vlaamse zorgverzekering wordt iedereen die in Vlaanderen woont en ouder is dan 25 jaar, gewezen op de mogelijkheid van een uitkering in het kader van de zorgverzekering. Maar ik deel uw zorg dat er toch eens moet worden nagegaan of iedereen wordt bereikt. Dat geldt niet alleen voor de allochtonen.

Het feit dat de groei van de zorgverzekering groter was dan verwacht had te maken met de inhaalbeweging van de mensen die aanvankelijk niet wisten dat ze er recht op hadden. De boetes die we hebben opgelegd, hebben aldus ook positieve effecten gehad: meer mensen kennen nu de zorgverzekering en vragen zich af wie er recht op heeft.

Daarmee heb ik natuurlijk geen structureel antwoord gegeven. Ik wil die zorg zeker en vast verder opnemen, niet alleen voor allochtonen maar voor iedereen. Om juiste prognoses te kunnen maken inzake de zorgverzekering, moet men heel goed inschatten wie er gebruik van zal maken. Die inschatting moet maximaal zijn, want wij willen uiteraard dat wie er recht op heeft, er ook gebruik van maakt.

De thuiszorgdiensten kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Zij komen immers in contact met de hulpbehoevenden. Meerdere maatregelen zijn mogelijk. Vandaag hebben wij onvoldoende zicht op de participatie van allochtone ouderen aan de thuiszorg of de residentiële ouderenzorg. Om hieraan te verhelpen dienen we een uitgebreide bevraging te organiseren bij de verschillende hulp- en dienstverleners.

De vraag was of hulpverleners voldoende voorbereid worden op het werken met en het verzorgen van alloch-

tone ouderen. Uiteraard moet dat een blijvende bekommernis zijn: opleiding is een cruciaal element. Een goed middel om de kloof tussen theorie en praktijk zo klein mogelijk te houden is de zeshonderd uur stage. Er wordt altijd voor gezorgd dat men tijdens de stage kennis maakt met een zo breed mogelijke waaier van mogelijke doelgroepen. Men komt dus ook in contact met allochtone ouderen. De stage en de bijkomende vormingen moeten ervoor zorgen dat er op het individuele vlak een aantal barrières weggerukt worden.

In de werkgroep Erkenningnormen, die in de vorige regeerperiode mee geholpen heeft bij het uitwerken van een nieuw ouderenbeleid, werd eveneens geprobeerd om in de normering voor ouderenvoorzieningen categoriale accenten voor allochtonen te leggen. Dit voorstel stuitte echter op weerstand vanuit de sector. De VVSG meent dat het lokale bestuur – zowel gemeente als OCMW – de eerste partner is om een beleid voor allochtone ouderen uit te werken. Ze waarschuwt voor stigmatisering bij een te sterke categoriale benadering. De VVSG staat huiverachtig tegenover de aanbeveling dat de samenstelling van het cliënteel van een voorziening zich moet weerspiegelen in de personeelsformatie. Ze acht het onmogelijk hiervoor het nodige personeel te rekruteren. Toch proberen we een positieve actie te voeren, bijvoorbeeld in het Vlaams intersectoraal akkoord voor de social profit. Het VVSG verzet zich ook tegen specifieke ouderenadviseurs voor allochtonen. De Federatie van Onafhankelijke Seniorenzorg meent dat de Vlaamse Gemeenschap op dit vlak een stimulerend beleid moet voeren. De huidige wettelijke instrumenten zouden voldoende moeten zijn om het respect voor de diverse culturele minderheden te garanderen.

In navolging van de motie hebben we dus een aantal initiatieven genomen in de thuiszorg en de ouderenvoorzieningen. Uiteraard is deze job nooit af. We moeten ervoor zorgen dat we voldoende mee zijn met de evoluties en dat we niets ontwikkelen wat niet meer van toepassing is. Ik ben voorstander van een structurele inbedding via stages en praktijkaanbevelingen. In de volgende beleidsbrief zal ik daaraan meer aandacht besteden, zoals gevraagd door deze commissie. Naast de initiatieven op het individuele vlak, moet er een actieplan opgemaakt worden voor structurele initiatieven.

Mevrouw Mieke Vogels: Ik denk dat er voor oude mensen een groot verschil is tussen de thuiszorg en de residentiële zorg. In de thuiszorg is er nog veel werk aan de winkel om ervoor te zorgen dat de drempels wegvallen zodat allochtonen ook een beroep gaan doen op die diensten. Het is belangrijk dat men de verzorgende voortdurend informeert over nieuwe groepen die een beroep doen op zorg.

Kind en Gezin is daar een schitterend voorbeeld van. Het aantal kinderen, geboren uit ouders met een andere

nationaliteit dan de Vlaamse, stijgt alsmaar. In Deurne worden zeven op tien kinderen geboren uit ouders die geen Nederlands spreken. Het gaat om Afrikanen, Tsjetsjenen, Romazigeuners, Marokkanen en Turken. Toch slaagt Kind en Gezin erin om al die kinderen te bereiken en haar eigen personeel duidelijk te maken hoe iemand uit een andere cultuur omgaat met bevalling en kinderen. Dat is interculturalisering. Eigenlijk zou men in Vlaanderen een kenniscentrum 'zorg aan andere culturen' moeten hebben, dat verzorgenden kan ondersteunen. Ik geloof niet zozeer in methodieken. Ik denk dat men vooral uit de praktijk moet leren.

Allochtone en autochtone ouderen samen in één rusthuis opvangen zal zeer moeilijk zijn. Er zullen aparte afdelingen nodig zijn. Het OCMW-Antwerpen had de voorbije jaren veel aandacht voor de interculturalisering binnen de ouderenzorg in rusthuizen. In de rusthuizen werden activiteiten georganiseerd, zoals een Spaans of Marokkaans feest met muziek en 'vreemd' eten. De grote frustratie was dat men de autochtone ouderen niet kon bereiken. De evaluatie op de bewonersvergadering was telkens: "Couscous, dat is goed voor een keer, maar wij hebben liever beuling met appelmoes". Als wij in een rusthuis komen, zal dat veranderen, want wij kennen couscous. Maar typisch voor oudere mensen, is dat ze terugvallen op hun basisbehoeften. En die basisbehoefte is goed eten en wat volkse muziek uit de tijd van toen. Die mensen hebben absoluut geen behoefte aan interculturele bedoeningen. Hetzelfde geldt voor allochtone ouderen. Ze hebben er helemaal geen behoefte aan om met andere culturen te worden geconfronteerd. Hoe we daarmee zullen omgaan in de rusthuizen is dus een grote uitdaging. Ik denk dat we daar te weinig bij stilstaan.

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Mevrouw de minister, misschien hebt u de precieze informatie ter zake niet, maar het ware misschien nuttig om bij minister Keulen na te vragen of er in de cursus maatschappelijke oriëntatie voor inburgeraars ruimte is voor enige toelichting over het zorgaanbod. Dat lijkt me nuttig.

Minister Inge Vervotte: Ik vermoed dat het er wel deel van uitmaakt, maar ik wil dit zeker en vast navragen.

Ik heb ondertussen ook een antwoord op de vraag naar de verdere concretisering van het VIA. De werkgevers geven hun informatie door in de loop van februari. In de loop van maart zouden we daarover kunnen rapporteren.

De voorzitter: Het incident is gesloten.
