

C260 – WEL24

V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2007-2008

27 mei 2008

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Sonja Claes tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de noodzaak van een nieuwe gezondheidsdoelstelling rond seksuele gezondheid	1
Vraag om uitleg van de heer Mark Demesmaeker tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een mogelijk volwaardige mug voor het Pajottenland	2
Vraag om uitleg van de heer Piet De Bruyn tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over recent wetenschappelijk onderzoek naar recreatief drugsgebruik en de consequenties van dit onderzoek voor het drugspreventiebeleid	6
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stand van zaken van het project zorggradatie	8
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over sensibilisering rond orgaandonatie	13
Vraag om uitleg van de heer Piet De Bruyn tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over crisisopvang voor holebi's	15
Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de voedingsgewoonten van kleuters	17

Voorzitter: de heer Luc Martens

Vraag om uitleg van mevrouw Sonja Claes tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de noodzaak van een nieuwe gezondheidsdoelstelling rond seksuele gezondheid

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, dames en heren, sinds 1998 werkt Vlaanderen inzake preventie met gezondheidsdoelstellingen. Ik stelde een schriftelijke vraag over de verdeling van de financiële middelen tussen die verschillende gezondheidsdoelstellingen. Ik schrok van het bedrag dat de Vlaamse overheid besteedt aan seksuele gezondheid. In het document dat we allemaal kregen, staan de cijfers opgesomd. Voor het algemeen beleid, zoals de LOGO's (LOGO: Lokaal Gezondheids Overleg) wordt een bedrag ingeschreven van 4 miljoen euro, voor de rubriek tabak, voeding, beweging en ongevallen is dat 1,7 miljoen euro, voor middelengebruik 2,6 miljoen euro, voor seksuele gezondheid 2,8 miljoen euro, voor suïcidepreventie 1,6 miljoen euro, voor bevolkingsonderzoeken 5,4 miljoen euro en voor de overige projecten iets meer dan 800.000 euro. Ik heb de bedragen afgerond.

Voor de grote onderdelen en bedragen bestaan er gezondheidsdoelstellingen. Zou het niet zinvol zijn om ook in verband met seksuele gezondheid doelstellingen te formuleren? 2,8 miljoen euro is een belangrijk bedrag. Het grootste deel daarvan gaat naar de werking van Sensoa, namelijk 2,2 miljoen euro. De rest gaat naar kleinere vzw's (vzw: vereniging zonder winstoogmerk), naar het Tropisch Instituut voor Geneeskunde en naar het Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen.

Op de website van Sensoa zag ik dat de organisatie zich positioneert op twee belangrijke terreinen: enerzijds als vormingsinstelling, met specifieke programma's voor specifieke doelgroepen, anderzijds als expertise- en documentatiecentrum.

Veertien dagen geleden werd in de plenaire vergadering een voorstel van resolutie ingediend in verband met het Vlaamse hiv-beleid (hiv: human immunodeficiency virus). Het voorstel van resolutie dringt erop aan dat het voorkomen van hiv-besmetting en soa's (soa: seksueel overdraagbare aandoeningen) een prioritaire opdracht wordt van de verschillende organisaties die wij subsidiëren. Het voorstel van resolutie is intussen aanvaard in de commissie voor Gelijke Kansen.

Is het, gelet op de preventieve gezondheidsdoelstellingen die Vlaanderen nastreeft en gelet op het bedrag dat Vlaanderen spendeert aan seksuele gezondheid, niet zinvol ook hiervoor een gezondheidsdoelstellingen te formuleren?

Wat is het aandeel van de Vlaamse subsidie in de inkomsten van Sensoa? Welke resultaatsverbintenissen streeft Sensoa na voor het subsidiebedrag dat het centrum jaarlijks ontvangt? Welke preventiedoelstellingen streeft het na? Wanneer werden de resultaatsverbintenissen omtrent de werking van Sensoa het laatst geëvalueerd? Wat was het resultaat van deze evaluatie?

Welke evidence-based strategieën worden er gehanteerd in de werking van Sensoa? Op welke wijze werkt Sensoa naar de migrantenpopulatie? De nieuwe hiv-besmettingen vinden namelijk vooral plaats bij migranten.

Welke elementen dragen bij tot de lage incidentiegraad in landen als Duitsland, Finland en Zweden? Zijn er elementen die ook in België toepasbaar zijn?

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Goed dat u nog eens over de gezondheidsdoelstellingen spreekt. Die mikken natuurlijk op significante gezondheidswinst. Dat principe werd vastgelegd in het Preventiedecreet. Momenteel lopen er niet minder dan drie actieplannen uit de vorige gezondheidsconferenties: rond zelfdoding, rond borstkankerscreening en rond tabak, alcohol en illegale drugs. Dit jaar volgt er een nieuwe gezondheidsconferentie over 'Voeding en Beweging', die zal uitmonden in een vernieuwde en verruimde gezondheidsdoelstelling en logischerwijs ook in een actieplan. Hierin zit al een deel van mijn antwoord vervat.

De regeerperiode gaat haar laatste jaar in en mijn prioriteit is nu: zo goed mogelijk af te werken wat al in gang is gezet en in mijn beleidsbrief was aangekondigd. Het werken naar een gezondheidsdoelstelling inzake seksuele gezondheid, lijkt me aan te sluiten bij de actualisatie en verbreding van de gezondheidsdoelstelling aangaande preventie van infectieziekten. Deze optie kan worden overwogen door de volgende Vlaamse Regering.

Ik wil er nog aan toevoegen dat uw aanpak om niet eerst te spreken over de infectieziekten en de pathologieën, maar wel over het gedrag, aansluit bij mijn beeld over de gezondheidsconferenties. Ik voel het zo aan dat we meer gedragsbeïnvloedend dan pathologiegericht moeten optreden, en dus vooral op preventie moeten

mikken. Uw idee is interessant, maar in het licht van wat lopende is, denk ik dat dit eventueel zou moeten worden opgepikt door een volgende regering.

Wat is het aandeel van de Vlaamse subsidies in de inkomsten van Sensoa? In 2007 was het aandeel van de convenantsubsidie 70,54 percent van de totale inkomsten van Sensoa. Welke resultaatsverbintenissen streeft Sensoa na? In het convenant dat werd afgesloten tussen Sensoa en de Vlaamse Gemeenschap zijn zes resultaatsgebieden opgenomen. Ik som ze op. Ten eerste: het aanbieden van informatie, documentatie en advies aan het algemene publiek, intermediairen, overheid, wetenschappers en media. Ten tweede: het ontwikkelen van methodieken en materialen voor intermediairen. Ten derde: het ondersteunen van de implementatie ervan. Ten vierde: het evalueren van de toepassing. Ten vijfde: het aanbieden van vorming, training en opleiding aan intermediairen. Ten slotte: het ondersteunen van mensen met hiv en hun intermediairen.

Elk resultaatgebied wordt onderverdeeld in een aantal opdrachten, met bijhorende indicatoren en instrumenten voor evaluatie. Wat thema's betreft, werkt Sensoa niet alleen rond hiv. Ook andere seksueel overdraagbare aandoeningen, ongeplande zwangerschappen, seksueel geweld, het leven met hiv en relationele en seksuele vorming zijn opgenomen in het convenant. Voor meer informatie verwijs ik naar het convenant en het jaarplan 2007, dat ik u via het secretariaat kan bezorgen.

Sensoa wordt jaarlijks geëvalueerd, op basis van een voortgangsrapport waarin de opdrachten en het behalen van de indicatoren worden besproken. De evaluaties van de voorbije jaren waren steeds positief. Sensoa is een organisatie die zich sterk inspant om op een kwaliteitsvolle manier de opdrachten uit te voeren, en die zich tegenover de overheid als een constructieve partner opstelt.

Welke evidence-based strategieën worden gehanteerd? Sensoa gebruikt het internationaal erkende 'Intervention Mapping Model'. U vindt daarover meer informatie via www.interventionmapping.nl. Dat model wordt gebruikt voor de ontwikkeling van strategieën, om te garanderen dat ze zoveel mogelijk gebaseerd zijn op beschikbare evidence. De strategieën zijn ingedeeld op basis van prioritaire doelgroepen – bijvoorbeeld jongeren –, maar richten zich in eerste instantie op de intermediairen – bijvoorbeeld leerkrachten – die met deze doelgroepen werken. De prioritaire doelgroepen en strategieën zijn de volgende: een: jongeren, jongvolwassenen en hun ouders; twee: mannen die seks hebben met mannen; en drie: mensen met hiv.

Voor meer informatie verwijs ik naar de website van Sensoa: www.sensoa.be. De werking voor Subsaharaanse migranten – de belangrijkste doelgroep voor hiv-preventie –

wordt waargenomen door het Instituut voor Tropische Geneeskunde, en niet door Sensoa. In het verleden heeft Sensoa projecten ontwikkeld voor andere categorieën van migranten. Een voorbeeld is het Idriss-project: een voorlichtingskoffer om nieuwkomers en asielzoekers voor te lichten over seksuele gezondheid, in het kader van de inburgeringscursus. En er is ook Shalimar, een spelmethodiek – inclusief vorming – om een dialoog tot stand te brengen over seksualiteit en relaties in multicultureel samengestelde klassen.

Sensoa organiseert ook jaarlijks een bijeenkomst van het netwerk Culturele Diversiteit en Seksuele Gezondheid. Eind 2007 besliste Sensoa minder te investeren in specifieke programma's voor allochtonen, en meer in de interculturalisering van de algemene programma's: jongeren, jongvolwassenen, mannen die seks hebben met mannen, en mensen met hiv. Zo wil men minder categoriaal werken en trachten om de interculturele component nadrukkelijker aan bod te laten komen.

Welke elementen dragen bij tot de lage incidentiegraad in een aantal andere landen? Een belangrijke factor is de samenstelling en de herkomst van de groep mensen die besmet zijn met hiv. In Vlaanderen valt 55 percent in de categorie van de niet-Belgen. 75 percent van de niet-Belgen is afkomstig uit Subsaharaans Afrika, waar de besmettingsgraad dramatische vormen aanneemt. Deze samenstelling heeft onder andere te maken met onze koloniale geschiedenis, die duidelijk anders is bij de landen die u opnoemt.

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: De discussie is ten dele achterhaald, maar de vraag was ingediend. Ik denk dat het antwoord volstaat. Het heeft weinig zin er nu op door te gaan.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Mark Demesmaeker tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een mogelijk volwaardige mug voor het Pajottenland

De voorzitter: De heer Demesmaeker heeft het woord.

De heer Mark Demesmaeker: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik zal de inleiding zeer kort houden. We hebben het al uitgebreid over dit probleem gehad. Ook de geschiedenis ervan is al geschetst. In dat verband verwijs ik naar vorige vragen om uitleg van de heer Van Nieuwenhuysen en van

mezelf. Ik verwijs ook naar de aanvullende regeerverklaring van 18 mei 2005.

Ik kaart het probleem opnieuw aan omdat er toch een nieuw feit is. Daarover wou ik het toch even hebben.

De problematiek van de dringende medische hulpverlening in Zuidwest-Vlaams-Brabant heeft te maken met lange aanrijtijden en met de taalproblematiek.

In 2006 werd in het ziekenhuis van Halle een Paramedisch Interventieteam (PIT) gestart. Dat is een nieuw systeem, met een gespecialiseerde spoedverpleger, maar niet met een urgentiearts in het mugvoertuig (mug: mobiele urgentie groep).

Op 29 april werd in de commissie voor Volksgezondheid van het federale parlement minister Onkelinx nog eens aan de tand gevoeld over de noodzaak van een eigen mugdienst in die streek, meer bepaald voor het ziekenhuis van Halle. Voor het eerst stelt minister Onkelinx met klem – en dat is toch nieuw – dat het Pajottenland inderdaad recht heeft op en nood heeft aan een eigen mugdienst. Maar ze stelde er wel bij dat ze van het ziekenhuis zelf nog geen officiële aanvraag tot oprichting van een eigen mugdienst had ontvangen.

Mijnheer de minister, het is toch een vrij nieuw feit en een belangrijk signaal dat federaal minister Onkelinx van de PS nu zelf toegeeft dat het een meerwaarde zou betekenen voor de streek en een oplossing voor een aantal problemen die blijven aanslepen. Past dit in de evaluatie van de werking van de huidige PIT-dienstverlening? Wat denkt u over deze doorbraak in dit dossier?

Ik moet eraan toevoegen dat de standpunten van de gemeenten en steden in de buurt vrij duidelijk zijn. Ook de stad Halle, waar ik woon, is en blijft voorstander van een volwaardige mugdienst. Halle heeft ook aangeboden om een handje toe te steken en een uitgerust voertuig ter beschikking te stellen van het ziekenhuis, als het mocht besluiten om over te gaan tot een aanvraag om een mug te laten erkennen. Het ziekenhuis zal binnenkort een andere directie krijgen. Ik weet dat er binnenkort ook intern wordt vergaderd over deze problematiek. Bent u daarvan op de hoogte? Hebt u overleg gepleegd met de betrokken actoren. Zo niet, zal dat gebeuren? Is het nog een kwestie van het ziekenhuis mee te krijgen, opdat er een volwaardige mugdienst komt voor de betrokken regio? Welke rol ziet u in dit dossier verder nog voor uzelf en voor de Vlaamse Regering? Tegen wanneer hoopt u dat er een volwaardige mugdienst zal zijn?

In uw antwoord op een vorige vraag om uitleg kondigde u aan dat het werkingsgebied van de huidige PIT in Halle zou worden uitgebreid naar de regio Zuidwest-Pajottenland tegen eind dit jaar, maar dat u eigenlijk van plan was om daar niet op te wachten en dat u overleg

zou plegen. Heeft dat overleg ondertussen plaatsgevonden? Zo ja, wat is de uitkomst daarvan?

De voorzitter: De heer Van Nieuwenhuysen heeft het woord.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen: Mijnheer de voorzitter, het is inderdaad niet zo lang geleden dat zowel de heer Demesmaeker als ikzelf een vraag om uitleg hebben gesteld over deze problematiek. Ik moet toch vaststellen dat we in de periode tussen onze vragen altijd weer worden geconfronteerd met een incident in de regio, waarbij de toestand nog eens wordt onderstreept, met name de dramatische gevolgen van het feit dat de hulpdiensten Nederlandsonkundig zijn. Op 15 april was er in het Pajottenland weer een incident met dramatische gevolgen, precies omwille van deze problematiek.

Het is niet gewoon een communautair dossier of een taaldossier, het is echt een van de taaldossiers die een rechtstreekse invloed hebben op het leven van de mensen in de regio.

Minister Onkelinx heeft inderdaad zeer formeel en duidelijk gezegd dat dit dossier een definitieve oplossing moet krijgen die aan de noden beantwoordt. Ik weet niet of we hier van een doorbraak kunnen spreken. We waren ook vorige keer vrij optimistisch, naar aanleiding van een vorig antwoord van minister Onkelinx dat ook al in die richting ging.

Mijnheer de minister, u was toen heel voorzichtig. Ik denk terecht, want we zullen pas zeker zijn als er een mug is voor die regio. Maar minister Onkelinx heeft inderdaad aangekondigd dat ze een aantal actoren bijeen zou brengen, waaronder de verantwoordelijken van het ziekenhuis van Halle, “pour que ce dossier aboutisse rapidement”, dus om het allemaal snel te verwezenlijken.

Blijkbaar wacht ze nog op een technisch dossier, dat in de vorige regeerperiode al zou bestaan hebben, maar blijkbaar zoek is geraakt. Maar ze legt heel duidelijk de bal in het kamp van het ziekenhuis in Halle. Ik kan me dus alleen maar aansluiten bij de vragen van de heer Demesmaeker over de mate waarin de Vlaamse Regering hierin een rol kan spelen.

Ik wil toch nog eens de opmerking herhalen die ik telkens maak als het over de mug gaat. Het zou natuurlijk heel goed zijn dat er een oplossing komt voor Halle en voor de regio Halle, maar het is een problematiek die veel verder reikt. Het gaat over de hulpdiensten in Brussel-Hoofdstad, in heel wat gemeenten langs de taalgrens en in heel de regio rond Brussel. Mijnheer de minister, zelfs al zou er een oplossing komen voor de mug in Halle, dan nog hoop ik dat u dit dossier blijft opvolgen.

Ik zou nog een bijkomende vraag willen stellen over het meldpunt waar taakklachten gecentraliseerd kunnen worden. Het was de bedoeling om dat onder te brengen bij de federale ombudsdienst, aangestuurd vanuit de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid. Mijnheer de minister, vorige maand hebt u mij, in antwoord op een schriftelijke vraag van februari, gezegd dat u de nieuwe federale minister van Volksgezondheid had aangeschreven met de vraag naar een stand van zaken in dit dossier. De vraag komt misschien onverwacht, maar als u hier al een antwoord op kunt geven, graag. Anders stel ik nog wel een schriftelijke vraag.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer de voorzitter, ik wil eerst even zeggen dat het mij genoeg doet dat beide interveniënten, en de heer Van Nieuwenhuysen in het bijzonder, wijzen op twee belangrijke aspecten in dit dossier. Het is niet een louter taalkundig dossier – in de bekrompen betekenis van het woord – waarbij men een soort institutioneel betoog houdt. Het is een duidelijk voorbeeld van een falen dat gevolgen heeft voor het sociale landschap en voor de toegang tot de dienstverlening van mensen, op het zwakste ogenblik van hun leven, met name als ze behoefte hebben aan medische dienstverlening. Niet alleen omwille van een communautaire reden, maar ook omwille van een sociale en medische reden is het verantwoord te werken aan een systeem waarbij men kan functioneren in de taal van de gene aan wie hulp gegeven moet worden.

Mijnheer Van Nieuwenhuysen, ik ben ook tevreden dat u erop wijst dat het niet alleen een probleem van Halle is. Ook de correcte bediening van de mensen in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest of, meer in het algemeen, elke vorm van dienstverlening waarbij men – aan de grenzen van een gewest – een beroep moet doen op een ander gewest, zit vervat in dit probleem. We kunnen het duidelijk beschouwen als een belangrijk dossier, maar het dekt zeker niet de totaliteit van de problematiek.

Ik wil bevestigen dat ik, via de pers, vernomen heb dat minister Onkelinx in het parlement verklaard heeft dat zij meent dat het Pajottenland nood heeft aan een eigen mugdienst en dat zij hiervoor wacht op de vraag vanuit het Sint-Maria ziekenhuis te Halle.

Mijnheer Demesmaeker, ik zie geen onmiddellijke link tussen de evaluatie van de huidige PIT-dienstverlening, die het voorwerp uitmaakte van uw vorige vraag, en de beslissing van minister Onkelinx, zoals verwoord in de commissie. De twee staan eigenlijk nog los van elkaar. Mocht men de twee aan elkaar koppelen, dan zou men de indruk kunnen wekken dat men ten aanzien van de PIT-dienstverlening, waarvan een evaluatie moet gebeuren, al een ongunstige beoordeling zou hebben uitgesproken, wat niet het geval is.

Het is duidelijk dat een PIT geen volwaardig alternatief is voor een mug. Een PIT functioneert op een intermediair niveau, tussen de klassieke ziekenwagendiensten en de mugdiensten. Het PIT wordt door de FOD Volksgezondheid vooropgesteld als een bijkomend middel in de dringende geneeskundige hulpverlening.

Het is waar dat dit in de regio Halle, in afwachting van een definitieve herziening van de organisatie van de dringende medische hulpverlening, als een tijdelijke oplossing kan worden gezien voor een problematiek die al jaren aansleept. Maar dat staat los van een eventuele stellingname dat een mugdienst in Halle noodzakelijk is. We hebben niet veel moeite om deze stelling te bevestigen, maar ze bevat toch nog een aantal andere elementen.

Mijnheer Demesmaeker, op een van uw eerdere vragen heb ik u gemeld dat al in 2002, bij de uitwerking van de behoeftestudie inzake de mugfuncties, een evaluatie van de programmatiecijfers van de mugfuncties voorzien was. Via informele weg verneem ik dat de federale overheidsdiensten intussen onderzoek doen naar de actuele behoefte aan mugfuncties. Uit onderzoek zou gebleken zijn – ik moet dat op die manier formuleren, aangezien mijn informatie op informele wijze bij mij is gekomen – dat er inderdaad op bepaalde plaatsen in Vlaanderen bijkomende mugfuncties wenselijk zijn. Ik wil toch nog eens benadrukken dat ik geen informatie op formele weg heb ontvangen. Noch de intenties van de federale minister werden met Vlaanderen overlegd, noch de eventuele resultaten van een onderzoek werden mij meegedeeld. Ik heb minister Onkelinx dan ook gevraagd naar de actuele stand van dit dossier en nogmaals aangedrongen op overleg.

Het is natuurlijk juist dat, als men naar een mugfunctie zou gaan, een ziekenhuis, in concreto het Sint-Maria ziekenhuis, bereid moet worden gevonden om een mugfunctie te exploiteren. Dat is echter niet de enige voorwaarde. Belangrijk is dat er voorafgaandelijk programmatorisch ruimte gecreëerd wordt om bijkomende mugfuncties in Vlaanderen mogelijk te maken. Hiertoe moet de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, die het programmatiebesluit ter zake moet wijzigen, het initiatief nemen. Bovendien moeten, om een mugfunctie te kunnen erkennen, de mogelijke vestigingsplaatsen van de mugfuncties expliciet worden opgenomen in het ministerieel besluit van 23 januari 2004, waarbij de mugfuncties worden opgenomen in de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening. Ook dit moet gebeuren op initiatief van de federale minister van Volksgezondheid.

Dat zijn twee absolute voorwaarden alvorens een eventuele aanvraag van het ziekenhuis kan leiden tot erkenning van een mugfunctie. Het is duidelijk dat ook aan de normen voor de mugfunctie moet worden voldaan. Die worden dan wel gecontroleerd door mijn diensten.

Hiermee wil ik aangeven dat de verklaring van minister Onkelinx dat zij meent dat er een behoefte is in Halle, op zich een waardevol politiek signaal is, maar dat het natuurlijk pas tanden krijgt op het ogenblik dat de twee voorwaarden onder de verantwoordelijkheid van de federale diensten ook gerealiseerd worden. Het is wel juist dat een derde belangrijke voorwaarde is dat een kandidaat wordt gevonden om een mugdienst te exploiteren.

Ik herhaal dat ik blijf aandringen op overleg in deze materie. De dringende geneeskundige hulpverlening, de functie mobiele urgentiegroep (mug) in het bijzonder, is eigenlijk het schoolvoorbeeld van de dringende noodzaak aan meer homogene bevoegdheidspakketten.

Zolang de federale overheid beslissingen neemt of aankondigingen doet waarbij zelfs de mugfuncties door de federale overheid worden toegewezen, is het moeilijk om als Vlaamse overheid veel meer te doen dan alert te volgen welke vooruitgang er op het federale vlak al dan niet wordt geboekt.

Tijdens het overleg dring ik ook aan op een herziening van de behoefte van het aantal mugfuncties voor heel Vlaanderen. Als minister van Volksgezondheid wil ik er toch nog eens op wijzen dat ik voor mezelf absoluut een verantwoordelijkheid zie. Dat geldt niet alleen ten aanzien van de problematiek van Halle, die me zeer ter harte gaat. Ik wil erop toezien dat men aan alle Vlamingen, overal waar er een bijkomende mugfunctie onderzocht moet worden, kan garanderen dat ze een kwaliteitsvolle en snelle hulpverlening kunnen krijgen.

Ik kan mij niet uitspreken over een realisatiedatum van dit concrete dossier. Er zijn te veel zaken die eerst door de federale overheid gerealiseerd moeten worden. Daarnaast zal het afhangen van de snelheid waarmee het ziekenhuis een aanvraag tot erkenning zal doen.

Ik wil mij wel tot één concreet ding engageren. Als de programmatiecriteria aangepast worden – en op basis van de verklaringen van minister Onkelinx kunnen we dat nu toch veronderstellen – en als het ziekenhuis een aanvraag tot erkenning voor een mugfunctie heeft gedaan, zal ik absolute prioriteit geven aan het onderzoek van het dossier inzake erkenningsvoorwaarden. Daar wil ik me echt toe engageren. Op dat ogenblik zullen we geen tijd verliezen om het dossier tot een goed einde te brengen.

Wat de uitbreiding van het PIT-werkgebied naar Gooik betreft, heb ik toegezegd dat ik daar zwaar zou op aandringen. Ik heb zowel minister Dewael, bevoegd voor Civiele Bescherming, als minister Onkelinx, bevoegd voor Volksgezondheid, aangesproken. Minister Dewael heeft me al geantwoord, maar om te zeggen dat hij meent dat het niet tot zijn bevoegdheid behoort. Op het antwoord van minister Onkelinx blijf ik nog wachten. Indien nodig wil ik dat nog toevoegen aan de agenda

van de Interministeriële Conferentie Gezondheid, die midden juni plaatsvindt. Als ik dan geen antwoord heb ontvangen, zal ik dat met luide stem in de interministeriële conferentie opnieuw aankaarten en aandringen op een antwoord. Ik blijf dus bevestigen dat ik vind dat het sneller moet mogelijk zijn dan tegen het einde van het jaar, maar ik geef eerlijk toe dat de tijd begint te dringen. Ik zal er dus uiterlijk midden juni bij de minister op aandringen.

Mijnheer Van Nieuwenhuysen, over het meldpunt heb ik vandaag geen voor de hand liggende gegevens.

De voorzitter: De heer Demesmaeker heeft het woord.

De heer Mark Demesmaeker: Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het besluit is dat we er nog niet zijn en dat het optimisme misschien iets te voorbarig is geweest.

Ik heb het ook niet meer dan een signaal genoemd, maar het is wel een belangrijk signaal. Laten we hopen dat minister Onkelinx de programmatiecriteria heel snel wijzigt. Dan moet het ziekenhuis natuurlijk nog meewillen. Ik heb wel de indruk, ook op basis van de gesprekken die we op lokaal vlak met het ziekenhuis voeren, dat er bereidheid is, natuurlijk als daar een erkenning en financiering tegenover staat.

Vanuit de regio en de stad is er ook bereidheid om een steentje bij te dragen door een aantal steunmaatregelen zoals het ter beschikking stellen van een uitgerust mugvoertuig, in samenwerking met de brandweer.

Mijnheer de minister, uiteraard staan we volledig achter uw pleidooi voor homogene bevoegdheidspakketten. Deze problematiek toont aan dat dat inderdaad nodig is.

De voorzitter: De heer Van Nieuwenhuysen heeft het woord.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen: Mijnheer de minister, als ik heel uw verhaal hoor, hoop ik dat het geen spel wordt van het doorschuiven van de hete aardappel. Er wordt gewacht op minister Onkelinx, die twee initiatieven moet nemen: de programmatiecriteria wijzigen en Halle toevoegen aan de mogelijke vestigingsplaatsen voor een mug. Maar minister Onkelinx lijkt te wachten op een signaal vanuit Halle dat men bereid is om een mug waar te nemen. Ik hoop dat die twee niet op elkaar aan het wachten zijn, want dan kan het heel lang duren.

Mijnheer de minister, ik neem akte van uw engagement om, eens de twee formaliteiten volbracht zijn, verder werk te maken van deze zaak. Misschien is er voor u nog een actieve rol weggelegd om de twee in

overeenstemming met elkaar te brengen, zodat ze niet langer op elkaar moeten wachten.

U hebt verschillende keren gezegd dat u een en ander uit informele contacten of via de pers hebt moeten vernemen. Ik vind dat verbijsterend. Ik vind dat getuigen van een enorm dedain van minister Onkelinx ten aanzien van de Vlaamse overheid. Dat is veelzeggend.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Piet De Bruyn tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over recent wetenschappelijk onderzoek naar recreatief drugsgebruik en de consequenties van dit onderzoek voor het drugspreventiebeleid

De voorzitter: De heer De Bruyn heeft het woord.

De heer Piet De Bruyn: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, dames en heren, de Vlaamse overheid voert een actief beleid dat middelengebruik ontraadt. Hierbij wordt onder meer gestreefd naar de implementatie van wetenschappelijk onderzoek – en dat evolueert voortdurend – in de preventieve methodieken die moeten voorkomen dat mensen beginnen met middelengebruik of er afhankelijk van worden. De aandacht gaat daarbij prioritair, maar niet exclusief, naar kinderen en jongeren, zwangere vrouwen en jonge ouders.

Zonder te moraliseren en zonder het hele drugsdebat hier opnieuw te willen voeren, wil ik aandacht vragen voor de bevindingen van Jan Vanovermeire, doctor in de antropologie. Hij stelde aan de Universiteit Gent begin mei een onderzoek voor over drugsgebruik in recreatieve setting voor. Het unieke van zijn onderzoek zit onder meer in het feit dat hij een tot nu toe vooral verborgen gebleven groep drugsgebruikers van nabij en gedurende een lange periode volgde. Hij deed onderzoek in de drugscene van Antwerpen, Gent en Brussel, en dan vooral bij jongeren die (nog) niet in aanraking zijn gekomen met politie, justitie of hulpverlening. Daar bestond tot nog toe weinig cijfermateriaal over. Hij is tevens doorgedrongen tot de milieus waar zogenaamde afterparty's worden gehouden. Het drugsgebruik kan daar sterk radicaliseren. Door het private karakter ervan ontsnapt het – naar ik vrees – grotendeels aan de preventieve benadering die we thans toepassen.

De studie van doctor Vanovermeire komt, net als eerdere studies, tot de vaststelling dat het gebruik van synthetische drugs in sommige subculturen zorgwekkend is. Het feit dat de duidelijk herkenbare heroïneverslaafde, de junkie, minder vaak voorkomt en dat het aantal

drugsdoden – dat de pers haalt – daalt, mag ons niet doen concluderen dat de jongeren van vandaag verstandiger, evenwichtiger of voorzichtiger met drugs omgaan. Er zijn nieuwe drugs die allesbehalve clean zijn en zeker niet minder schadelijk.

Doctor Vanovermeire komt tot de vaststelling dat een groot deel van de personen die hij volgde, te kampen heeft met een verstoorde identiteitsontwikkeling. Hij schetst het beeld van jongeren die de normale weg naar volwassenheid niet hebben afgelegd, hun eigen identiteit niet kunnen vormgeven en een zeer beperkt aantal sociale contacten hebben. Deze gegevens zijn een aanvulling op de resultaten van andere onderzoeken die reeds wezen op de bijzonder hoge graad van depressiviteit en suïcidaal gedrag bij drugsgebruikers en zelfs bij ex-drugsgebruikers.

Doctor Vanovermeire doet in zijn proefschrift heel bewust geen beleidsaanbevelingen. Wel stelt hij de vraag: “of onze samenleving zich dermate permissief mag blijven opstellen aangaande het fenomeen van (recreatief) drugsgebruik”. Federaal minister van Justitie Vandeurzen nodigde alvast de kersverse doctor uit om de resultaten van zijn onderzoek te komen toelichten.

Mijnheer de minister, acht u het raadzaam om eveneens een gesprek aan te gaan met doctor Vanovermeire? Wilt u nagaan welke bevindingen in het rapport relevant zijn voor het Vlaamse preventiebeleid?

Meent u dat de aanpak die thans door de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) wordt voorgesteld, voldoende gericht is op die onderbelichte groep, namelijk de bezoekers van afterparty's?

Hebt u kennis van goede praktijkvoorbeelden uit het buitenland met betrekking tot drugspreventie voor deze specifieke doelgroepen?

Acht u het raadzaam om met uw federale collega van Justitie overleg te plegen over het drugsgebruik dat zich naar private afterparty's verplaatst? Zo kan u eventueel bijkomende afspraken maken over het respecteren van de gemeenschapsbevoegdheid.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Dat het gebruik van illegale drugs wel degelijk een groot maatschappelijk probleem is, is geen nieuwigheid voor het Vlaamse beleid. Ook afterclubs zijn geen nieuw fenomeen in Vlaanderen. De meeste werden in de jaren tachtig gesloten, met als gevolg een verschuiving naar privé-afterparty's. Het publiek is daarmee – paradoxaal genoeg – moeilijker te bereiken via preventiemaatregelen. Privéfeestjes zijn ook moeilijk in de hand te houden door regelgeving of beleidsmaatregelen. Bezoekers

van afterparty's vormen een beperkte groep van meestal erg problematische gebruikers, die zichzelf inderdaad zware gezondheidsschade toebrengen. De studie van doctor Vanovermeire zal ons ongetwijfeld veel bijbrengen over deze subcultuur, maar in wezen was dit een bekend feit.

U weet uiteraard dat niet alle mensen in het uitgaansmilieu illegale drugs gebruiken of naar afterparty's gaan, en dat er ook binnen de groep van gebruikers gradaties zijn. Uit onderzoek van de VAD blijkt dat 44,2 procent van de doelgroep in het laatste jaar illegale drugs gebruikt heeft. Van de groep gebruikers blijkt 43 procent verschillende middelen te combineren.

Een onderhoud met doctor Vanovermeire is gepland tegen begin juni. Ik verwacht vooral van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en van de VAD vooral een meer diepgaand advies over de vraag of dit rapport aanleiding kan zijn voor een bijsturing van het beleid. Maar een grondige bestudering en een grondig advies vragen wel enige tijd.

Ik weet dat de VAD een grondige literatuurstudie heeft gedaan over de methodieken die effectief kunnen zijn deze doelgroep, over het wetenschappelijk onderzoek ter zake en over de goede praktijken. Op basis van deze studie is de methodiek Partywise ontwikkeld. Dat is u blijkbaar bekend, want u knikt, mij was het nog onbekend. De Partywisecampagne probeert het uitgaanspubliek duidelijk te maken dat men samen met zijn vrienden problemen met drank, drugs en pillen een stap voor kan zijn door zorg te dragen voor zichzelf en voor elkaar. Er wordt een beroep gedaan op eenieder's verantwoordelijkheid en op de 'community spirit', die in deze subcultuur en leeftijdsgroep heel belangrijk is. De bedoeling is met andere woorden om tot deze mensen door te dringen via personen in hun omgeving die een positieve invloed kunnen uitoefenen. Boodschappen gaan zowel naar gebruikers als niet-gebruikers. Steeds meer clubuitbaters en organisatoren raken overtuigd van de rol die zij daarbij kunnen spelen. Vandaar dat Partywise hen ook aanspreekt en stimuleert om structurele maatregelen te nemen: gratis water ter beschikking stellen, een chill-outruimte inrichten, een correcte toegangscontrole enzovoort.

Maar gebruikers in een private omgeving zijn natuurlijk moeilijk te bereiken. Ik kan geen drugspreventiewerkers folders laten uitdelen in iemands woonkamer, al was het maar omdat we niet weten waar de privéafterparty's doorgaan.

Specifiek voor het fenomeen van de afterparty's zijn mij geen goede praktijken uit het buitenland bekend. Zoals bij alle preventie-initiatieven zal ook hier de effectiviteit van een strategie afhangen van een goede mix van

maatregelen: informatieverstopping, regelgeving, doorverwijzing naar hulp en repressie.

Momenteel zijn er weinig problemen inzake het respecteren van de bevoegdheidsverdeling tussen preventieve gezondheidszorg en justitie. Ik ben wel vragende partij voor een betere afstemming tussen hulpverlening en repressie. Zoals u wellicht weet, hebben we hier te maken met een erg moeilijk te behandelen groep, die over het algemeen niet gemotiveerd is omdat ze haar drugsgebruik niet als een probleem ervaart. Zelfs wanneer deze gebruikers uiteindelijk in de hulpverlening terechtkomen, is het erg lastig om ze daar te houden. Een betere afstemming van juridische en hulpverlenende maatregelen en doorgedreven casemanagement kan daarbij helpen. Daartoe komt er overleg met de federale minister van Justitie.

De voorzitter: De heer De Bruyn heeft het woord.

De heer Piet De Bruyn: Ik dank u voor uw duidelijke antwoord, mijnheer de minister. De bekommernis die we delen, wordt breed gedragen. Het verheugt me bijzonder dat de VAD het blijkbaar als haar taak beschouwt om nieuw onderzoek en nieuwe bevindingen te toetsen. Ik ben blij dat u daar ook expliciet op wijst of dat u vraagt om dat te doen.

Volgens mij is de hergroepering rond de VAD verstandig geweest. We hebben enkele initiatieven gebundeld en de VAD tot een expertisecentrum gemaakt betreffende middelengebruik.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen: De heer Vanovermeire heeft een interessante studie gemaakt. U hebt daar blijkbaar oog en oor voor.

Ik wil er wel op wijzen – en ik richt me niet naar de onderzoeker, maar naar de pers – dat niet heel Vlaanderen zich iedere zaterdag overgeeft aan het gebruik van synthetische drugs en dergelijke. Het gaat over een staalname van een bepaalde subcultuur. Daar kan men vrij voorspelbaar uit concluderen dat daar meer problematisch gebruik bestaat dan in de rest van Vlaanderen. Het probleem van de uitvergroting is al aangehaald in diverse preventiestrategieën. In Nederland heeft men het over de tachtig-twintigverhouding. Dat roept soms het beeld op dat tachtig procent van de jongeren illegale drugs gebruikt en twintig procent niet, terwijl het in de realiteit net andersom is.

Een andere interessante studie die bijna tegelijkertijd met het doctoraat van de heer Vanovermeire de pers haalde, is die van mevrouw Van der Laenen. Zij stelde dat de bestaande preventiestrategieën vaak aan een bepaalde groep voorbijgaan, met name aan die gebruikers

die zich eerder storen aan preventieboodschappen omdat zij een gesprek, controle, straf, preventie en repressie op hetzelfde niveau plaatsen. Mevrouw Vander Laenen roept op om een preventieaanpak op maat uit te werken. Als ik de twee studies in elkaar schuif, denk ik dat we net dat nichepubliek dat de heer Vanovermeire bestudeerde, in onze preventieaanpak missen. Mijnheer de minister, overweegt u in het licht van de twee studies om de bestaande aanpak van middelengebruik te diversifiëren? Vandaag hebben we een leeftijds- en een middelengerichte aanpak. De notie gebruiker/niet-gebruiker als such vind ik daar niet in terug.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Ik weet niet of ik het helemaal met u eens ben dat de diversifiëring tussen gebruiker en niet-gebruiker niet zichtbaar is in het beleid. Onlangs voerde men een campagne met generieke boodschappen naar scholen in het kader van het actieprogramma in de strijd tegen tabak, alcohol en drugsmisbruik. Dat kan men beschouwen als doelgericht op niet-gebruikers, of in ieder geval niet-discriminatoir ten aanzien van de gehele bevolking. Er zijn tevens acties die specifiek gericht zijn op een aantal doelgroepen. Ik heb het gevoel dat we de noodzakelijke mix van maatregelen hanteren.

De heer Bart Van Malderen: Ik had een vraag om uitleg in die zin ingediend. Ze werd afgewezen. Ik zal een aangepaste versie indienen om daar wat dieper op in te kunnen gaan.

De onderzoekers stippen aan dat de generieke boodschappen voorbijgaan aan een groep waar wellicht het grootste probleemgedrag zit.

De voorzitter: Mijnheer Van Malderen, uw vraag was vrijwel louter informatief opgesteld. Dat is dus een schriftelijke vraag. Ik dring er bij iedereen op aan om vragen te stellen met een politieke dimensie.

Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stand van zaken van het project zorggradatie

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Mijnheer de voorzitter, dames en heren, op 24 mei 2007 hadden we een gedachtewisseling met toenmalig minister Vervotte over

de zorggradatie en -vernieuwing. De minister verklaarde dat er een simulatietool werd uitgewerkt voor de personeelsnorm in het kader van het project zorggradatie. Het was volgens de minister de bedoeling om in juni 2007 met die simulatietool een eerste ontwerp van personeelsnorm uit te werken. Tussen juli en december 2007 zouden de personeelsnormen worden bijgewerkt. Voor de verfijning van de personeelskaders zouden experts inzake personeelsomkadering worden aangevraagd. Bij voldoende budgettaire mogelijkheden zou het proces zorggradatie vanaf 1 januari 2008 van start kunnen gaan. Zo niet, zou dat het geval zijn in september 2008, met het nieuwe uitbreidingsbeleid.

Als de personeelsnormering klaar zou zijn in december 2007, dan zou men vanaf januari 2008 beginnen met het uitwerken van de nieuwe regelgeving en van de aangepaste informaticatoepassingen. Dan zou in september 2008 zowel de nieuwe regelgeving inzake de inschaling als de nieuwe personeelsomkadering kunnen worden geïmplementeerd, gekoppeld aan het uitbreidingsbeleid. De minister benadrukte dat het proces onomkeerbaar was. Afhankelijk van het budget zou men starten in januari 2008 of ten laatste in september 2008.

Bij de bespreking van de beheersovereenkomst tussen de Vlaamse Regering en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) enkele maanden geleden, heb ik reeds gepeild naar de stand van zaken van het project zorggradatie. U hebt toen gesteld dat een eerste denkoefening rond een nieuw personeelskader afgerond was tegen het einde van 2007, maar ik had toch wel graag wat meer duidelijkheid willen krijgen over de resultaten daarvan. Ook denk ik dat een globaal overzicht van de stand van zaken van het project zorggradatie uiterst nuttig en interessant kan zijn, gelet op de timing en de objectieven die vorig jaar door uw voorganger waren vooropgesteld.

Is er in het kader van het project zorggradatie een simulatietool uitgewerkt voor de personeelsnorm? Is met die tool een eerste ontwerp van personeelsnorm uitgewerkt? Wat waren de resultaten en conclusies daarvan? Wil de minister effectief van start gaan met het proces zorggradatie, met de nieuwe inschaling en met de nieuwe personeelsnorm? Wordt er op dit ogenblik gewerkt aan een nieuwe regelgeving inzake inschaling en personeelsomkadering? Zo ja, wanneer zal die worden geïmplementeerd?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Ik sluit me graag aan bij deze vraag. Ook ik ben van mening dat een globaal overzicht van de stand van zaken nuttig en interessant kan zijn. Het volledige zorgvernieuwingproject, waar de zorggradatie deel van uitmaakt, is enorm omvangrijk. Het wordt fase per fase ontwikkeld, aangepast en

ingevoerd. Ik denk dat een tussentijdse stand van zaken erg zinvol zou zijn, zodat iedereen door de bomen het bos kan blijven zien.

Ik heb nog enkele bijkomende vragen. In onze met redenen omklede motie die ik samen met enkele collega's in deze commissie op 3 oktober 2007 heb ingediend, wordt gevraagd om in het voorjaar van 2008 het nieuwe meerjarenplan en een actualisering van de regelgeving voor te leggen. Kunt u op die vragen ingaan? Verder vraag ik me af wat het kostenplaatje van het project zorggradatie is. Ik denk dat dit kort aan bod is gekomen toen we hier een aantal interpellaties hielden over het Persoonlijke Assistentie Budget (PAB) en over het Persoonsgebonden Budget (PGB). Toen is gezegd dat een eerste berekening was gemaakt van de huidige personeelskost en van de te verwachten personeelskost op basis van het project zorggradatie. Is daarover al meer informatie beschikbaar? Dat lijkt me immers een belangrijk element in de verdere ontwikkeling.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer de voorzitter, dit is wel degelijk een bijzonder politieke vraag. Ik ga proberen om duidelijk te zijn. Het is tezelfdertijd de bedoeling om aan eenieder in Vlaanderen die zorg behoeft een antwoord te bieden én aan de voorzieningen die daarin een zeer belangrijke rol spelen de gepaste personeelsomkadering te geven. Dat zijn twee doelstellingen die hand in hand gaan wanneer het gaat over het ontwikkelen van een goed beleid voor personen met een handicap. In termen van budgettaire weerslag staan ze echter op gespannen voet. Ik vraag begrip voor dat feit.

Wanneer men voor een bestaand cliënteel een betere omkadering realiseert, dan worden de wachtlijsten niet korter. Wanneer men prioriteit geeft aan het wegwerken van de wachtlijsten, maar geen stappen vooruit zet inzake de PR/PN-verhoudingen – de verhoudingen tussen het reële en het wenselijke aantal personeelsleden – dan zal men de druk op de voorzieningen niet verminderen. Dat is een budgettaire keuze. Daarin moet men klare wijn schenken. Men kan niet de twee hebben, of beter: men kan alleen maar de twee hebben als men bijzonder veel geld heeft. Als men gewoon veel geld heeft moet men kiezen voor datgene wat prioritair is.

De doelstelling van het project zorggradatie is altijd geweest om de personeelsomkadering beter in overeenstemming te brengen met de zorgzwaarte van de personen met een handicap waarvoor het personeel wordt ingezet. In beginsel is dit een verhaal dat zelfs bij een gesloten budgettaire enveloppe zinvol kan zijn. De ene voorziening heeft een hogere PR/PN-verhouding dan de andere. Dat betekent dat de personeelsomkadering niet altijd in overeenstemming is met de zorgzwaarte van de

personen met een handicap waarvoor het personeel wordt ingezet.

Dat staat los van de overweging dat er in de sector in het algemeen behoefte is aan een grotere omkadering. Dat is uiteraard geen budgettaire neutraal verhaal. Dat het zelfs bij een gesloten enveloppe een betekenis kan hebben veronderstelt dat het denkbaar is dat voorzieningen met een te lage omkadering via een project van zorggradatie een ruimere omkadering kunnen verwerven, maar dat dit – laat ons het maar zeggen zoals het is – ten koste gaat van diegenen die over een ruimer dan gemiddelde omkadering beschikken. In een sector waarin men over het algemeen onder de wenselijke norm zit, is dat natuurlijk geen realistische formule.

Dat is ook de reden waarom er een stapsgewijze benadering wordt gehanteerd. U hebt de uitspraken geciteerd die minister Vervotte in de commissie heeft gedaan. In het vorige antwoord op uw vraag heb ik ook al laten blijken dat de zorggradatie voor mij een oefening is die ik niet halsoverkop wil realiseren. Ik wil het accent leggen op een groter aanbod voor personen met een handicap. Daarvoor wil ik mijn budgettaire middelen inzetten, zeker op dit moment van de legislatuur. De zorggradatie is trouwens een delicate oefening. Dat is het belangrijkste argument.

Het tweede argument is het volgende. Toen dit op 24 mei 2007 aan bod kwam in de commissie, was de stuurgroep Zorggradatie nog volop aan de gang. Bij mijn aantreden zijn de projecten inzake zorgvernieuwing, en meer bepaald de problematiek van het experiment PGB, in een stroomversnelling gekomen. De sector zelf heeft uitdrukkelijk gevraagd om de stuurgroep Zorggradatie op te heffen, of beter gezegd, om hem te laten opgaan in een ruimere groep die de stuurgroep Zorgvernieuwing moet heten en die zowel het project Zorggradatie als de zorgvernieuwing moet omvatten. Dat is een van de verklaringen voor de tempooverzwakking. Maar nogmaals: mijn eerste uitleg is de meest belangrijke. Ik ben niet van plan om tussen nu en het einde van de regeerperiode inzake zorggradatie meer te doen dan wat ik u nu ga beschrijven en dat voor een belangrijk stuk te maken heeft met het transparant maken van de verschillen.

De eerste fase van het onderzoek Zorggradatie is volledig en formeel afgehandeld. De resultaten van de inschalingsoperatie, na kwantitatieve en kwalitatieve feedbackrondes en na uitklaring van de discussiepunten met de sector, zijn er. De theoretische, mathematische, wetenschappelijke, objectieve oefening waarbij men aan de hand van de zorgprofielen van de mensen waarvoor wordt gezorgd, een cijfer kan verkrijgen dat aangeeft welke personeelsomkadering daar logischerwijze aan beantwoordt, is afgerond. Het VAPH zal over deze eerste fase een rapport afleveren dat – na

toetsing met de stuurgroep 'zorgvernieuwing' – sectorbreed zal worden gecommuniceerd. Ik benadruk dat dit een theoretische simulatie is, met een berekening van de personeelsomkadering op basis van de zorgzwaarte, zowel voor de hele sector als per voorziening.

Elke voorziening zal zijn individuele afwijking ten opzichte van het gemiddelde van de sector en ten opzichte van de streefcijfers – voor de individuele voorziening en voor de sector – kunnen vaststellen. De berekening van de personeelsomkadering is gebaseerd op de inschaling van de cliënten, na toepassing van de bijgestelde kwalitatieve controlecriteria en op basis van experimentele normen. Deze resultaten zullen uitvoerig worden toegelicht in het rapport. Als daarover nog vragen zouden zijn, kunnen we daarover in debat treden. Globaal wijzen de aldus verkregen gegevens op zekere onevenwichten tussen de zwaarte van de populatie in de voorzieningen en de passende personeelsomkadering. De meerderheid van de voorzieningen heeft een passende personeelsomkadering als men ze onderling vergelijkt bij de huidige personeelsnormen.

Wat is de bedoeling? In eerste instantie willen we de sector informeren. Daarbij krijgt elke voorziening voor volwassenen informatie over haar PR/PN-verhouding en over haar omkadering in relatie tot de zorggraad van haar cliënten. Ik kies er dus niet voor om onmiddellijk een nieuwe personeelsomkadering per voorziening te realiseren. Directies krijgen, aan de hand van de feedback, wel kansen om op vrijwillige basis bij te sturen via hun opnamebeleid. Dat laatste is een van de variabelen in de formule. Als een directeur van een voorziening te horen krijgt dat hij, in vergelijking met zijn collega's, eigenlijk een ruimere omkadering heeft, dan kan hij paniker – maar dat is niet aangewezen – of hij kan er via het opnamebeleid voor zorgen dat personen met zwaardere zorgprofielen worden binnengehaald.

Het VAPH heeft inmiddels ook al, met de hulp van experts uit het werkveld, een nieuw inschalingsinstrument ontwikkeld voor volwassen personen met een handicap. Dat gebeurde op basis van wat werd geleerd bij de inschaling van 17.000 cliënten tijdens het onderzoek over zorggradatie. De stuurgroep zal mij kunnen adviseren of dit instrument daadwerkelijk kan worden ingezet voor de diverse ontwikkelingen in de zorgvernieuwing, onder andere voor het PGB-experiment. De methodiek die in het kader van de zorggradatie is ontwikkeld, is ook bijzonder waardevol voor andere aspecten van de zorgvernieuwing.

Als de stuurgroep mij zou adviseren om het in de zorggradatiestudie ontwikkelde inschalingsinstrument in te zetten in de diverse sporen van de zorgvernieuwing, dan moet daarvoor een rechtsgrond worden gecreëerd. Voor de eventuele reglementaire wijzigingen van de huidige personeelsomkadering in de voorzieningen kan ik nog

geen timing geven, omdat de besprekingen hierover in de stuurgroep Zorgvernieuwing nog bezig zijn. Ik wil politieke klaarheid verschaffen. Ik wil duidelijk maken dat ik begrip heb voor de bedenkingen van de sector over de PR/PN-problematiek, over het feit dat sommige voorzieningen minder goed zijn omkaderd dan het gemiddelde. Dat gemiddelde ligt op zich al lager dan de PN-norm. Dat moet stapsgewijs verbeteren. De budgettaire implicaties van de realisatie van die doelstelling zijn gemakkelijk een veelvoud van de kostprijs van het uitbreidingsbeleid, die 32,5 miljoen bedraagt.

In deze fase is het belangrijker om de voorzieningen eerst duidelijkheid te verschaffen over hun positie en om hen de kans te geven om via een opnamebeleid dichterbij het gemiddelde te komen. Wanneer de sector gewend is geraakt aan deze transparante gegevens, kan men eventueel stellen dat de Vlaamse overheid de verantwoordelijkheid heeft om conclusies te trekken inzake de personeelsomkadering. Ik zie dat evenwel niet gebeuren voor het einde van deze regeerperiode.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Het antwoord verbaast me toch enigszins. U hebt het over een politieke vraag.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Ik bedoel dat als een compliment. U stelt een vraag met grote politieke relevantie, en dat is positief, zoals ook de voorzitter zegt.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Ik neem daar akte van. Ik blijf wel wat teleurgesteld. Ik dacht wat we al ver waren opgeschoten. In mei 2007 hoorden we in de commissie het volgende: “De minister benadrukt dat het proces dat op de sporen is gezet onomkeerbaar is, en afhankelijk van de budgettaire mogelijkheden is het in januari 2008 of ten laatste in september 2008 een feit.” Wanneer is het een feit? Juni is niet meer veraf. Ook het reces is niet meer veraf. Begrijp ik het goed dat we moeten wachten op de nieuwe regering en op de nieuwe legislatuur?

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Ik dank u oprecht dat u een politiek thema hebt aangekaart. Ik hoop wel dat u ook naar mijn politieke antwoord hebt geluisterd. Men moet inderdaad kiezen tussen een extra uitbreiding van het aanbod en een andere omkadering van de voorzieningen. Dat laatste is hoe dan ook pas mogelijk als we

beschikken over objectieve gegevens zodat de voorzieningen kunnen nagaan hoe ze zich verhouden ten aanzien van het gemiddelde en welke conclusies ze moeten trekken om dichterbij de norm te komen. Als uw fractie meent dat men meer nadruk moet leggen op de omkadering en dus automatisch minder op het uitbreidingsbeleid, dan moet ze dat zeggen. Ik heb echter niet begrepen dat dit uw standpunt is.

Ik zeg in alle klaarheid dat de uitbreiding van het aanbod voor personen met een handicap die zorg behoeven, de grootste prioriteit heeft. Ik wil niet overhaast te werk gaan. Dat heeft te maken met het respect voor de diversiteit in de sector. Daardoor is er tijd nodig om te evolueren naar een grotere homogeniteit in de PR/PN-cijfers. Als uw fractie het anders ziet, dan wil ik dat graag vernemen.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: We zijn nu echt in een politieke discussie verzeild geraakt. U mag gerust naar mijn fractie verwijzen. Ik wil er echter op wijzen dat er een regeerakkoord is, dat er moties zijn ingediend – waarnaar mevrouw Jans al heeft verwezen –, dat er voorstellen van decreet zijn uitgewerkt, ettelijke discussies zijn gevoerd, beleidsbrieven zijn rondgestuurd en ten slotte ook – en dat is niet onbelangrijk – dat er een budget is. Met dat budget in handen tekent de minister zijn beleid uit, uiteraard met de steun van de meerderheid. Wij hebben die steun duidelijk gegeven. Als u me vraagt hoe u het geld moet besteden, dan ben ik bereid om die oefening eens te maken. Dat is evenwel uw taak. De afgelopen jaren hebben we de krijtlijnen uitgezet. Mijn vraag is eenvoudig: waar zullen we uiteindelijk uitkomen?

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Heb ik het goed begrepen dat er een koerswijziging wordt doorgevoerd? Wordt het beleid gewijzigd? Wordt er nu prioritair ingezet op de uitbreidingsnoden, en legt u het zorggradatieproces stil? Of beter gezegd: laat u de technische modaliteiten van het zorggradatieproces verder uitwerken, maar beschouwt u de uitvoering van het proces zelf niet langer als een prioriteit?

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Ook daarover wil ik duidelijk zijn. Zorggradatie zoals het initieel is uitgelegd, was een zaak van herverdeling van middelen. Men zou aan sommige voorzieningen zeggen dat ze personeel zouden moeten laten afvloeien omdat bij andere voorzieningen personeel zou worden aangeworven. Dat was de context. Ik heb hier in alle duidelijkheid willen uitleggen dat ik eerst het pedagogische luik wil afwerken: we moeten er eerst voor zorgen dat alle voorzieningen weten waar ze zich positioneren ten opzichte van het

gemiddelde. Eventueel kunnen ze ‘gealverteerd’ zijn over het feit dat hun omkadering in vergelijking met de zorgzwaarte van hun gasten eigenlijk ruim is. Ik bezig het woord ‘ruim’ met enige schroom, want in deze sector komt men handen tekort.

Liever dan hen manu militari een uitdovend kader op te leggen, zodat elders voor extra plaatsen kan worden gezocht, wil ik andere initiatieven nemen. Ik wil hen de kans bieden om er via het opnamebeleid voor te zorgen dat de omkadering dichterbij de norm. Ik wil bij het uitbreidingsbeleid – ik heb dat hier nog niet gezegd, omdat het, denk ik, niet veel meer dan een symbolische bijdrage zal zijn – extra aandacht hebben voor die voorzieningen die daardoor dichterbij de buurt kunnen komen van een normale PR/PN-verhouding. Dat is een lijn die ik wil hanteren, want waarom zou ik nalaten om een bijdrage te leveren voor de problematiek?

Voor het overige kies ik niet voor het bruuskeren van de situatie. Ik denk dat dat ook in het belang van de sector is. Mijnheer Caron, ik denk dat u dat vrij goed omschrijft, want het bruuskeren van de situatie leidt niet tot winst. Deze werkwijze zal ons toelaten om binnen de sector, via een weg van geleidelijkheid, dichterbij de buurt te komen van een echt goede zorggradatie.

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mijnheer de minister, dat is een belangrijk statement. Mijn eerste reactie is niet negatief. Er was al wat ongerustheid over de zorggradatie, ook binnen de koepels, want zij willen een kwalijke personeelspolitiek voorkomen. Ik denk dat niemand rond deze tafel daar vragende partij voor is.

Het is wel een markant andere aanpak – en u moet zich daar niet voor verantwoorden –, die de vraag doet rijzen waarom we heel dat proces op gang hebben gebracht. U zult zeggen dat we een ijkpunt hebben en dat het misschien een heel interessante opstap is naar een meer persoonsgebonden subsidiëring van voorzieningen. Dat zou kunnen, dus ik zeg ook niet dat we het moeten weggooien. Maar het is een markante koerswijziging en het was misschien beter geweest dat het meteen, in het begin van dit proces, zo was uitgetekend. Het zou een aantal neveneffecten, waar we vragen over hebben gesteld, hebben kunnen voorkomen. U hoeft zich niet te verantwoorden voor wat u niet hebt beslist. Maar het is iets anders.

Minister Steven Vanackere: Om te beginnen: zo bijzonder nieuw was het nu niet. Ik heb ook ten aanzien van de sector klare wijn geschonken. Op het ogenblik dat ik het uitbreidingsbeleid heb toegelicht, heb ik over de zorggradatie al duidelijkheid verschaft.

Ik vind het belangrijk om te benadrukken – dit mag men niet vergeten – dat zorggradatie van in het begin een

verhaal was van gesloten enveloppes. Het zou omschreven mogen worden als een koerswijziging als men initieel gevonden had dat er een budgettaire marge was om onevenwichten weg te werken en men nu zou zeggen dat die marge voor iets anders wordt ingezet, met name voor het uitbreidingsbeleid. Maar dat is niet het geval. Als de zorggradatie een zero sum game is, met gesloten enveloppes, moet de minister aan de voorzieningen zeggen dat ze over te veel personeel beschikken. Uiteraard zijn er dan ook voorzieningen waar men het goede nieuws kan brengen dat ze meer personeel verdienen.

Mevrouw Van der Borgh, ik bevestig dat die operatie onomkeerbaar is. Ik hoop dat iedereen ook de gevolgen zal willen trekken uit wat we hier zeggen. De voorzieningen die onder de norm zitten zijn dikwijls heel typische voorzieningen, die lange tijd hard hebben gewerkt, met veel vrijwilligheid. Er was enorm veel engagement van mensen die gratis bezig waren. Op een zeker ogenblik heeft men vastgesteld dat men, gezien de verouderende bevolking bij de congregaties bijvoorbeeld, met weinig handen heel veel mensen aan het verzorgen was. Deze voorzieningen rekenen terecht op extra personeel, in vergelijking met andere die misschien wat ruimer voorzien zijn omdat ze altijd met professionelen gewerkt hebben.

Mijnheer Caron, ik houd heel veel van het woord, want u zegt dat ik nu niets wil bruuskeren. Ik herbevestig dat het onomkeerbaar is, maar dat ik niet van plan ben om te bruuskeren, ook uit respect voor die voorzieningen met een omkadering die objectief gezien iets boven het gemiddelde ligt, maar waarvoor ik niet veel zin heb om ze morgen te straffen of ongerust te maken. Ik wil liever met een pedagogische aanpak de weg van geleidelijkheid volgen in plaats van ineens een big bang te lanceren vanaf 1 januari 2009.

Die aanpak kan onder andere tot gevolg hebben dat die voorzieningen kiezen voor zwaardere zorgprofielen, die het bestaande personeelskader gedeeltelijk kunnen rechtvaardigen.

Mijnheer Caron, het is geen koerswijziging. Het is een benadering om, op het vlak van tempo, stapsgewijs te werk te gaan.

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: Mijnheer de minister, ik ben heel blij met de duidelijkheid die gecreëerd wordt. Ik ben ook heel tevreden over het feit dat we uiteindelijk op de eerste plaats kiezen voor meer aanbod.

Eigenlijk legt u ook voor een deel de verantwoordelijkheid bij de voorzieningen zelf. Als men boven de norm zit, kan men bekijken hoe men door het uitbreidingsbeleid dichter bij de gemiddelde norm komt. Ik denk dat dat ook een goede keuze is.

Ik dacht dat zorggradatie voor een deel de bedoeling had om te kijken of de verhoudingen voor de omkadering, bijvoorbeeld voor voorzieningen voor personen met een matige, ernstige of diepe mentale handicap, juist waren. Men heeft natuurlijk een erkenning voor een bepaald type handicaps. Op welke manier krijgt een voorziening de ruimte om zelf die aanpassing te doen? Als men bijvoorbeeld een erkenning heeft voor tien personen met een matige, tien personen met een ernstige en tien personen met een diepe mentale handicap, en men zit boven het gemiddelde, kan men toch niet zelf kiezen om nu twaalf personen met een ernstige mentale handicap op te nemen en maar acht met een matige mentale handicap. Het is misschien een detailvraag, maar het houdt me toch bezig. Men heeft een bepaalde erkenning en men kan niet zomaar zelf switchen.

Minister Steven Vanackere: Het inschalingsinstrument dat werd ontwikkeld, en waarvoor hulde moet worden gebracht aan de vele tientallen mensen die eraan gewerkt hebben, is toch wel wat subtieler. Een voorziening die bezig is met personen met een lichte mentale handicap kan bijvoorbeeld zeggen dat een persoon met een lichte mentale handicap en met bovendien een motorische handicap, niet bij hen past. Als die voorzieningen aanpassingen doen, bijvoorbeeld op het vlak van toegankelijkheid, waardoor mensen met een wat zwaarder zorgprofiel wel welkom kunnen zijn, zitten ze wel in een zwaarder zorgtype.

Het inschalingsinstrument gaat veel verder. Ik kan het nu niet in detail uitleggen, maar het gaat op een vrij diepe manier in op de zorgbehoefte van de betrokkene. Dat is trouwens de –begrijpelijke – reden waarom heel veel mensen het zorggradatieproject zijn gaan verwarmen met zorg op maat. De bedoeling van zorggradatie was precies te zorgen voor een correcte financiering van de voorzieningen. Maar het gaat veel verder dan de aard van de personen waarvoor men een erkenning heeft. Het gaat over de som van de zorgbehoeften van de betrokkene, en die kan natuurlijk wisselen naargelang de specifieke situatie van de cliënt.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Mijnheer de minister, voor alle duidelijkheid wil ik nog toelichten dat het nooit onze bedoeling is geweest om te bruuskeren. Een van de mogelijkheden is dat de voorzieningen waarvan de personeelsomkadering iets te hoog blijkt, bij nieuwe opnames zwaardere profielen opnemen. Deze piste kan zeker bewandeld worden.

Ik heb nog een bijkomende vraag. Kunnen we inzage krijgen in de resultaten van de studies over personeelsomkadering?

Minister Steven Vanackere: Mijn antwoord is ja. Als dat rapport in een communiceerbare vorm beschikbaar is – want ik heb het zelf nog niet – kan dat. *(Opmerkingen van mevrouw Vera Van der Borgh)*

We waren hoe dan ook al van plan om het rapport sectorbreed te communiceren, maar ik denk ook dat het belangrijk is dat de publieke opinie en het parlement ervan op de hoogte worden gesteld. We kunnen proberen om dat zo nauw mogelijk bij elkaar te laten aansluiten.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen: Mijnheer de minister, u hebt, volgens mij terecht, gezegd dat zorggradatie een verhaal was van herverdeling tussen instellingen. Dat betekent bijna per definitie dat men winnaars en verliezers heeft, instellingen die boven een bepaalde norm zitten en instellingen die eronder zitten. We hebben daar toen vragen over gesteld en er werd geantwoord dat men de verschillen zou uitvlakken via het uitbreidingsbeleid. Dus gaan we het uitbreidingsbeleid daarop enten, dat werd hier toen zo woordelijk gezegd.

Als ik u nu hoor zeggen dat dat vooral symbolisch zal zijn, en dan gaat het over de schaalgrootte van het uitbreidingsbeleid daarop zou kunnen inspelen, dan is dat toch effectief een koerswijziging. U zegt nu dat we niet veranderen, maar temporiseren, maar dat betekent wel dat we de bestaande PR/PN-verhoudingen, die op een gegeven moment arbitrair werden vastgelegd, nu nog een tijd zullen meesleuren. Maar op een gegeven moment zullen we wel tot de vaststelling komen dat we die op de een of andere manier, in een ander verhaal, zullen moeten aanpakken. U schuift voor een deel de definitieve aanpak van dit probleem voor u uit. Voordien was gezegd dat we het zouden uitvlakken via het uitbreidingsbeleid. Nu wordt die koppeling blijkbaar voor een deel losgelaten. Dat zal ooit terug op de agenda komen, hopelijk niet pijnlijker dan het vandaag zou zijn.

Mijnheer de minister, u stelt ook dat instellingen die boven de norm zitten en een te zware omkadering hebben voor de zorg die ze aanbieden, dat kunnen sturen via het opnamebeleid. Dat klopt. In die zin denk ik dat die aanpak meegaat in de filosofie van het uitbreidingsbeleid: de zwaarst zorgbehoevenden en de langst wachtenden – en die combinatie is heel frequent – krijgen voorrang.

De redenering klopt natuurlijk minder voor degenen die onder de norm zitten en die vandaag handen tekortkomen. Zij krijgen via het uitbreidingsbeleid geen garantie om 'bediend' te worden. Ik kan me voorstellen dat uw mededeling daar wel kwaad bloed zal zetten. *(Opmerkingen van minister Steven Vanackere)*

Ik stel dat vast. Men zegt nu dat ze nog een tijd zullen moeten wachten.

U hebt terecht de link geduid die mensen maken tussen de zorggradatie en de vraag naar zorg op maat. Dat is natuurlijk de tegenstelling: ofwel is er uitbreiding, ofwel probeert men iets te doen aan de bestaande verhoudingen. U zet nu

in op uitbreiding. Ik denk dat daar een breed draagvlak voor bestaat, maar op een gegeven moment – en dat lijkt me het belang van het PGB-experiment te zijn – zal men toch een hertekening moeten maken.

Minister Steven Vanackere: Ik heb niets meer toe te voegen aan wat ik heb trachten uit te leggen. Ik heb het gevoel dat ik klaar was.

De voorzitter: Het is duidelijk dat dit verheldering en een aanzet biedt om de zaak voor een deel in een ander perspectief te bekijken en te volgen.

Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over sensibilisering rond orgaandonatie

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, ik heb een vraag om uitleg ingediend over het thema orgaandonatie en de sensibilisering.

Iedere meerderjarige Belg is orgaandonor, tenzij hij of zij hier uitdrukkelijk verzet tegen heeft aangetekend. Dat is onze manier van werken, dat is wettelijk zo bepaald. Daardoor hoort België met 22,8 donoren op 1 miljoen inwoners bij de koplopers in Europa. Dat is een zeer gunstige uitgangspositie, maar toch stonden er op 1 januari van dit jaar 1141 mensen op de wachtlijst voor een geschikt donororgaan.

Gemiddeld sterft een patiënt op acht omdat er niet tijdig een geschikt donororgaan voorhanden is. Deze vraag is zeer actueel, want gisteren maakte de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid in de pers bekend dat voor het eerst de wachtlijsten aan het afnemen zijn, in het bijzonder voor degenen die wachten op een nieuwe lever of een nieuwe nier. In de laatste 3 jaar zijn er maar liefst 50.000 nieuwe kandidaat-donoren bijgekomen, waarvan 10.000 in de laatste 6 maanden. In totaal hebben nu meer dan 83.000 Belgen uitdrukkelijk te kennen gegeven dat hun organen gebruikt mogen worden voor transplantatie. De FOD schrijft de stijging toe aan campagnes en benadrukt dat blijvende aandacht voor deze problematiek noodzakelijk is.

Volgens de eurobarometer – dat zijn crossnationale onderzoeken op vraag van de Europese Commissie – blijkt dat tot drie vierde van de Europeanen bereid is om organen te doneren en dat acht op tien voorstander

is van een donorcodicil. Toch heeft maar een op tien een dergelijke codicil ondertekend. Hoewel in theorie elke Belg donor is, worden in de praktijk, bij gebrek aan een donorcodicil, de nabestaanden geraadpleegd. Dat is het gevolg van een deontologische richtlijn van de orde van de geneesheren. In vijftien tot twintig percent van de vragen weigert de familie de organen van de overledene ter beschikking te stellen. Dat wordt natuurlijk gerespecteerd door de artsen. De belangrijkste redenen waarom mensen geen donorcodicil ondertekenen of waarom ze geen donor wensen te worden, is omdat ze niet weten dat ze dat kunnen of omdat ze geen zicht hebben op wat orgaandonatie inhoudt en wat de gevolgen daarvan zijn. Er zijn nogal wat misverstanden.

Experts zijn het erover eens dat campagnes werken en dat ze belangrijk en kosteneffectief zijn. Dat konden we ook lezen in de mededeling van de Commissie van de Europese Gemeenschap. Het gaat over grote nationale en kleinschalige campagnes op lokaal en provinciaal vlak. West-Vlaanderen is een mooi voorbeeld.

Mijnheer de minister, erkent u de problematiek inzake orgaandonatie en de noodzaak van informatie- en sensibiliseringscampagnes hieromtrent? Beschouwt u de sensibilisering daaromtrent gedeeltelijk als een Vlaamse verantwoordelijkheid? Minister Onkelinx, zo las ik gisteren in de kranten, heeft een nieuwe campagne aangekondigd. Daar is nog weinig over gezegd in het parlement. Ziet u de sensibilisering als een federale bevoegdheid? Zo neen, welke initiatieven kunnen wij nemen vanuit onze bevoegdheid voor preventieve gezondheidszorg?

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Mijnheer de voorzitter, we moeten blijven sensibiliseringscampagnes voeren, al was het maar omdat er nog onduidelijkheid bestaat. Is men automatisch orgaandonor of moet men zich laten registreren? Ik lees al een enorme tegenstrijdigheid tussen de vraag om uitleg van mevrouw Jans en het krantenartikel. Zelfs voor mij is het niet duidelijk.

De voorzitter: Mevrouw Van Linter heeft het woord.

Mevrouw Greet Van Linter: Ik sluit me aan bij de vraagsteller. Sensibilisering naar het grote publiek is absoluut nodig.

Ik wil speciale aandacht vragen voor de sensibilisering van de ziekenhuizen om hen te wijzen op de ingrijpende rol die zij spelen. Ze moeten duidelijke en volledige informatie geven aan de patiënten en daarbij rekening houden met het psychologische aspect.

Ik kaart dit aan op basis van een traumatiserende ervaring van enkele maanden geleden. Een twintigjarig nichtje van mij is plots gestorven en kwam daardoor in aanmerking voor het doneren van organen. Ik vraag vooral aandacht

voor de communicatie op dat moment. De transplantatiecoördinator gaf uitleg, theoretisch zeer mooi, maar het moet dan allemaal zeer snel gaan. Het is wellicht onnodig te zeggen dat de organen van een twintigjarige zeer gegeerd zijn. Voor de ouders, die toch al zwaar aangeslagen waren, bleef er geen tijd over om goed na te denken. Er is geen tijd om doelgericht te reageren, geen tijd om deftig afscheid te nemen. Het is schrijnend. In dit geval werd de familie bijna weggeduwd om aan de procedures te kunnen beginnen.

De twintigjarige tekende zelf geen verzet aan en kwam in theorie in aanmerking voor donatie. De familie heeft op dat moment wel het recht om zich te verzetten. Dat bleek ook uit een interview met de transplantcoördinator van het UZ Antwerpen. De dokter oordeelt of hij rekening houdt met dat verzet of niet. In de meeste gevallen gebeurt dat wel. Dit punt van informatie werd aan mijn familie niet meegedeeld. De ombudsdiensten ontvangen wel meer klachten in deze zin. Voor degenen die achterblijven is de toestand vaak traumatisch. Zeker als ze achteraf beseffen dat ze wel iets hadden kunnen doen, dat ze verzet hadden kunnen aantekenen en dat ze de donatie hadden kunnen tegengaan. Ik dring aan op het verstrekken van correcte informatie en op een gepaste psychologische aanpak.

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: We moeten ons afvragen of we hier met een Vlaamse of een federale kwestie te maken hebben. Vorige week kondigde federaal minister Onkelinx acties inzake kankerpreventie aan. Zij overschrijdt daarmee haar bevoegdheid. Gaat het bij orgaandonatie om preventie? Dat is een Vlaamse bevoegdheid.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Ook mevrouw Jans kaartte de bevoegdheidskwestie aan. Ik zal daar zo dadelijk op ingaan.

De problematiek inzake orgaandonatie en de noodzaak aan informatie en sensibilisatie is mij uiteraard bekend. De Vlaamse overheid heeft zich tot nu toe altijd gedragen als een overheid die acht dat dit een federale bevoegdheid is. Laat me dat zo formuleren. De argumentatie daarvoor is treffend gesynthetiseerd door mevrouw Claes. We kunnen op zoek gaan naar een preventieve kapstok, maar inzake de donorcodicil hebben we niet zo direct een rol te spelen. Voor de Vlaamse overheid betreft het een materie die onder de federale en Europese regelgeving valt. Transplantatie overschrijdt de landsgrenzen. Er zit een lidstaatoverschrijdend aspect aan. Campagnes zijn eerder op federaal dan op gemeenschapsniveau te verwachten.

De campagne van 2005 was een federaal initiatief. U hebt met mij kunnen noteren dat een spectaculaire

verbetering van het aantal kandidaat-donoren het gevolg was: van 33.000 tot meer dan 83.000 Belgen ondertekenden het codicil. Vooral de laatste maanden blijkt, volgens de directeur-generaal van de FOD Volksgezondheid, de toename aanzienlijk te zijn.

Er zijn in het verleden nog geen Vlaamse initiatieven ondernomen om te informeren en sensibiliseren rond orgaandotatie. Het is inderdaad zeer belangrijk dat de bevolking op regelmatige wijze wordt geïnformeerd over orgaandotatie en over de administratieve procedure daartoe.

Ik geloof dat mevrouw Jans al op uw vraag antwoordde, mevrouw Van der Borght. Ofwel onderneemt een Belg niets en dan wordt hij geacht orgaandonor te zijn. Dat is hij niet op basis van een wetgevend initiatief, maar op basis van een deontologische praktijk. Mevrouw Van Linter sprak over “het recht om verzet aan te tekenen”. Het is heel gevaarlijk om dat zo te formuleren. Wie geen codicil heeft ondertekend, is in principe orgaandonor. Zijn familie wordt geconsulteerd, maar daar vloeit geen enkel recht uit voort. De mening van de familie wordt over het algemeen gerespecteerd. Als familieleden of naasten niet akkoord gaan, zullen de artsen geen organen transplanteren. Wie een codicil ondertekent, maakt onomstootbaar kenbaar dat hij orgaandonor wil zijn. In dit geval wordt de familie niet geconsulteerd. Naast de normale psychologische opvang, wordt haar geen vragen gesteld.

Mevrouw Vera Van der Borght: Mijnheer de minister, ik geloof dat heel weinig mensen weten dat het zo in elkaar zit.

Minister Steven Vanackere: Daarvoor dient een commissie voor Welzijn dan weer voor.

Gemeenten en provincies kunnen zeker een belangrijke rol spelen in een informatie- en sensibilisatiecampagne. Ze staan dicht bij de burger en beschikken over informatiekanalen zoals informatiebladen. In het gemeentehuis kunnen ze concreet inspelen op de administratieve procedure van registratie of verzet. Dergelijke campagne wordt vandaag op federaal vlak gecoördineerd.

Mevrouw Vera Jans: Ik dank u voor uw duidelijke antwoorden, mijnheer de minister.

Tussen de indiening van mijn vraag en het moment dat ik ze hier kon stellen, minder dan 24 uur, vernam ik dat er een grote federale campagne komt. De bevoegdheidsverdeling en de houding van de Vlaamse overheid is nu wel duidelijk. Ik vind dit een bijzonder belangrijk thema. Ik vind dat er voortgezette aandacht voor moet zijn. Ik neem kennis van het feit dat u ook vindt dat dat het best op federaal niveau gebeurt. Ik vind het positief dat er daar opnieuw aandacht voor komt. Het was geleden van de campagne van 2005.

Mevrouw Greet Van Linter: Ik wil nog eens de nood aan informatie en sensibilisering benadrukken. De familie moet geïnformeerd en geconsulteerd worden. De nabestaanden mogen achteraf niet met schuldgevoelens kampen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Piet De Bruyn tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over crisisopvang voor holebi's

De voorzitter: De heer De Bruyn heeft het woord.

De heer Piet De Bruyn: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, dames en heren, mijn vraag is ingegeven door concrete situaties bij de telefonische hulplijnen en holebi-organisaties. Ze worden regelmatig geconfronteerd met jongeren die thuis aan de deur gezet worden omwille van hun geaardheid. Gelukkig is dat in Vlaanderen steeds minder het geval. We kunnen daar alleen maar tevreden over zijn. Dat is de vrucht van de inspanningen voor de aanvaarding van holebi-seksualiteit van de afgelopen jaren.

Helaas is er een deelgroep waar we een toename van het aantal crisissen vaststellen. Die deelgroep bestaat uit relatief jonge allochtonen die voor hun holebi-geaardheid uitkomen en wegens de cultuur van hun omgeving worden geconfronteerd met bijzonder negatieve afwijzingen en van de een dag op de andere door hun familie aan de deur gezet worden. De crisisopvangcentra bestaan, maar men vertelt me dat die centra weinig informatie en expertise in huis hebben over hoe ze daar concreet moeten mee omgaan.

Tegen deze achtergrond stel ik de minister graag de volgende vragen. Heeft hij zicht op het aantal jongeren dat de voorbije jaren een beroep deed op crisisopvang wegens hun seksuele geaardheid? In hoeveel gevallen ging het daarbij om jongeren van allochtone afkomst? Kent de minister het probleem dat er geen optimale hulpverlening aan holebi-jongeren in crisis kan worden aangeboden wegens het ontbreken van voldoende gepaste expertise bij de diensten voor crisisopvang? Zal de minister de diensten voor crisisopvang vragen om bijkomende initiatieven te nemen om hun hulpaanbod beter af te stemmen op het bieden van hulp aan allochtone holebi-jongeren?

Welke keuze maakt de minister? Acht de minister het aangewezen om een beperkt aantal crisisopvangcentra specifiek de opdracht te geven hun hulpverlening bij te stellen zodat ze beter in staat zijn om concrete vragen

voor crisisopvang van holebi-jongeren te organiseren, of kiest hij voor een zo breed mogelijke aanpak, waarbij alle crisisopvangcentra de opdracht krijgen hun dienstverlening te verfijnen?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Ik heb een korte bijkomende vraag. Dit is een boeiend thema. De vraag inspireerde me om de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg) te vragen of ze gegevens hebben over holebi's in crisis-situaties. Ik vroeg hen of ze over cijfers beschikken waaruit zou kunnen blijken dat mensen soms een beroep doen op de cgg's omwille van problemen die te maken hebben met een verschillende seksuele geaardheid. Volgens de Privacywet – een federale bevoegdheid – is het niet toegelaten om de seksuele geaardheid van mensen op een systematische manier te registreren. Dat kan wel in een medisch dossier, maar ook dan valt het elektronische dossier van de cgg's onder de wetgeving op de medische dossiers: men mag die gegevens niet ontsluiten en opnemen in macroanalyses. Hoe kunnen we een inzicht verwerven in de problemen van deze groep? De cgg's beschikken wel over informatie, maar over het bovenindividuele niveau mag niets worden gezegd.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Ik zal op deze politieke vraag een politiek antwoord geven. Crisisopvang is vandaag per definitie niet doelgroepgericht. Het gaat erom adequaat te reageren op hoge nood, op een crisis-situatie. Als we zouden overwegen om in dat verband naar verschillende loketten te verwijzen, dan handelen we bijna in strijd met de idee dat die mensen een crisissnummer nodig hebben. Er is in die gevallen een gepast antwoord nodig.

U vraagt of het mogelijk is dat onze bestaande crisissnetwerken onvoldoende kunnen inspelen op de mogelijkheid dat de andersgeaardheid een verzwarende factor is in de crisissituatie. Ik wil uw vraag zeker niet onderschatten. Enquêtes – en niet registratie – wijzen erop dat het aantal suïcidepogingen bij homojongens twee keer zo hoog is als bij heterojongens en bij holebimeisjes zelfs tot vijf keer zo hoog als bij heteromeisjes. Dat is maar één indicator, naast vele andere, die erop wijst dat de geaardheid – omwille van een slechte aanvaarding door de omgeving –, gecombineerd met veel andere factoren die te maken hebben met identiteitsbeleving, een crisissituatie in de hand kan werken. De problematiek die u schetst, verdient een adequaat antwoord, en zorg op maat moet ook in crisisopvang een realiteit zijn.

In de lijn van wat mevrouw Jans zei, heb ik geen zicht op het aantal jongeren dat de voorbije jaren een beroep deed op crisisopvang wegens hun seksuele geaardheid, of omdat hun seksuele geaardheid een onderdeel is van

een identiteitsprobleem. Dat wordt immers niet geregistreerd. Ik weet dus ook niet om hoeveel jongeren van allochtone afkomst het daarbij ging.

In de bijzondere jeugdbijstand komen in principe begeleidingstehuizen, onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra en pleeggezinnen het meest in aanmerking voor het realiseren van crisishulp. Dat is, zoals al gezegd, een niet-categoriaal aanbod. Er zijn ook geen indicaties om aan te nemen dat deze voorzieningen niet in staat zijn om in te spelen op de specifieke noden van holebi's of allochtone holebi's. Ik pleit er dus voor om te blijven investeren in een breed aangepast zorgverleningsaanbod dat dienstig is voor alle problemen, waaronder deze die te maken hebben met de andersgeaardheid, liever dan te overwegen om categoriaal aparte voorzieningen of vormen van aanbod te realiseren. Ik denk zelfs dat dit een nadeel zou zijn, want op die manier zou men het signaal uitzenden dat het in orde is dat men niet met een crisis-situatie kan omgaan als men holebi is. Het hele netwerk moet op dat probleem kunnen spelen.

Wat het algemeen welzijnswerk betreft, beschik ik eigenlijk niet over indicaties dat de crisisopvang voor holebi's niet aangepast zou zijn. Uit een globaal rapport over de toegankelijkheid van het algemeen welzijnswerk voor holebi's, dat dateert van 2000, kan ik opmaken dat in deze sector duidelijk een open en aanvaardende houding bestaat tegenover holebi's. Dat sluit ook aan bij wat de professionals in de sector denken. Men kan hen niet van geborneerdheid beschuldigen. Tegelijkertijd is in dat rapport vastgesteld dat er weinig kennis was over de ervaringswereld van holebi's.

Gevolgvend daaraan is in 2000 een eenmalige projectsubsidie verleend aan het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk voor deskundigheidsbevordering van de autonome centra voor algemeen welzijnswerk (caw) en de centra voor tele-onthaal. In een aantal beleidsplannen – van de caw's van de regio Aalst, Zenne en Zonien, Stimulans, Midden-West-Vlaanderen, De Papaver, Artevelde, Zuid-Oost-Vlaanderen – worden specifieke acties voor holebi's vermeld. Ook in het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie zijn holebi's een van de risicogroepen die aandacht krijgen. In dit plan werd een module voor deskundigheidsbevordering ter beschikking gesteld van hulpverleners die zich specifiek richten op de problematiek van homoseksuelen en lesbiennes en op de relatie met depressie en zelfdoding. Dat ging gepaard met specifieke vormingen voor holebi-hulpdiensten over het thema zelfdoding. Men beoogde zo risicoreductie en vroegdetectie van zelfdodingsgedachten bij holebi's. De ontwikkelde module zal verder ter beschikking worden gesteld van de hulpverlening.

Crisisopvang is, zoals al is gezegd, niet doelgroepgericht. Het holebi-aspect heeft daarin zijn plaats, naast andere facetten van de problematiek. Ik zie geen

indicaties om op dat vlak bijkomende initiatieven te nemen. Ik sta wel open voor ervaringen en bevindingen die daartoe aanleiding zouden geven.

Voor de hulpverleners actief in de hulpprogramma's crisisjeugdhulp van de integrale jeugdhulp investeren we momenteel in vorming en training die vertrekt van 'het crisisaspect': hoe effectief tussenbeide komen in crisissituaties, hoe communiceren in een crisissituatie, hoe dilemma's bij crisisgesprekken en crisisinterventies aanpakken...? Wat u hier hebt aangekaart, moet daar een onderdeel van zijn, maar in de creatie van een apart circuit zie ik geen baten.

De heer Piet De Bruyn: Ik denk dat u volledig gelijk hebt: crisisopvang is per definitie breed en open, en het professionalisme waarmee men dat aanpakt, getuigt daar ook van. Ik denk wel dat er een te beperkte kennis is bij diegenen waarbij men vaak het eerst gaat aankloppen voor hulp. Ik wil het niet dramatiseren, maar ik heb dat iets te vaak gehoord om het helemaal terzijde te schuiven. Ik heb het dus over de tussenschakel tussen de persoon met een probleem en de professionele hulpverlener. Die tussenschakel is een telefonische hulplijn, een groene leraar of een vertrouwenspersoon. Wellicht zijn er nog inspanningen mogelijk om hen ervan te overtuigen dat de crisisopvang voor deze gevallen goed is uitgerust om efficiënt hulp te bieden.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de voedingsgewoonten van kleuters

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, uit een doctoraatsstudie die deze week is verschenen, blijkt dat de voedingsgewoonten van kleuters problematisch zijn. Ze hebben nood aan meer vocht, meer groenten en meer vers fruit. Kleuters hebben per dag ongeveer 1,5 liter water nodig, maar nog geen 5 percent van de kleuters zou zo veel drinken. Wegens een gebrek aan vocht lopen kleuters het risico op constipatie, concentratieproblemen en vermoeidheid. Als kleuters dan al drinken, dan gaat het vaak om de verkeerde, gesuikerde dranken die voor de gekende problemen zorgen.

Ondanks verhoogde inspanningen – onder andere via de scholen – blijken voedingsgewoonten niet gemakkelijk te veranderen. Ze zijn de jongste jaren nauwelijks veranderd. Nu eten kleuters vaak nog koeken als

tussendoortjes, thuis en op school. De koekjes bevatten vooral slechte vetzuren. We kennen ze, want we zijn zelf grootgebracht met Vitabis en Betterfood. Anders dan volwassenen hebben kleuters wel nood aan vetten, want die zijn belangrijk voor een goede lichaamsgroei en voor de hersenontwikkeling, maar die goede vetten zitten niet in koeken maar bijvoorbeeld wel in vette vis en in plantaardige margarine. Het is natuurlijk niet aangewezen om de koekjes als tussendoortjes te vervangen door vette vis.

In de beleidsbrieven van de afgelopen jaren vinden we sporen terug van inspanningen die via de scholen worden gedaan. Men verwijst daarin onder meer naar de actie 'Fruit op school' die in het basisonderwijs wordt gevoerd. Maar het beleid inzake tussendoortjes en dranken richt zich blijkbaar uitsluitend op de secundaire scholen.

Daarom mijnheer de minister, wil ik u de volgende vragen stellen. Is de minister op de hoogte van de resultaten van het onderzoek? Is het probleem specifiek voor kleuters, of gaat het om een algemeen probleem?

Hoe reageert u op de resultaten? Acht u het nodig om de bestaande initiatieven bij te sturen? Acht u het nodig om bijkomende initiatieven te nemen? Ik heb ook vastgesteld dat men zich in de aanpak vooral op scholen richt. Daar zit een logica in. Kleuters brengen heel wat tijd door op school. Maar eetgewoonten worden toch vooral mee bepaald door de ouders. Zij zijn het tenslotte die het lunchpakket en het tussendoortje meegeven. Zijn er bijkomende informatiemogelijkheden ten behoeve van de ouders?

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer Van Malderen, ik heb in de pers ook de artikels gelezen over het onderzoek van Inge Huybrechts van de Universiteit Gent in het kader van haar doctoraat. Daaruit blijkt dat het met de voeding van de Vlaamse bevolking, en meer bepaald van de kinderen en jongeren, niet zo goed gesteld is. Dat had ik ook al uit andere onderzoeken begrepen. Ik herinner in dat verband aan een debat dat we nog maar enkele maanden geleden in de plenaire zitting hadden. Toen verwees ik naar het feit dat de samenleving misschien aan het verzuren is, maar tegelijk ook aan het verzoeten als het gaat over de consumptie van frisdranken en van voedingsproducten met een te hoge concentratie aan suikers.

Onderzoeksresultaten vormen altijd de basis waaruit initiatieven kunnen groeien. Op basis van deze resultaten is het mogelijk een vergelijking te maken tussen de ideale invulling van de actieve voedingsdriehoek en de reële consumptie van voeding. Hieruit blijkt inderdaad dat er op verscheidene gebieden nog veel werk aan de

winkel is. De cijfers geven aan dat zowel de beweeglaag, de waterlaag, de groenten- en fruitlaag en de laag voor melkproducten als de restgroep voor de Vlamingen niet overeenstemt met de vooropgestelde norm. Voor kinderen komt daar nog eens bij dat niet alleen de norm niet wordt gehaald maar dat bijvoorbeeld ook water wordt ingeruild voor frisdranken, en dat groenten en fruit het niet halen van de consumptie uit de restgroep. De ‘koeken’, mijnheer Van Malderen, horen inderdaad tot die restgroep.

De nieuwe cijfers uit het doctoraatsonderzoek overtuigen mij nog meer van het belang van de initiatieven die de LOGO's (LOGO: Lokaal Gezondheids Overleg) en het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie (VIG) kunnen organiseren in het kader van voeding en beweging. Als u mij vraagt of dit aanleiding kan vormen om initiatieven te nemen en bij te sturen, kan ik u zeggen dat dit een constante is in het gezondheidsbeleid van de Vlaamse Regering. Het beleid zit mee vervat in het beleid van het Kind en Gezin, maar wordt specifiek inhoudelijk benaderd vanuit het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, dat daarvoor samenwerkt met organisaties als de LOGO's en het VIG. Kind en Gezin richt zich meer bepaald op de ontwikkeling van gezonde voedingsgewoonten tijdens de eerste levensjaren. Kind en Gezin informeert de ouders – tijdens huisbezoeken en consultaties en via de kinderopvangvoorzieningen – over gezonde voedingsgewoonten voor kinderen van nul tot drie jaar. De aanbevelingen hiervoor worden voortdurend aangepast aan de meest recente wetenschappelijke evoluties. Centrale aandachtspunten zijn: voldoende fruit en groenten; minimum een halve liter melk en melkproducten; risico's voor te hoge eiwitaanbreng; voldoende aanbreng van essentiële vetzuren, onder andere omega 3-vetzuren, via vis en plantaardige oliën; beperking van zoete tussendoortjes; inname van voldoende vocht, waarbij de voorkeur uitgaat naar water.

Kind en Gezin informeert de ouders al jaren intensief over het belang van voldoende vetstoffen in de voeding van jonge kinderen. Vetten vormen immers de basis voor de hersen- en visuele ontwikkeling van het jonge kind. Een variatie aan vetzuren, waaronder zeker de onverzadigde vetzuren maar ook, in beperktere mate, de verzadigde vetzuren, is van belang. Vandaar het advies om – zodra op gewone koemelk wordt overgestapt, tot de leeftijd van vier jaar – te kiezen voor volle koemelk. Nadien zijn halfvolle melkproducten een goede keuze voor het hele gezin.

De LOGO's en het VIG hebben een jarenlange ervaring in het opzetten van initiatieven ter promotie van gezonde voeding. Hun acties zijn meer bepaald gericht op de doelgroep van schoolgaande kinderen, en sluiten dus aan op de initiatieven van Kind en Gezin, en verder op volwassen tot en met senioren. De gezondheidsdoelstelling voor voeding die deze organisaties bij al hun initiatieven als uitgangspunt nemen, was echter dringend aan hernieuwing toe. Daarom organiseer ik op 23 oktober van dit jaar een gezondheidsconferentie met betrekking tot voeding en beweging. In de aanloop naar deze conferentie, die wordt voorbereid door het VIG, worden onderzoeksresultaten uit binnen- en buitenland als basis genomen, en ook de resultaten van bijvoorbeeld bovenvermeld onderzoek. De nieuwe gezondheidsdoelstellingen die hieruit voortkomen, streven naar een stijging van het aantal mensen dat de vooropgestelde norm haalt. In het actieplan dat voortvloeit uit de gezondheidsconferentie zullen specifieke strategieën te vinden zijn voor kinderen, van zuigeling tot en met schoolgaande jeugd. In het finale actieplan zal ik uitsluitend geven over de initiatieven die worden voortgezet omdat ze hun effectiviteit hebben bewezen en over de nieuwe initiatieven die zullen worden opgezet.

De heer Bart Van Malderen: Ik dank u, mijnheer de minister, voor uw antwoord. Goede gewoontes leert men best zo snel mogelijk aan. Daarom is het belangrijk om in de consultaties van Kind en Gezin zo vroeg mogelijk de nadruk te leggen op gezonde voeding. In de scholen worden verschillende acties gevoerd. Ik heb gehoord dat men voortdurend bijstuurt en dat men tegen 23 oktober een gezondheidsconferentie voorbereidt. Ik wil daarbij oproepen om ook het aspect van sensibilisering buiten de school in ogenschouw te nemen.

Men benadrukt heel vaak wat scholen moeten doen. Het ligt voor de hand om via het onderwijs voedings- en andere gewoontes aan te reiken, maar we moeten toch ook niet vergeten dat kinderen amper een achttal uren per dag op de schoolbanken zitten tijdens de week en dat ze de rest van de tijd bij hun ouders en in hun eigen omgeving doorbrengen. Het zijn de ouders die grotendeels de voedingsgewoontes bepalen. We moeten niet zozeer de kleuterschool sensibiliseren, maar wel de ouders. Ik pleit ervoor om dat bij de actiepunten van de gezondheidsconferentie mee in ogenschouw te nemen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.