

VLAAMS PARLEMENT



vergadering **C141 – WEL11**

zittingsjaar 2009-2010

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en
Armoedebeleid

van 2 maart 2010

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het toenemend aantal diabetici in Vlaanderen	3
Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hulplijn voor huisartsen met betrekking tot zelfdoding	
Interpellatie van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het niet realiseren van de gezondheidsdoelstelling inzake zelfdoding en van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en de nood aan een snelle bijsturing van dit actieplan, naar aanleiding van het jaarverslag 2008 'De Epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen', opgesteld door de Universiteit Gent	7
Met redenen omklede motie	17
Vraag om uitleg van mevrouw Patricia De Waele tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Vlaamse financiële bijdrage voor assistentiehonden van gehandicapten	17
Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over borstkankerscreening en het sluiten van borstklinieken	
Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de mogelijke sluiting van borstkankerlinieken	19
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening	23
Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de samenwerking tussen Kind en Gezin en de Brusselse ziekenhuizen	25
Vraag om uitleg van mevrouw Daniëlle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het elektronisch toezicht bij dementerende bejaarden in zorgcentra	27
Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rol van de CLB-arts bij de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker	30

■

Voorzitter: de heer Tom Dehaene

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het toenemend aantal diabetici in Vlaanderen

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Voorzitter, minister, collega's, op 1 december 2009 hadden we het in de commissie al over diabetes type 1. Mijn vraag van toen vertrok vanuit de vaststelling dat steeds meer kinderen op vroege leeftijd met diabetes type 1 worden geconfronteerd, veel meer dan vroeger het geval was. Diabetes komt dus meer op jongere leeftijd voor. Over een periode van 15 jaar verdubbelde het aantal nieuwe gevallen bij kinderen jonger dan 10 jaar, voornamelijk bij jongens.

Een recent artikel stelt nogmaals duidelijk de harde cijfers voor van het totale aantal diabetici in ons land, waarbij ook melding wordt gemaakt van het geschatte aantal diabetici die niet op de hoogte zijn van hun ziekte. Tussen 2005 en 2008 zou het aantal diabetici gestegen zijn van 408.354 naar 507.338 patiënten. Vooral de stijging tussen 2007 en 2008 valt op, namelijk met maar liefst 56.000.

Ik citeer professor Chantal Mathieu, diensthoofd endocrinologie aan het UZ Leuven en erevoorzitter van de Vlaamse Diabetesvereniging: "Het gaat allicht over 800.000 tot 900.000 patiënten en niet over de 600.000 die de atlas van de Internationale Diabetes Federatie aangeeft. Velen weten immers zelf niet dat ze de ziekte hebben."

Dat zijn toch wel schokkende cijfers. Zij stelt trouwens ook dat de statistieken heel verwarrend zijn en dat er nood is aan duidelijke cijfers. Bij mijn vraag in december heb ik ook sterk gepleit voor meer screening, als het kan via een screeningprogramma bij mensen die jonger zijn dan 40 jaar en bloedverwanten in de eerste graad zijn van patiënten met diabetes type 1. Ook bij bepaalde etnische groepen bestaan er hogere risico's die een systematische screening kunnen verantwoorden, net als bij vrouwen die zwangerschapsdiabetes hebben gehad.

Minister, in uw antwoord toen hebt u echter geen concrete bijkomende inspanningen aangekondigd inzake screening. Voorts heb ik het toen ook gehad over het Belgisch Diabetes Register dat op systematische wijze en strikt vertrouwelijk gegevens verzamelt over diabetespatiënten jonger dan 40 jaar en hun verwanten. Op die manier verzamelt het belangrijke gegevens voor het opvolgen van het diabetesbeleid. Het doet ook aan risicobepaling.

De financiering en dus ook de werking van het Belgisch Diabetes Register komt echter op losse schroeven te staan omdat er discussies bestaan tussen de verschillende overheidsniveaus over de bevoegdheidsverdeling. Waar hebben we dat nog gehoord?

Federaal Kamerlid Maggie De Block heeft daarover ook al minister Onkelinx bevraagd in de Kamer. Daar stelde de minister dat zij van het Diabetes Register heeft vernomen dat de Vlaamse Regering haar subsidie vanaf 2010 zou stopzetten. Zij wil dan ook een werkgroep oprichten binnen een Interministeriële Conferentie omdat zij verdere werking en financiering van het Diabetes Register essentieel acht.

Minister, bent u alsnog bereid om, gelet op deze toch wel schokkende cijfers over het aantal diabetici in ons land, in het bijzonder ook het aantal mensen dat niet op de hoogte is van het feit dat ze diabetes hebben, werk te maken van een systematisch screeningprogramma bij reeds vermelde risicogroepen? Kunt u enige toelichting geven over de problemen die zich zouden stellen bij de financiering en werking van het Belgisch Diabetes Register? Zijn er discussies over wie bevoegd is en heeft de Vlaamse Regering effectief beslist tot het stopzetten van haar financiële ondersteuning? Hoe wilt u tot een oplossing te komen, gelet op de essentiële noodzaak van zo'n diabetesregister voor verder onderzoek, preventie en bestrijding van diabetes?

De heer Tom Dehaene: Minister, u kent mijn gevoeligheid voor het thema, vooral als u weet dat zwaarlijvigheid of overgewicht vaak de oorzaak is voor type 2, ouderdomsdiabetes. Die cijfers zijn inderdaad angstaanjagend. We weten al jaren dat er een epidemie op ons afkomt. Daarom is er in de Gezondheidsconferentie Voeding en Beweging zoveel aandacht gegaan naar dit thema en de gevolgen, diabetes dus.

Er zijn stemmen voor en tegen een systematische screening. Professor Mathieu zal zeggen dat een algemene screening niet echt realistisch is. Als we de risicogroepen kunnen aflijnen, is dat wel te verantwoorden. Het project voor zwangerschapsdiabetes bijvoorbeeld bewijst dat het een goede manier van werken is. Die groep is gemakkelijk af te lijnen, in andere gevallen is dat veel moeilijker.

Ik geloof sterk in het project dat in Limburg, samen met de apothekers, folders met een zelftest uitdeelt aan de mensen – het moet niet altijd in de Flair staan. De mensen kunnen bepalen of ze al dan niet een risico lopen op diabetes. De resultaten daarvan bewijzen dat veel mensen door die test hun BMI hebben berekend, bij de huisarts zijn geweest en tot de vaststelling zijn gekomen dat ze diabeet zijn. Hoe vroeger we erbij zijn, hoe beter. Zo kunnen we de kosten op lange termijn vermijden.

Minister, ik ben een groot voorstander van dat soort projecten, waar we eventueel samen met apothekers, de mensen sensibiliseren en vragen laten beantwoorden om te identificeren of ze al dan niet een risico lopen op type 2. Ik zal hierover te gepasten tijde de nodige informatie bezorgen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mijnheer Dehaene, met uw tussenkomst plaatst u dit probleem in een breder kader. Mevrouw Van der Borghet beperkte het tot een Vlaams-federale kwestie, en tot de registratie. Mijnheer Dehaene, u trekt het probleem open tot zwaarlijvigheid. Daarbij moeten we zeggen dat niet elke zwaarlijvige een diabeet is, maar dat ook niet elke diabeet zwaarlijvig is.

De heer Tom Dehaene: Er is 30 percent meer risico.

Mevrouw Marijke Dillen: Natuurlijk. Daarover ga ik niet discussiëren. U verwijst naar de projecten. In het verleden hebben we in deze commissie verschillende keren de gelegenheid gehad om daarover van gedachten te wisselen. Minister, ik durf toch een pleidooi te houden om dit probleem open te trekken en een tandje bij te steken in uw beleid ten aanzien van de toenemende zwaarlijvigheid in Vlaanderen, en dat niet te beperken tot het screenen van diabeten. Dat gebeurt vandaag jammer genoeg veel te weinig.

Minister, ik verwacht hier vandaag geen antwoord op, maar wel dat u in de komende weken of maanden een volledige visie op dit probleem zult geven.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik zal eerst antwoorden op de laatste vraag. Mevrouw Dillen, ik wacht met veel belangstelling op de manier waarop het debat over de gezondheidsdoelstelling en het actieplan betere voeding en meer bewegen zal worden afgerond met een 'Go' in het Vlaams Parlement. We hebben daar een debat over gehad. In dit parlement blijkt er nog altijd discussie te zijn over de existentiële vraag wat er na zo'n debat moet gebeuren. Het is niet aan de uitvoerende macht om te weten hoe het parlement zijn werkzaamheden moet finaliseren.

De heer Tom Dehaene: Ik heb aan de voorzitter van het parlement gevraagd om dit te agenderen in de plenaire vergadering.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, ik dacht dat het de bedoeling was dat wij vanuit deze commissie een resolutie zouden indienen. Kan het plan 'Voeding en beweging' rechtstreeks naar de plenaire vergadering gaan? In het verleden is dat toch altijd aan de hand van resoluties gebeurd?

De voorzitter: Neen, in het verleden zijn die plannen eerst in de commissie besproken en dan goedgekeurd in de plenaire vergadering. De bespreking wordt niet opnieuw gedaan in de plenaire vergadering.

Ik verneem dat de bespreking van de beleidsnota is uitgesteld omwille van een overladen agenda.

We zullen de voorzitter van het parlement er nog eens aan herinneren.

Minister Jo Vandeuren: Ik ben uiteraard bereid om op een ander moment eens te spreken over de actieplannen of de concrete acties voor zwaarlijvigheid.

Diabetici van het type I vormen nog steeds een sterke minderheid binnen de totale groep diabetespatiënten, namelijk ongeveer 10 percent. Ook nu nog gelden dezelfde bezwaren tegen het systematisch screenen van de risicogroepen die u vermeldt. Zo kenmerkt diabetes type I zich door de afwezigheid van risicofactoren die voor het ontstaan van de ziekte kunnen worden gedetecteerd, en waar via preventieve actie op kan worden ingespeeld om de ziekte te voorkomen. Bovendien ontwikkelt de aandoening zich meestal op relatief korte tijd, wat maakt dat een vroegtijdige detectie ervan slechts een beperkte gezondheidswinst zou opleveren in verhouding tot de investering om een screening te organiseren. Dit is een belangrijk criterium bij de afweging om al dan niet screening door te voeren in een klachtenvrije en symptoomloze populatie.

Ik constateer dat er geen consensus bestaat en er te weinig evidentie beschikbaar is om bijkomende maatregelen op te baseren om een algemeen screeningprogramma voor diabetes type I te implementeren in Vlaanderen, noch in de algemene populatie, noch ten aanzien van mensen die jonger zijn dan 40 jaar en bloedverwanten in de eerste graad zijn van patiënten met diabetes type 1, noch bij bepaalde etnische groepen.

Ik heb wel begrepen dat er heel wat bezorgdheid is. Er is geen vraag naar een systematische screening. Mijn voorstel om het debat te objectiveren, is om de vraag naar de selectieve screening voor te leggen aan de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek die we voor zulke dingen in het leven hebben geroepen. Hij is een paar maanden geleden geïnstalleerd. Het is de bedoeling dat hij een advies geeft op de vraag of er voor een aantal screeningmethoden evidence-based voldoende argumenten zijn om ze te organiseren. Gelet op de terechte aandacht en uw belangstelling voor deze problematiek, zouden we er best voor zorgen dat we voor enige tijd een draagvlak voor een strategie creëren.

Ik ga ook de Vlaamse diabetesvereniging nauwer betrekken bij het beleid. Haar adviezen zijn nuttig om na te gaan of, in opvolging van het project dat ik subsidieer voor de opvolging van vrouwen die zwangerschapsdiabetes doormaakten, bijkomende initiatieven zinvol kunnen zijn voor andere groepen met een verhoogd risico op diabetes type II. Ik laat het agentschap Zorg en Gezondheid momenteel onderzoeken of dit best via een gezondheidsovereenkomst dan wel via een erkenning als partnerorganisatie kan. Ik stel voor dat we die twee initiatieven alvast nemen.

Ik heb inderdaad een negatief advies ontvangen van het agentschap Zorg en Gezondheid over de verdere financiering van het Belgisch Diabetes Register (BDR). Dat advies is gebaseerd op volgende vaststellingen. Ten eerste, bij de beoordeling van de voorgaande subsidieaanvragen en de verantwoording van de uitgaven heeft het agentschap vastgesteld dat de financiering van het BDR weinig transparant is. Het BDR wordt door verschillende instanties financieel ondersteund. De belangrijkste zijn het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen (FWO), het Fonds de la Recherche Scientifique Médicale (FRSM) en Juvenile Diabetes Research Foundation.

Sinds 1991 subsidieert de Vlaamse overheid 55 percent van het loon van 2,5 fulltime-equivalenten. De resterende 45 percent werd tot 2006 door de Franse Gemeenschap gesubsidi-

dieerd. Vanaf 2006 werden de aanvragen die door het BDR bij de Franse Gemeenschap werden ingediend, echter negatief beoordeeld, ofwel werd geen aanvraag ingediend.

Ten tweede werd inhoudelijk bij de evaluatie van de registratie vastgesteld dat de toegevoegde waarde van het luik registratie binnen het BDR voor het Vlaamse gezondheidsbeleid veeleer beperkt is. De activiteiten en registratie zijn uitsluitend gericht op het opsporen en volgen van alle nieuwe gevallen van diabetes in de leeftijdsgroep jonger dan 40 jaar. In deze leeftijdsgroep betreft het dan voornamelijk diabetes van het type I. Voor heel Vlaanderen gaat het hier om een beperkte groep van naar schatting 360 personen per jaar.

Wat aan de basis ligt van het ontstaan van diabetes type I is nog onbekend. Er is sprake van genetische en immunologische factoren, naast een nog niet ontward kluwen van mogelijke omgevingsfactoren, onder meer infecties, en andere factoren. Een Vlaams gezondheidsbeleid kan vooralsnog niet preventief ingrijpen op deze genetische en immunologische factoren, en voor die groep is, zoals gezegd, niet aangetoond dat een screeningprogramma voldoende meerwaarde heeft.

Ten derde, indien het beleidsmatig belangrijk is om een beter inzicht te krijgen in de epidemiologie van diabetes binnen de Vlaamse bevolking, bestaan er alternatieven. Ik denk hierbij aan de registratie via Intego, gebaseerd op de data van de elektronische medische dossiers bij een groep huisartsen, en eventueel via een steekproef die door het Interministerieel Agentschap kan worden samengesteld.

Ik heb nog geen beslissing genomen over dit dossier, maar indien er enkel een eenzijdige financiering van een Belgisch register door de Vlaamse overheid zou bestaan, dan is dit niet verdedigbaar. Deze kwestie kan inderdaad best aangekaart worden tijdens een interministeriële conferentie van de ministers bevoegd voor Volksgezondheid. Ik begrijp ook uit uw vraag dat minister Onkelinx dit ook heeft aangekondigd. Ik zal het zelf ook mee op de agenda zetten. Het is evident dat we beter eerst overleggen en nagaan wat er mogelijk is, voor we beslissingen nemen. Maar dat de huidige situatie niet de meest optimale is, is waarschijnlijk een understatement.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Minister, ik dank u voor uw antwoord. U hebt een zeer uitvoerige toelichting gegeven over de reden waarom u niet onmiddellijk de nood ziet om een bijkomende screening te doen. Ik ben wel verheugd dat u gaat voorstellen aan de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek om na te gaan of het opportuun zou zijn of niet.

Ik heb geen duidelijk antwoord gekregen op wat minister Onkelinx zou hebben gezegd. Ik heb het parlementair stuk bij: “Volgens het register zou de Vlaamse Regering aangekondigd hebben dat ze haar subsidie vanaf 2010 zal stopzetten.” Ik heb u expliciet gevraagd of het klopt.

Minister Jo Vandeuren: Daar heb ik op geantwoord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Sorry, ik was even bezig met mijn medewerker. Ik heb het niet gehoord. Het is mijn fout.

Minister Jo Vandeuren: Ik heb gezegd dat ik inderdaad een negatief advies van het agentschap heb ontvangen. Ik heb even gesitueerd waarom het negatief is. Er zijn inhoudelijke argumenten, maar er is ook het feit dat wij de enige gemeenschap zijn die nog financiert. Dit kan natuurlijk niet blijven duren. Als minister Onkelinx dit in een werkgroep of in een interministeriële conferentie wil bespreken, dan zullen wij dat uiteraard doen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hulplijn voor huisartsen met betrekking tot zelfdoding

Interpellatie van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het niet realiseren van de gezondheidsdoelstelling inzake zelfdoding en van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie en de nood aan een snelle bijsturing van dit actieplan, naar aanleiding van het jaarverslag 2008 ‘De Epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen’, opgesteld door de Universiteit Gent

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Voorzitter, minister, we hebben het in deze commissie al meermaals gehad over de strijd tegen zelfdoding. Hoe kunnen we via meer preventie of via welke maatregelen ook, ertoe komen dat het hoge cijfer van zelfdoding in Vlaanderen daalt? Er is een actieplan. Daar hebben we het ook al meermaals over gehad. Het actieplan loopt af op het einde van dit jaar en zou moeten worden geëvalueerd. Er zal een nieuw plan moeten worden opgemaakt.

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) nam recent een nieuw initiatief. U hebt het heel positief onthaald, want u hebt het enkele maanden geleden zelf aangekondigd op een symposium over zelfdoding en het internet. U hebt een budget van 145.000 euro vrijgemaakt voor 2 jaar. Vlaamse artsen krijgen een hulplijn waar ze – ook in crisissituaties – terecht kunnen met vragen over patiënten met neigingen tot zelfdoding. Dat is nodig gebleken. Huisartsen blijken op dit vlak slechts over weinig informatie te beschikken. Ze weten onvoldoende waar ze met vragen terecht kunnen. De hulplijn kan de huisartsen advies en informatie bieden over de vroegtijdige opsporing van signalen, over de opvang van risicopatiënten en over bijkomende vorming in verband met dit thema. De huisartsen staan vaak als eersten in de lijn. Ze kunnen ervoor zorgen dat mensen met een verhoogd risico vlotter bij de gespecialiseerde gezondheidszorg terechtkomen.

Een vroege detectie is enorm belangrijk voor het preventiebeleid. Uit onderzoek is gebleken dat mensen die al eens een zelfdoding hebben geprobeerd hier ook sneller weer toe overgaan. Vroege detectie kan echter niet enkel door huisartsen worden verzorgd. Ook leerkrachten kunnen een rol spelen. Recent heeft een jongere zich in een school van het leven beroofd. Zeker in middelbare scholen kunnen leerkrachten en andere leerlingen een aantal signalen waarnemen. Die leerlingen kunnen dat dan aan hun leerkrachten melden. Ik vraag me af waar die leerkrachten met hun vragen terecht kunnen.

Minister, wanneer zal die hulplijn voor huisartsen operationeel worden? Op welke wijze zal hiervoor een informatiecampagne worden opgezet? Is de hulplijn ook toegankelijk voor, bijvoorbeeld, leerkrachten en schoolpersoneel? Indien de materie te gespecialiseerd zou blijken, zijn er dan andere kanalen die ze kunnen gebruiken? Kunnen ze voor meer informatie bij andere centra of instanties terecht? Eerdere initiatieven om artsen in te lichten, zoals een e-learning-programma, hebben een gering succes gekend. Hoe kan ervoor worden gezorgd dat de hulplijn die nu wordt opgezet, meer zal worden geraadpleegd of zal kunnen worden geraadpleegd?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, wat depressies en zelfdodingen betreft, is Vlaanderen helaas een van de koplopers in Europa. Dat is hier in het verleden al meermaals aan bod gekomen. We scoren bijna 50 percent hoger dan het gemiddelde in de EU. We staan op de voorlaatste plaats, na Finland. Volgens het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid wordt dit cijfer overigens onderschat.

In 2002 heeft een gezondheidsconferentie plaatsgehad. Toen is de doelstelling naar voren geschoven het aantal sterftes ten gevolge van zelfdoding in vergelijking met 2002 tegen 2010

met 8 procent te doen dalen. Deze belangrijke gezondheidsdoelstelling moest een van de prioriteiten van het Vlaams preventief gezondheidsbeleid worden.

Op 17 juli 2007 is deze doelstelling in het Vlaams actieplan suïcidepreventie vertaald. Dit actieplan herhaalt de doelstelling inzake een daling met 8 procent. Het is vooral de bedoeling tot een daling te komen van het aantal suïcidepogers, van het aantal personen met een sterk verlangen tot zelfdoding, de suïcidale ideatie, en van het aantal personen met een depressie. Belangrijk is tevens dat het Vlaams actieplan suïcidepreventie tot een verbetering van de kennis over zelfdoding en over de noden van de risicogroepen zou moeten leiden. Hierdoor zou het mogelijk moeten worden psychiatrische stoornissen die een risico tot zelfdoding inhouden, vroegtijdig te detecteren en te behandelen. Het Vlaams actieplan suïcidepreventie bevat vijf grote strategieën. Aangezien iedereen ze kent, zal ik die hier niet herhalen.

Het is ondertussen 2010. Eigenlijk naderen we het einde van de looptijd van het actieplan. We stellen echter vast dat elke dag bijna drie Vlamingen door zelfdoding sterven. Dit blijkt uit cijfers van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

In 2007 ging het in totaal om 984 personen, waarvan twee op drie mannen waren. Ondertussen is het jaarverslag 2008, getiteld 'De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen' gepubliceerd. Hieruit blijkt dat het aantal suïcidepogingen aanzienlijk is gestegen. De event-based rates zijn met 10,7 procent gestegen. De person-based rates zijn met meer dan 14 procent gestegen. Het hoogste absolute aantal suïcidepogers was tussen 25 en 29 jaar oud. In alle leeftijdscategorieën valt een verhoging vast te stellen. Dit geldt vooral voor mannen. Bij de vrouwen situeert de stijging zich vooral in de leeftijdscategorieën tussen 40 en 44 jaar en tussen 15 en 29 jaar. Daarnaast behoorde meer dan de helft van de suïcidepogers tot het inactieve gedeelte van de bevolking of tot de groep der werklozen. Dit is misschien ook een belangrijke vaststelling.

Deze cijfers wijzen op een aantal risicofactoren. Ik begrijp dat het absoluut niet gemakkelijk is ten aanzien van dit thema een beleid uit te werken. Het is moeilijk exact te zeggen welke groepen meer risico dan andere lopen. Niemand kan een eenduidig antwoord geven op de vraag waarom sommige mensen hun toevlucht tot zelfdoding nemen om hun problemen op te lossen of om zich te bevrijden uit een situatie die ze uitzichtloos achten.

Uit studies blijkt dat de suïcidale ideatie in 90 procent van de gevallen uit de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis voortvloeit. In dit verband wordt vooral verwezen naar depressies, schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen en middelengebruik. Interventies die zich tot risicofactoren of -groepen richten, kunnen een bijdrage tot de vermindering van de suïcidaliteit leiden.

Volgens een zeer interessante wetenschappelijke studie die in 2005 in the Journal of the American Medical Association is verschenen, maar toch nog als zeer actueel kan worden beschouwd, blijken de deskundigheidsbevordering van artsen en de vermindering van de toegang tot dodelijke middelen de meest efficiënte strategieën in de preventie van zelfdoding.

Deze laatste strategie mag zeker niet worden onderschat. In het recente jaarverslag dat ik daarnet al heb aangehaald, wordt duidelijk bevestigd dat maatregelen die de beschikbaarheid van middelen verminderen, een preventief effect op suïcidaal gedrag hebben.

Ongeveer 40 procent van de suïcidepogers heeft de gedachte zichzelf opnieuw te beschadigen of effectief tot zelfdoding over te gaan. Een ander probleem is dat de voorbije jaren bij jongeren een angstaanjagende stijgende trend is vastgesteld. Eenmaal per week pleegt een leerling in Vlaanderen zelfmoord. Dit is, na het verkeer, de tweede belangrijkste doodsoorzaak bij jongeren tussen 10 en 24 jaar oud. Uit onderzoek blijkt dat 40 procent van de leerlingen in de secundaire scholen met zelfmoordgedachten rondloopt.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat hulpverleners op het terrein vaststellen dat steeds meer ouders om hulp komen vragen. Ze verklaren dat hun kind dood wil. Bovendien is vastgesteld

dat steeds meer kinderen aan psychische aandoeningen lijden. Ik verwijs in dit verband naar cijfers die professor Deboutte naar voren heeft gebracht. Volgens hem lijdt 10 percent van alle tieners aan een psychiatrische aandoening die een invloed uitoefent op hun ontwikkeling en op de manier waarop ze functioneren. Amper 2,5 percent van die tieners krijgt op een of andere manier hulp. Hij merkt hierbij het volgende op: “En dan doe ik geen uitspraak over de kwaliteit.” Maar ook professor Adriaenssen stelt vast dat het aantal jongeren in deze situatie sterk zal toenemen. Deze trend is ook duidelijk tot uiting gekomen tijdens de hoorzitting van januari 2009 over psychiatrische problemen bij jongeren.

Minister, ik besef dat dit een heel ingewikkelde problematiek is. Het actieplan loopt tot 2010, maar als we de trieste cijfers uit de hogervermelde studie, die ook werden vastgesteld door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, bekijken, gaat het absoluut niet de juiste richting uit, integendeel. Blijkbaar werkt het plan niet zoals gewenst en is er dringend nood aan nieuwe efficiënte initiatieven. Het is hierbij heel belangrijk om te komen tot een grondige evaluatie en een onderzoek betreffende de aspecten van het plan die wel succesvol waren, en de aspecten die dat niet waren.

Ik heb het dossier uit het verleden nog eens helemaal doorgenomen tijdens het opstellen van deze interpellatie, en ik durf toch te verwijzen naar de conclusies van de Vlaamse Gezondheidsraad betreffende de zesde gezondheidsdoelstelling rond preventie van depressie en zelfdoding. In die conclusies werd onder meer aangeklaagd dat een duidelijke visie op preventie van depressie en zelfdoding nog altijd ontbreekt, dat een duidelijk onderscheid tussen strategieën en interventies ontbreekt, dat de keuze van interventies onvoldoende wordt gemotiveerd enzovoort. Ik durf iedereen aan deze tafel aanraden om dit advies nog eens ter harte te nemen.

Naast een bijsturing van het Vlaams actieplan suïcidepreventie, is er dringend nood aan een breed maatschappelijk debat over zelfdoding en depressie, uiteraard met alle betrokken actoren die hierbij een verantwoordelijkheid dragen. Het moet een uitdaging zijn voor alle ministers en voor het hele beleid om te werken aan een maatschappelijke context om zelfdodingen en pogingen daartoe te voorkomen, maar dit kan alleen maar als we een integraal beleid voeren, niet enkel op Vlaams niveau, maar uiteraard ook op federaal niveau.

Vandaag is er nog steeds geen sprake van een geïntegreerde aanpak van de verschillende initiatieven en een goede samenwerking zowel op beleidsniveaus door middel van een facettenbeleid als op ‘locoregionaal’ niveau. Dit werd nochtans door een van uw voorgangers, mevrouw Vervotte, aangekondigd als een van de hoofddaccenten bij de voorstelling en conclusies van haar actieplan in 2007. Ik denk dan ook dat hier dringend verandering in moet komen en dat daar een belangrijke opdracht voor u ligt.

De preventie moet verbeteren en een preventiebeleid kan maar slagen als er een collectieve responsabilisering is. Het memorandum betreffende de preventie van zelfdoding in Vlaanderen pleit dan ook terecht voor een prioritaire plaats van preventie van suïcide op de politieke agenda, voor de inpassing van het Vlaams beleidsplan ter preventie van suïcide in een breder perspectief gelet op de visies van andere Europese landen, en voor het nog sterker betrekken van eenieder die competent is in deze materie.

Minister, daarom wil ik u graag een aantal vragen stellen. Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat het Vlaams actieplan niet voldoet om een antwoord te bieden op de gestelde problematiek, op de doelstelling die voorop werd gesteld en die moet worden gehaald tegen het eind van dit jaar. Er is dringend nood aan een fundamentele bijsturing, en u hebt daarbij toch wel een belangrijke verantwoordelijkheid.

Welke resultaten kan het actieplan dat inmiddels bijna 3 jaar loopt, voorleggen? Welke initiatieven zijn er inmiddels genomen om het Vlaams actieplan bij te sturen?

Ik heb verwezen naar de nood aan een tussentijdse evaluatie. Naar aanleiding van mijn interpellatie in april 2008 heeft uw voorganger – als ik het me goed herinner, was dat de heer

Vanackere – aangekondigd dat er een globale evaluatie zal komen als het actieplan geheel in werking was. Ik ga ervan uit dat het actieplan reeds geruime tijd in totaliteit in werking is. Welke initiatieven zijn er genomen om te komen tot een grondige evaluatie van het plan op zijn effectiviteit?

Ik heb al gezegd dat het een belangrijke verantwoordelijkheid van talrijke actoren in onze samenleving is. Er is dringend nood aan een integraal en gecoördineerd beleid met actieve deelname van iedereen die betrokken is. Naar aanleiding van mijn vorige interpellatie hebben verschillende partijen gepleit voor de oprichting van een commissie ad hoc om een brede gedachtewisseling te organiseren. Het zou inderdaad een nuttig initiatief zijn om te komen tot die globale aanpak die de spankracht verhoogt en alle actoren een plaats geeft. Ook specialisten en psychologen pleiten voor een breder maatschappelijk debat. We zijn inmiddels meer dan 2 jaar verder, en er is allesbehalve een gunstige evolutie, zo blijkt uit de cijfers. Wat is uw standpunt, minister, betreffende het vorige pleidooi van alle partijen rond deze tafel om te komen tot een commissie ad hoc?

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Voorzitter, minister, collega's, in verband met de vraag van mevrouw Schryvers denk ik dat we hier inderdaad mogen stellen dat alles past in de evaluatie van het Vlaams actieplan suïcidepreventie. Uiteraard onderschrijven wij dat preventie van het allergrootste belang is, net als de vroege detectie. Er is inderdaad een absolute noodzaak dat dit breder opengetrokken wordt. De hulplijn voor artsen is nuttig, maar het is natuurlijk een nuttig deelaspect van het verhaal. Het is iets om op te volgen dat zeker van belang is, maar het is maar een deel van het geheel.

Minister, ik zal proberen om niet te veel in herhaling te vallen, want binnen deze problematiek heb ik u al twee schriftelijke vragen gesteld en er is ook een actuele vraag geweest, en zeker op vraag 79 heb ik een omstandig antwoord van u gekregen. Ik hoor vandaag veel zaken opnieuw vragen die ook in mijn vraag, in uw antwoord en in uw visie stonden. De conclusie in het algemeen is dat we vinden dat er een snellere evaluatie mag komen, in tegenstelling tot het uitstellen van die evaluatie.

Ook bij de interpellatie van mevrouw Dillen kan ik me voor een groot deel aansluiten. Het actieplan haalt zijn doelstellingen voorlopig inderdaad niet. De cijfers die ik van de minister mocht krijgen, tonen natuurlijk ook aan dat de doelstellingen vooral bij de vrouwen niet gehaald werden, bij de mannen net wel. In ieder geval blijkt dat zelfs als we de doelstellingen halen, we nog altijd de op één na slechtste leerling van de Europese klas zijn. En aangezien het Europese gemiddelde bij de vrouwen driemaal zo laag ligt en bij de mannen slechts de helft is van de Vlaamse cijfers, is die problematiek heel ernstig te nemen. Ik denk ook dat niemand hier betwijfelt dat er een nieuw plan moet komen dat een logisch vervolg is van het eerste plan. De Vlaamse administratie heeft dat trouwens al bevestigd op de Europese conferentie in Boedapest vorig jaar. Daar werd ook een intentienota ingediend voor de strategie op korte termijn – ook dit was een onderdeel van de schriftelijke vraag.

Ik wil vooral nog waarschuwen voor de toekomst. In een interview in De Standaard van enige tijd geleden was de minister enigszins optimistisch over de cijfers over zelfdoding. We vrezden momenteel, zeker rekening houdend met de nieuwe cijfers, dat dit een beetje ijdele hoop was aangezien volgens de eenheid voor zelfmoordonderzoek aan de Gentse universiteit het aantal geregistreerde suïcidepogingen in 2008 in vergelijking met 2007 gestegen is met 10 procent. Met de crisis in het achterhoofd, denk ik dat we voor 2009 geen automatisch betere cijfers mogen verwachten. We houden ons hart dus een beetje vast.

Niet alles is negatief. We constateren dat er op het vlak van detectie en preventie stappen gezet zijn. Het aantal online gesprekken bijvoorbeeld, zeker met jongeren, stijgt enorm.

Ik verneem ook dat het de bedoeling is om in de toekomst ten aanzien van jongeren voort te werken met een tienstappenplan inzake mentale gezondheid voor wie jonger is dan 16.

Minister, misschien kunt u hierover nog iets meer vertellen? Er is ook nog wat onduidelijkheid over het tijdstip van de evaluatie. Is het begin 2010 of begin 2011?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, ik zal eerst uitvoerig de interpellatie beantwoorden en dan punctueel iets zeggen over de hulplijn voor de huisartsen, omdat dat een specifiek onderdeel is.

Wat is de doelmatigheid en de huidige stand van zaken in de uitvoering van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie? Het is belangrijk dat we daarbij een onderscheid maken tussen de sterftecijfers door zelfdoding en de geregistreerde zelfmoordpogingen. Wij moeten dat verschil even uitklaren.

Mevrouw Dillen, u constateert, net zoals andere collega's, terecht dat het aantal geregistreerde suïcidepogingen in Vlaanderen steeg in 2008 ten opzichte van 2007. In 2007 was het aantal pogingen ook al gestegen ten opzichte van 2006. Als we kijken naar het aantal overlijdens als gevolg van zelfdoding, en we beschikken hier over de sterftecijfers tot en met 2007, dan zien we dat de gezondheidsdoelstelling inzake zelfdoding – het aantal zelfdodingen verminderen met 8 procent tegen 2010 in vergelijking met 2000 – al in 2007 werd gerealiseerd. Uitgaande van de gestandaardiseerde cijfers stierven in 2007 immers 20,6 mannen en 9,3 vrouwen per 100.000 inwoners. In het jaar 2000 bedroeg dit nog 26,9 voor mannen en 10,1 voor vrouwen. Ik zeg er onmiddellijk bij dat u en ik het er wel over eens zullen zijn dat wij dit niet moeten beschouwen in termen van succes of iets dergelijks, want dit zijn nog altijd hoge cijfers en uiteraard evenzoveel drama's.

Binnen het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie wordt sinds 2006 onder andere gewerkt aan een verbeterde opvang en nazorg van suïcidepogers. Daaraan is het registratieonderzoek van de Universiteit Gent, waaraan u refereert, verbonden. Vooraleer dit project voor integrale zorg voor suïcidepogers bestond, werden pogingen niet altijd als zodanig herkend. Door de vormingssessies voor ziekenhuispersoneel, die bij de invoering van deze integrale zorg horen, worden suïcidepogingen nu wel vaker als zodanig geregistreerd. Daarnaast omvatten de cijfers van suïcidepogingen in 2008 misschien ook een effect van de economische crisis. We weten immers dat de gevolgen hiervan, onzekerheid over werk, werkloosheid en financiële zorgen, tot een verhoging van psychische problemen leiden. Omdat geestelijke gezondheidsproblemen in 90 procent van de zelfdodingen een rol speelt, zal de economische crisis misschien uiteindelijk ook tot een stijging van het aantal suïcidepogingen en de zelfdodingscijfers leiden. Uit een Europese vergelijkende studie blijkt immers dat voor elke 1 procent werkloosheid het sterftecijfer van zelfdodingen met 0,8 procent kan stijgen. Dit effect van de crisis die we nu kennen, kan bovendien lang aanslepen.

De gezondheidsdoelstelling met betrekking tot de preventie van zelfdoding werd dus voorlopig gerealiseerd, maar we wachten de sterftecijfers uit de periode van de economische crisis nog af. Nogmaals: 'gerealiseerd' moet hier niet als een soort euforisch gegeven worden beschouwd. Integendeel.

Ik wil graag de huidige stand van zaken in de uitvoering van het Vlaams Actieplan toelichten. Zoals u weet, loopt het actieplan van 2006 tot en met 2010 en werden de gezondheidsdoelstelling en het actieplan definitief goedgekeurd in juli 2007. Een aantal goed lopende projecten zoals onder meer de Zelfmoordlijn en Werkgroep Verder, die door Vlaanderen gefinancierd werden na de gezondheidsconferentie van 2002, werden mee opgenomen en voortgezet in het actieplan.

Het actieplan bevat vijf strategieën en een aantal randvoorwaarden om de uitvoering van het actieplan te bevorderen.

De eerste strategie gaat over de bevordering van geestelijke gezondheid. De campagne 'Fit In Je Hoofd' werd opgestart en richt zich op zelfeducatie over problemen met de geestelijke

gezondheid. In 2009 werd deze campagne opnieuw gelanceerd. In de eerste 3 maanden van die campagne werd de website van 'Fit In Je Hoofd' door 125.000 mensen bezocht. Het effect hiervan wordt nog dit jaar onderzocht. Er wordt gekeken naar de bezoekersprofielen en dan vooral naar de samenhang tussen de problemen die mensen rapporteren en de manier waarop ze zeggen hiermee om te gaan.

Bovendien wordt onderzocht of mensen een verandering in hun gedrag rapporteren na het bezoeken van de website. De campagne wordt bekendgemaakt via de locoregionale projecten suïcidepreventie, wat steeds een provinciale samenwerking is tussen de LOGO's, de overlegplatforms Geestelijke Gezondheid en de suïcidepreventiewerking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg). De locoregionale projecten zijn overigens een van de randvoorwaarden die voor de uitvoering van het Vlaams Actieplan werden bepaald. Ze werden in 2007 opgericht en zijn nu aan hun derde werkingsjaar toe. De 'Fit In Je Hoofd'-campagne wordt nu uitgebreid met zowel een versie die gericht is op gebruik door jongeren als een versie die bruikbaar is voor mensen die leven in kansarmoede.

Binnen dezelfde strategie ging dit jaar het project 'Preventiecoaches geestelijke gezondheid' in middelbare scholen van start. Het doel van dit project is om scholen te begeleiden bij het voeren van een op geestelijke gezondheid gericht beleid, met aandacht voor vroege detectie en een goede doorverwijzing van leerlingen met psychische problemen. Uit de interesse van de scholen blijkt dat we hiermee beantwoorden aan een reële vraag. Er schreven zich ondertussen al meer dan honderd scholen in. Dit project loopt tot september 2012. In de evaluatie ervan wordt gekeken naar de mate van bekendmaking, het aantal scholen dat daadwerkelijk een geestelijk gezondheidsbeleid opstart en hun tevredenheid met het werk van de preventiecoaches.

Binnen de tweede strategie, laagdrempelige teleshulp, werd de werking van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, dat de Zelfmoordlijn verzorgt, versterkt en uitgebreid. Om tegemoet te komen aan hulpvragen van jongeren werd een samenwerking met Netlog gestart. Jongeren kunnen nu ook via chatsessies hulp vragen. Uit de gebruikersgegevens van de Zelfmoordlijn blijkt dat de gebruikers van de chatsessies inderdaad veel jonger zijn dan de gebruikers van de telefonische hulplijn. In 2007 waren dat er 362, in 2008 al 763. Het lukt dus om jongeren op een eigen manier hulp te bieden.

De bereikbaarheid van de Zelfmoordlijn werd ook structureel uitgebreid. In 2007 was die slechts enkele avonden per week bereikbaar, nu is dat 7 dagen op 7, 24 uur per dag.

De derde strategie betreft de deskundigheidsbevordering van hulpverleners. Behalve een permanent aanbod via de suïcidepreventiewerkers van de centra voor geestelijke gezondheid werd speciaal voor huisartsen een vormingsprogramma ontworpen dat via internet te volgen is. Dit aanbod werd echter onvoldoende gebruikt. Huisartsen blijken vooral in crisissituaties geïnteresseerd in vorming over suïcidepreventie. Op deze vaststelling voortbouwend en om de huisartsen ook in die crisissituaties te kunnen bijstaan, werd speciaal voor huisartsen de telehulpdienst ingevoerd waarnaar mevrouw Schryvers heeft gevraagd. Huisartsen kunnen vanaf september van dit jaar 16 uur per dag een beroep doen op telefonische dienstverlening. Daarnaast kunnen zij hun vragen ook per e-mail stellen. We hopen zo huisartsen een betere omkadering te bieden als ze met suïcidale patiënten te maken krijgen. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt namelijk dat de rol van huisartsen in de voorkoming van zelfdoding heel belangrijk is. Ik zal u hierover straks nog enkele specifieke details geven.

Binnen de vierde strategie wordt op verschillende manieren gewerkt aan het voorkomen van uitlokking van zelfdoding. Op lokaal niveau wordt samengewerkt met de spoorwegen, om de gevaarlijke plaatsen, de zogenaamde hotspots, af te schermen. De mediarijntlijnen die door de Werkgroep Verder worden bekendgemaakt en opgevolgd, zijn effectief gebleken in het bewerken van de manier van berichtgeving.

De vijfde strategie betreft de zorg voor risicogroepen, groepen die meer dan anderen een risico lopen suïcidale gedachten te hebben of pogingen te willen ondernemen. Binnen deze strategie valt de zorg voor suïcidepogers. Mevrouw Dillen, u stelde zelf al dat de zorg voor opvang voor suïcidepogers belangrijk is. Hieraan wordt gewerkt via het project ‘Integrale zorg suïcidepogers’. Ziekenhuizen worden in dit project benaderd om mee te werken aan een betere opvang en een betere nazorg na een suïcidepoging. Het project zorgt voor een samenwerking tussen het ziekenhuis, de huisarts en de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Vergelijkbaar is het project ‘Vroegdetectie en interventie bij een eerste psychose’. Psychoses en in het bijzonder schizofrenie bij jonge mensen worden in verband gebracht met een hoog risico op zelfdoding. Door het voorkomen of vroegtijdig behandelen van psychoses is zelfdoding te voorkomen. Na een pilootfase wordt dit momenteel uitgerold in drie bijkomende regio’s.

Mensen die een vriend of familielid hebben verloren door zelfdoding, vormen zelf een risicogroep. Zorg voor nabestaanden wordt in Vlaanderen gecoördineerd door de Werkgroep Verder. Zij verzorgen een website met een forum en informatie voor nabestaanden, maar ook steeds twee gespreksgroepen in elke provincie.

Binnen deze strategie werden ook kinderen van ouders met psychische problemen opgevat als een risicogroep. Het project dat hiervoor werd gelanceerd, leidde niet tot het gewenste resultaat. Er was onvoldoende animo vanuit de doelgroep zelf om van de hulp gebruik te maken, men herkende zich niet als risicogroep voor zelfdoding. Ook hier werd bijgestuurd, het project werd stopgezet.

De werkzaamheid voor de behandeling van depressies van Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) werd nagegaan. Uit onderzoek is gebleken dat bij recurrende depressies, waar het risico op zelfdoding hoog is, en therapie en medicatie niet hebben geholpen, na een behandeling met MBCT het risico op herval en het risico op suïcidaliteit afneemt. Ik hoop nog dit jaar een project te kunnen opzetten om in deze behandelvorm te kunnen voorzien.

Ik heb er vertrouwen in dat de strategieën binnen het Vlaams actieplan suïcidepreventie goed zijn. Wanneer het Vlaams actieplan wordt voorgesteld in Europese context, blijkt nog steeds dat Vlaanderen ver vooruit is op andere Europese regio’s. Europa heeft sinds kort het EU-kompas voor geestelijke gezondheid. Vlaanderen heeft hier een bijdrage kunnen leveren aan de inventaris van goede praktijken. Onze zorg voor suïcidepogers, de zorg voor nabestaanden, de zorg voor vroege detectie van psychoses, de laagdrempelige telezorg, de zorg voor zelfeducatie en de preventiecoaches werden hierin opgenomen.

Toch wil ik blijven streven naar een nog beter actieplan, een permanente bijsturing en een grondige evaluatie. De opzet van het Vlaams actieplan is misschien wat voorzichtig geweest. Alles is in het werk gesteld om te investeren in goede praktijken. Elk project binnen het actieplan is opgestart als pilootproject en wordt pas algemeen ingevoerd na aangetoonde werkzaamheid. Dat betekent dat projecten soms nu nog in de pilootfase zitten. De gezondheidsdoelstelling heeft als indicatoren ook de eindpunten, de finaliteit, het aantal zelfdodingen en het aantal pogingen. Het actieplan grijpt in op alle stadia daarvoor, en een effect op de eindpunten is pas op langere termijn zichtbaar.

Op dit moment wordt gewerkt aan de officiële oprichting van een Vlaamse werkgroep suïcidepreventie, volgens het besluit van de Vlaamse Regering van 14 november 2008. De werkgroep krijgt de opdracht het Vlaams actieplan te evalueren en een vervolg voor te bereiden. Verder worden oproepen gelanceerd om organisaties met terreinwerking en een partnerorganisatie, zoals bedoeld in het besluit van de Vlaamse Regering van 5 juni 2009, te erkennen. De bedoeling is om het beleid ten aanzien van suïcidepreventie een meer permanent karakter te verlenen dan nu door de ad-hocsubsidies wordt gedaan.

De bewering dat het Vlaams actieplan suïcidepreventie niet voldoet, is onjuist. De doelstelling om het aantal zelfdodingen te verminderen met ten minste 8 percent ten opzichte

van 2000 werd al in 2007 gerealiseerd. Een evaluatie van het Vlaams actieplan suïcidepreventie dient rekening te houden met de effecten van de diepe economische crisis. Deze evaluatie is een taak voor de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie. Deze evaluatie moet na afloop van de gezondheidsdoelstelling en het bijbehorende actieplan, na 2010, worden gedaan.

Ik hoop wel dat uit mijn overzicht mag blijken dat het actieplan permanent wordt bijgestuurd. Er zal een globale evaluatie plaatsvinden in 2011 en een nieuwe gezondheidsconferentie worden gepland. Dan zal de gezondheidsdoelstelling en het Vlaams actieplan worden herzien en geactualiseerd. Ondertussen is het aangewezen om het actieplan verder uit te voeren en ook zaken die ik heb aangegeven, te verbeteren, in overleg met de verschillende actoren en de werkgroep, en de energie te richten op de uitvoering van werkzame praktijken en bij te sturen waar nodig.

Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding heeft zich voor de oprichting en uitvoering van de hulplijn voor huisartsen een aantal taken gesteld. Er werd een stuurgroep opgericht om het project te begeleiden, er werd een vacature voor een verantwoordelijke voor deze hulpdienst uitgeschreven en de technische voorbereiding voor het uitbreiden van de huidige telefooncentrale werd gepland.

Inhoudelijk wordt de hulpdienst voor huisartsen begeleid door de suïcidepreventiewerking van de cgg's en de Werkgroep Verder. Concreet betekent dit dat de brochure met uitleg over de hulpdienst samen met hen vorm zal krijgen. De bijkomende vorming van vrijwilligers wordt ook in overleg met deze organisaties ingevuld. Deze voorbereidingen moeten in juni klaar zijn. Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding heeft zich tot doel gesteld de hulpdienst in september van dit jaar zowel technisch als inhoudelijk operationeel te hebben.

Door het betrekken van relevante organisaties in de begeleiding van het project, via de stuurgroep, werd medewerking verkregen van de LOGO's en Domus Medica vzw voor de bekendmaking van deze hulpdienst. Verder wordt een mailing van de brochure gepland om alle huisartsen op de hoogte te stellen van het bestaan en het doel van de hulpdienst.

De hulpdienst voor huisartsen is, als gevolg van het door u aangehaalde onderzoek, vooral bedoeld voor huisartsen. De uitvoering van deze hulpdienst is echter een extra taak voor het Centrum ter Preventie van Zelfdoding. Dit centrum staat ook in voor de uitbating van de zelfdodinglijn. De zelfdodinglijn is toegankelijk voor het brede publiek, waaronder dus ook leerkrachten en schoolpersoneel. Uit de gegevens van het CPZ over het gebruik van de zelfdodinglijn, weten we dat hulpverleners ook de weg naar deze telefonische hulpdienst weten te vinden. Zij maken nu al gebruik van deze lijn als ze met vragen over de preventie van zelfdoding zitten.

Daarnaast heeft de suïcidepreventiewerking van de cgg's de opdracht vormingen over de preventie van zelfdoding aan scholen te verzorgen. Deze vormingen kunnen op maat worden georganiseerd, van een korte uitleg tot een uitgebreide driedaagse vorming. De LOGO's staan in voor de bekendmaking en organisatie van deze vormingen naar scholen en centra voor leerlingenbegeleiding (CLB).

Sinds kort kunnen secundaire scholen ook terecht bij de preventiecoaches geestelijke gezondheid, voor advies over en begeleiding bij het inrichten van een beleid dat is gericht op de bevordering van geestelijke gezondheid en vroege detectie en doorverwijzing voor leerlingen met psychosociale problemen.

De totstandkoming van dit project is een direct gevolg van de constatering dat huisartsen onvoldoende gebruik maken van e-learningprogramma's. Dit geldt overigens ook voor de vormingen van de cgg-suïcidepreventie. Die zijn uiteraard ook bedoeld voor huisartsen. De laagdrempelige telefonische hulpdienst, de ruime bereikbaarheid en de crisisgerichte interventie is bedoeld om huisartsen hulp te bieden als ze die nodig hebben, namelijk als ze direct worden geconfronteerd met een patiënt met suïcidale gedachten of plannen.

De ruime bekendmaking, samen met een aan de huisarts gerichte mailing met uitleg, moet ervoor zorgen dat de hulpdienst ook daadwerkelijk zal worden gebruikt. De eerder vermelde brochure is overigens bedoeld om huisartsen ook nog eens op de hoogte te brengen van de vormingsmogelijkheden die nu al bestaan. Uit onderzoek is immers geweten dat huisartsen meer bereid zijn een vorming over de preventie van zelfdoding te volgen als ze al met een suïcidale patiënt te maken hebben gehad.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Minister, ik dank u voor uw uitgebreide antwoord. Mijn vraag om uitleg ging enkel over een segment, de hulplijn. De koppeling met de interpellatie geeft mogelijk de indruk dat dit het enige belangrijke punt zou zijn binnen het globaal plan, maar dat is natuurlijk niet waar. De collega's zullen weten dat ik in het recente verleden meermaals mijn bekommernis over dit probleem heb geuit.

We hebben een overzicht gekregen van de uitvoering van heel het actieplan over de verschillende segmenten en de verschillende acties vanuit verschillende hoeken en met veel verschillende organisaties die betrokken zijn bij de problematiek en hoe die wordt uitgevoerd. U onderstreept terecht dat het plan verder moet worden uitgevoerd en dat eind 2010 of 2011 een grote evaluatie zich opdringt. Ondertussen worden er concrete projecten continu geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. Ik kan dat alleen maar appreciëren en oproepen om dat verder te doen omdat deze problematiek ontzettend belangrijk is, en elke zelfdoding een drama is voor een hele omgeving.

Inzake de hulplijn heb ik de timing zoals ze is uitgezet, genoteerd. Ik kan enkel hopen dat ze kan worden gehaald, want de huisartsen zijn heel belangrijk in de preventie van zelfdoding.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, ik heb nooit willen beweren dat er niets gebeurt. Ik heb altijd gezegd dat dit een heel ingewikkelde problematiek is, waarvoor niemand van ons een pasklaar antwoord heeft. Mocht het zo gemakkelijk zijn, dan was het probleem al uit de wereld.

Per strategie gebeuren er acties en initiatieven, waarvan u zegt dat ze op tijd en stond worden bijgestuurd. Ik twijfel er niet aan dat dat juist is. Ik betreur dat de grondige evaluatie wordt uitgesteld tot na afloop van het actieplan. Ik heb het niet over de tussentijdse bijsturingen en kleine evaluaties. Een grondige evaluatie zal pas gebeuren in 2011, waarbij het blijkbaar de bedoeling is om te komen tot een nieuwe gezondheidsconferentie. In april 2008 werd beloofd dat, wanneer het plan in werking was, er een globale evaluatie zou gebeuren en alles op de voet zou worden gevolgd. Ik dring erop aan dat dit versneld zou gebeuren.

Ik heb verwezen naar de conclusies van de Vlaamse Gezondheidsraad over de zesde gezondheidsdoelstelling die toch heel duidelijk een aantal tekortkomingen hebben aangegeven over de visie – van uw voorganger – op deze problematiek. Ik denk dat het nuttig is om deze conclusies er nog eens bij te halen en na te gaan of we niet tot een snellere evaluatie kunnen komen.

Positief is in ieder geval uw voornemen om een aantal van de initiatieven die worden genomen naar aanleiding van het actieplan, meer permanent te maken. Dit is inderdaad belangrijk.

U hebt verwezen naar de oprichting van de Vlaamse werkgroep suïcidepreventie. Ik heb er heel uitdrukkelijk voor gepleit dat die werkgroep wordt gekaderd in een brede maatschappelijke context. Ik weet niet of u kunt zeggen op welke wijze die werkgroep is samengesteld. Ik hoop dat alle betrokken actoren in de zeer ruime betekenis van het woord, erbij betrokken worden.

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Minister, ik dank u voor uw omstandig antwoord. Ik ga het zeker nog eens herlezen. We hebben een heel overzicht gekregen.

We hebben inderdaad allemaal hetzelfde doel: zorgen dat er verbetering komt en dat we beter scoren. We staan allemaal op één lijn.

Mevrouw Schryvers, mijn betoog over het deelaspect was echt niet negatief bedoeld, maar sloot aan bij de rest van het verhaal.

Minister, u zegt dat het permanent wordt bijgestuurd. Dat is natuurlijk goed. Ik deel toch een beetje de mening van mevrouw Dillen, die ook een snellere evaluatie vraagt. De cijfers zijn wat ze zijn. Actualisatie zal er pas komen na een effectieve evaluatie. Ik wil ook pleiten voor een snellere evaluatie.

Minister Jo Vandeurzen: Het is nodig om elk project nadat het opgestart is, eens te bekijken. Voldoet het aan de verwachtingen? Loopt het goed? Ik neem aan dat er soms moet worden bijgestuurd.

Om van een projectmatige financiering over te stappen op een meer gestructureerde financiering, is een grondigere evaluatie nodig. In het tweede plan dat we gaan opstellen, moeten we komen tot een meer veralgemeend en stabiel plan, rekening houdend met de best practice. Dat kan niet echt voor een project dat nog maar 1 of 2 jaar bezig is.

Ik vind het zelf belangrijk om geen onderbrekingen te organiseren. Evaluatie is belangrijk, maar het kan niet dat een project dat goed is, niet kan doorlopen. We mogen geen discontinuïteit veroorzaken.

Ik ben nog in de 'lerende' fase. Ik heb de gelegenheid gehad om met een aantal Nederlanders te praten over de chatlijn waarbij ook jongeren betrokken zijn en de hulplijn. Ik denk dat het geheel van de acties die door het vorig parlement en de vorige regering zijn opgezet, op het Europees niveau als een van de beteren wordt beschouwd. De reden waarom we tot dit soort acties komen, is evident.

Er is een formeel evaluatiemoment. Er moet een gezondheidsdoelstelling komen. Dat is afgesproken in de structuren van de besluitvorming in Vlaanderen. Ik pleit ervoor om een beetje in die cadans te blijven, want anders riskeren we dat we dingen evalueren die nauwelijks nuttige ervaring kunnen opleveren. Dat is niet gunstig. Het zal al een hele boterham zijn om de goede zaken uit te rollen over heel Vlaanderen en daar een stabiel kader voor te vinden. Dit zouden we moeten kunnen waarmaken.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, een van de vijf strategieën die in mijn tekst stond, was het herlanceren van aanbevelingen voor de pers. Dat is toch wel een heel belangrijk dossier. Naar aanleiding van een aantal bijzonder trieste voorvallen met bekende mensen die spijtig genoeg op deze manier uit het leven zijn gestapt, was de berichtgeving in de media van die aard dat ik mij onmiddellijk de bedenking heb gemaakt dat dit niet strookte met de strategieën die waren vooropgesteld. Misschien is het nuttig om dit bij hoogdringendheid eens na te zien.

Minister Jo Vandeurzen: Ik neem aan dat ik weet naar welke media u verwijst. Ik moet eerlijk zeggen dat ik, in de korte periode dat ik deze bevoegdheid heb, ook goede manieren van omgaan met de dingen ben tegengekomen.

We zijn een aantal keren in de media met zelfdodingen geconfronteerd. Ik vind dat de media over het algemeen vrij correct hebben gereageerd. Ik heb er ook al eens met de mensen van de werkgroep over gesproken. Ik denk dat ze ook heel nauw met de media overleggen over die richtlijn. Ik weet wel dat er een aantal minder goede situaties geweest zijn, maar er zijn er ook een aantal heel goede geweest. We proberen zeer alert te zijn door met een aantal referentieorganisaties contact te hebben en hen te wijzen op de richtlijnen. Maar de laatste keren hebben de media vrij goed het woordgebruik en de verwijzing naar waar mensen met vragen terecht kunnen, gehanteerd.

De heer Tom Dehaene: Dat wordt trouwens onderkend door de Werkgroep Verder zelf. Ik denk dat je vooral moet vergelijken met de situatie van 5 jaar geleden. De verschillen zijn dan zeer opmerkelijk.

Mevrouw Marijke Dillen: Er zijn toch gevallen geweest waarbij het spektakelgehalte heel hoog was. Het heeft soms weken geduurd.

Met redenen omklede motie

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

Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Patricia De Waele tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Vlaamse financiële bijdrage voor assistentiehonden van gehandicapten

De voorzitter: Mevrouw De Waele heeft het woord.

Mevrouw Patricia De Waele: Voorzitter, minister, collega's, mijn vraag gaat over de Vlaamse financiële bijdrage voor de assistentiehonden van gehandicapten.

Het Vlaamse welzijnsbeleid heeft als doelstelling mindervaliden de mogelijkheid te geven om op eigen maat zelfstandig te leven. Deze meerkost van kwalitatief beter leven voor mindervaliden wordt gedeeltelijk bijgepast door financiële tegemoetkomingen voor hulpmiddelen, aanpassingen of bijstand.

In het straatbeeld ziet men geregeld gehandicapten met een hond. Naast blindengeleidehonden zijn er ook hulphonden voor personen met een motorische handicap. Er zijn ook signaalhonden voor personen met een auditieve handicap. Voor diabetici en epilepsie zijn er epilepsiehonden en er zijn ook autismehonden. Heel wat honden worden op een of andere specifieke manier afgericht om mensen bij te staan.

De refertelijst van de hulpmiddelen waarvoor de Vlaamse overheid financiële ondersteuning biedt, vermeldt een tussenkomst in de kosten voor een blindengeleidehond ter vervanging van het zicht van maximaal ongeveer 12.000 euro. De gemiddelde opleidingskosten voor assistentiehonden wordt echter op ongeveer 16.000 euro geraamd. Hiervoor is echter niet in een financiële tussenkomst voorzien.

Voormalig minister van Welzijn Vanackere heeft besloten dat de eigenaars van assistentiehonden ook een bijdrage kunnen ontvangen. Omwille van het geringe aantal aanvragen moet deze bijdrage niet in de refertelijst worden opgenomen. Het gaat eigenlijk om een cirkel zonder einde. De Bijzondere Bijstandsc commissie (BBC) van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) toetst elke individuele aanvraag, eventueel na het ontvangen van een advies van het Kenniscentrum Hulpmiddelen (KOC). De BBC beoordeelt of het gebruik van een assistentiehond aan het criterium van de functionele meerwaarde voldoet.

Hoewel de minister de financiële bijdragen voor de aan assistentiehonden verbonden kosten door middel van deze toezegging heeft goedgekeurd, zou het VAPH de aanvragen tot nu toe omwille van het ontbreken van een functionele meerwaarde systematisch hebben geweigerd. Volgens onze bronnen zou de Vlaamse administratie slechts een aanvraag hebben goedgekeurd. Daarnaast zouden twee andere bijdragen na een langdurige gerechtelijke procedure door de arbeidsrechter zijn toegekend. Dit betekent dat de gehandicapte eigenaars van assistentiehonden naar de rechter moeten stappen om de bijdrage af te dwingen. Dit brengt uiteraard onnodige kosten en heel wat ergernis en frustratie met zich mee.

Minister, vindt u dat de systematische weigering van de financiële bijdrage door het VPAH tegen de door de ministeriële uitspraken gewekte verwachtingen indruist? Vindt u dat dit binnen de principes van het behoorlijk bestuur past? Waarin verschilt de mening van de arbeidsrechter met de mening van het VAPH over de functionele meerwaarde? Wordt de invulling van dit criterium aan de uitspraken van de arbeidsrechter aangepast? Erkent u de nood aan een tegemoetkoming voor assistentiehonden? Zo ja, erkent u de consequenties hiervan en zult u deze tegemoetkoming opnemen in de refertelijst en in de fiches die momenteel worden ontwikkeld?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, de tegemoetkoming voor hulphonden, in dit geval assistentiehonden en geen blindengeleidehonden, wordt niet systematisch geweigerd. Aangezien de terugbetaling, in tegenstelling tot de bijdrage voor blindengeleidehonden, niet in de refertelijst met hulpmiddelen van het VAPH is opgenomen, moet elke aanvraag aan de BBC worden voorgelegd. De BBC beslist over eventuele bijdragen. Elke aanvraag wordt individueel getoetst aan de voorwaarden die voortvloeien uit het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 2009. De noodzaak, de doelmatigheid en de gebruiksfrequentie van de hulphond moeten in functie van de beperkingen en in verhouding tot de gevraagde bijdrage worden aangetoond.

In het verleden heeft de BBC de aanvragen voor hulphonden geweigerd vanuit de overtuiging dat hulphonden, in tegenstelling tot technische alternatieven of menselijke assistentie, slechts een geringe functionele meerwaarde bieden in functie van de problemen die de aanvrager van zijn beperking ondervindt. De gebruiksfrequentie is als veeleer beperkt ervaren.

Voor 2009 zijn drie aanvragen aan de BBC voorgelegd. In een geval heeft de BBC een gunstige beslissing genomen. Het gelijkheidsbeginsel waarborgt dat dossiers die aan de BBC worden voorgelegd momenteel op een meer individuele en gelijklopende manier worden behandeld. Een actieplan met betrekking tot assistentiehonden dat in overleg met de hondencentra is opgesteld, stelt dat elke aanvraag voor advies aan het KOC wordt voorgelegd. Op basis van de eerder vermelde criteria levert het KOC een individueel advies voor elke aanvraag. De BBC volgt meestal het advies van het KOC.

Daarnaast heeft het KOC in 2009 een leidraad voor adviesverleners en potentiële gebruikers ontwikkeld. Die leidraad brengt de eisen in kaart waaraan de gebruiker en de hond moeten voldoen om voor de doelmatigheid van de hond te zorgen. Voor de multidisciplinaire teams (MDT's) vormt deze leidraad een hulpmiddel bij de adviesverlening. Hierdoor kunnen ze een degelijk onderbouwd dossier opstellen. De MDT's hebben toelichting bij de leidraad gekregen. Om de dossiers beter te kunnen onderbouwen, heeft tevens een gesprek met de hondencentra plaatsgevonden.

In 2009 is met betrekking tot twee dossiers, meer bepaald met betrekking tot twee epilepsiehonden, een beroep tegen de negatieve beslissing aangetekend. In beide gevallen heeft de arbeidsrechter geoordeeld dat de indiener recht op een tegemoetkoming heeft. De BBC moet de bedragen van deze tegemoetkomingen nog bepalen. De rechtbank heeft geoordeeld dat beide honden een functionele meerwaarde hebben, dat er geen overlapping met het epilepsie-alarmsysteem is en dat de honden de bewegingsvrijheid en de globale zelfredzaamheid van de gebruikers zullen verhogen. Dit oordeel is op een interpretatie van feiten gebaseerd. Het lijkt me niet aangewezen de criteria op basis van individuele uitspraken aan te passen.

Gezien het beperkte aantal aanvragen voor de tegemoetkoming voor hulphonden en de mogelijkheid om deze aanvragen door de BBC te laten behandelen, lijkt een opname op de refertelijst momenteel niet nodig. Door de beslissingsbevoegdheid bij de BBC te leggen, wordt de individuele benadering tijdens de beoordeling gewaarborgd en wordt een gelijklopende behandeling gegarandeerd.

Hulpmiddelenfiches worden enkel ontworpen voor de hulpmiddelen die in de referentielijst zijn opgenomen. Voor assistentiehonden zal bijgevolg geen fiche worden ontworpen.

De voorzitter: Mevrouw De Waele heeft het woord.

Mevrouw Patricia De Waele: Ik dank de minister voor zijn duidelijk antwoord. Ik denk evenwel dat verschillende mensen hier niet zo gelukkig mee zullen zijn. Uit het antwoord blijkt dat heel wat beslissingsbevoegdheden zich bij het KOC situeren. Het is bijzonder eigenaardig dat mensen hun gelijk voor een rechter moeten afdwingen. Indien mensen langs de gerechtelijke weg gelijk krijgen, heeft de rechter al een juiste interpretatie gemaakt. De noodzaak kan blijkbaar worden aangetoond. Ik pleit ervoor dit in de referentielijst op te nemen. Ik zou althans besluiten dat het opstellen van een fiche enige modernisering zou teweegbrengen.

Ik vind het jammer dat we die stap niet zetten. Dit zou het voor veel mensen gemakkelijker maken. Dit is blijkbaar de beslissing. We kunnen daar weinig aan veranderen. Het enige wat we kunnen zeggen, is dat we dit spijtig vinden voor de mensen die uiteindelijk een beroep op een assistentiehond zouden willen doen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over borstkankerscreening en het sluiten van borstklinieken

Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de mogelijke sluiting van borstkankerlinieken

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Voorzitter, op 9 februari 2010 zijn een aantal alarmerende berichten in de pers verschenen. Op basis van een Europese richtlijn zou een groot aantal erkende borstklinieken de deuren moeten sluiten. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de volksgezondheid en voor de tewerkstelling in klinieken en bij toeleveranciers.

De evaluatie van de klinieken en de beslissing welke klinieken al dan niet hun erkenning behouden, is naar de gemeenschappen doorgeschoven. Op zich juichen we natuurlijk toe dat de gemeenschappen bevoegdheden in handen krijgen. In dit geval heb ik echter toch een wrang gevoel.

In de persartikelen las ik de dringende oproep van dokter Van Wiemeersch, de voorzitter van de beroepsvereniging voor gynaecologen. Het waren alarmerende berichten. Hij stelde dat op basis van die Europese richtlijn de centra die geen 150 nieuwe behandelingen per jaar kunnen verwezenlijken, zouden moeten sluiten. Voor België zou dat neerkomen op een sluiting van 21 borstklinieken. Op dit moment zijn er 46 erkende borstklinieken, waarvan er 26 in Vlaanderen liggen.

Ik had hier een wrang gevoel bij, zeker rekening houdend met de cijfers die onlangs werden vrijgegeven en waarbij gewag gemaakt wordt van een sterk groeiend aantal tumoren, waarbij borstkanker een van de grootste boosdoeners was. Die twee berichten bij elkaar, geven een wrang gevoel en kunnen contradictorisch lijken.

Borstkanker is een kanker die mits vroegtijdige opsporing en adequate behandeling, goed onder controle te houden is. Het moet dus de bedoeling zijn om op beide elementen zo maximaal mogelijk in te zetten. De Vlaamse overheid heeft een eigen opdracht en doet daarvoor al heel wat inspanningen.

Wat is uw reactie op de beslissing van uw federale collega? Wat zijn volgens u de effectieve gevolgen op de toekomst van de borstklinieken? Hoe worden de borstklinieken geëvalueerd? Er is sprake van een evaluatie van de gemeenschappen. Op basis van welke criteria gebeurt die? Wanneer zal dit gebeuren? Hoe ziet volgens u het landschap in Vlaanderen eruit voor wat de borstklinieken betreft?

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen: Voorzitter, minister, het nieuwsbericht werd al genoemd waaruit zou blijken dat er misschien 21 van de 46 borstklinieken bedreigd zouden zijn. Ze bestaan sinds 2008.

Ik heb begrip voor het debat. Ik heb naar aanleiding van deze vraag ook een aantal andere dossiers opgezocht. Het gaat uiteraard om een evenwichtsoefening tussen aan de ene kant de nabijheid en aan de andere kant de noodzakelijke specialisatie van een multidisciplinaire intake en het opbouwen van knowhow in een gespecialiseerde omgeving.

Het meest frappante vond ik een citaat van een bron bij de FOD Volksgezondheid, die zegt dat het de gemeenschappen zijn die op basis van federale regels de toepassing zullen uitvoeren en dat – en ik vind dit een heel enigmatisch zinnetje – de vrees leeft dat de gemeenschappen de erkenningaanvragen niet voldoende soepel zullen kunnen beoordelen. Ik ben daar een beetje over gevallen. *(Opmerkingen van minister Jo Vandeurzen)*

Mijn vragen, minister, zijn de volgende. Hoe reageert u op deze berichten? Is er reeds overleg gepland met uw federale collega? Zo ja, wat is daar het resultaat van?

Welke oplossingen ziet u voor deze problematiek? De collega heeft ook al gevraagd naar welk landschap we willen evolueren. Wat is in dat evenwicht tussen specialisatie en nabijheid, volgens u het minimale aantal borstklinieken dat we in Vlaanderen zouden moeten kunnen behouden? Welke garantie kunt u geven aan de bestaande?

Voorziet u dat er problemen ontstaan bij de beoordeling van de erkenningsaanvragen? Is er een mogelijkheid om binnen een soepele toepassing van de federale regels ook te gaan naar associaties waarbij verschillende klinieken samen de norm van 150 halen?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Minister, ik wil me ook graag even aansluiten bij deze vraag. Het is een informatieve vraag over wat concreet binnen uw macht ligt om te doen. De normering voor wat de borstklinieken betreft, is federaal en de toekenning van de erkenning volgens federale regels is Vlaams. Mijn vraag is wat we zouden kunnen doen.

De heer Van Malderen heeft ook al gevraagd wat het ideale aantal zou zijn. Er is inderdaad sprake van een afbouw, en dat brengt met zich mee dat wij ons daar vragen bij stellen. Anderzijds zijn er ook wetenschappelijke stukken en zelfs resoluties die werden aangenomen door het Europees Parlement waarin men zegt dat het ideaal is dat we per 250.000 vrouwelijke inwoners een borstkliniek hebben. Dat brengt ons op een twintigtal voor België.

Ik stel me vragen bij de reflex die we hebben inzake de afbouw. Het is een begrijpelijke reflex die we hebben als een dienstverlening of een aanbod wordt afgebouwd, maar anderzijds vind ik het ook heel belangrijk om te weten wat de ideale schaal is om dit aan te bieden. Hetzelfde geldt voor meer zaken in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld voor scanners en hartcentra. Ik weet niet of hier objectieve gegevens over bestaan, of dat dit een kwestie van meningen is, maar als ze bestaan, dan had ik dat wel graag vernomen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, dames en heren, de erkenning en de sluiting van gespecialiseerde oncologische zorgprogramma's voor borstkanker, de zogenaamde 'borstklinieken', is inderdaad een bevoegdheid van de gemeenschappen, en die gebeurt op basis van erkenningsnormen die door de federale overheid werden vastgesteld.

Om de vraag over de ziekenhuisassociatie te kunnen beantwoorden, moet u feitelijk gewoon het KB inzake de ziekenhuisassociaties op het KB van 26 april 2007 houdende de vaststelling van de normen waaraan gespecialiseerde oncologisch zorgprogramma's voor borstkanker moeten voldoen, leggen en kijken of het mogelijk is dat een dergelijke erkenning wordt gegeven aan een erkende ziekenhuisassociatie. En dan zult u ook de vraag moeten beantwoorden of dat dan kan met een exploitatie op twee campussen. Dat is de meest klassieke vraag die dan kan worden gesteld. Ik verwacht, uit mijn hoofd en zonder me hierop te willen vastpinnen, dat het antwoord 'neen' zal zijn.

Het lijkt me logisch dat men het KB op de ziekenhuisassociatie niet kan gebruiken om een proliferatie van diensten te organiseren. Volgens mij kan het niet – maar nu teer ik op mijn parate kennis uit een vorig leven – dat er wordt ontduddeld door het in een associatie te brengen, dat zal volgens mij niet het geval zijn. Als dat wel het geval zou zijn, stel ik me de vraag waarom er op dit moment dan niet meer van dit soort situaties zijn. Intuïtief denk ik dat om deze technische vraag te beantwoorden, een juridisch-technische analyse van die twee KB's nodig is. Ik vermoed dat het niet kan, maar als morgen blijkt dat het KB het wel toelaat, houd ik hierbij een slag om de arm.

Voor het aantal erkenningsnormen, het aantal plaatsen in de programmatie, is in een overgangsfase voorzien, waarbij voor die periode de lat wat minder hoog wordt gelegd voor degenen die de erkenning ambiëren.

De borstkliniek moet op jaarbasis minstens 150 nieuwe gevallen van borstkanker kunnen aantonen. In de overgangsfase volstaan 100 nieuwe gevallen. De overgangsfase verliep eind 2009.

De borstkliniek moet minstens over twee chirurgen beschikken die elk minstens 50 ingrepen per jaar op nieuwe gevallen van borstkanker verrichten. In de overgangsfase is één chirurg met die activiteit voldoende. De overgangsfase verloopt bij de eerstvolgende verlenging van erkenning. De borstkliniek moet minstens over twee radiologen beschikken die minstens 1000 mammografieën aflezen of herlezen op jaarbasis. In de overgangsfase is één radioloog voldoende. De overgangsfase verloopt bij de eerstvolgende verlenging van erkenning.

Negen van die elf hebben ook niet voldoende geneesheren met voldoende activiteit. Vier fusieziekenhuiscampussen, in drie ziekenhuizen, verkregen hun erkenning op basis van de overgangsnormen met betrekking tot fusieziekenhuizen. Drie campussen behaalden ook niet de minimale, samengetelde, activiteit van 150 en de vierde beschikte niet over voldoende geneesheren met voldoende activiteit. Drie ziekenhuizen van die achttien beschikten niet over voldoende geneesheren met voldoende activiteit, terwijl het globale activiteitsniveau van minstens 150 wel werd behaald. Er zitten er dus nogal wat in overgangsbepalingen.

Begin 2011 zullen de ziekenhuizen die erkend werden op basis van de overgangsnormen met betrekking tot het volume van de activiteit – globaal en per geneesheer – worden geëvalueerd op basis van hun activiteit in 2010. Begin 2012 zullen de campussen van de fusieziekenhuizen die erkend werden op basis van overgangsmaatregelen voor fusieziekenhuizen geëvalueerd worden op basis van hun gegevens voor 2011. Op dit ogenblik is het dus nog te vroeg om al uitspraken te doen over het aantal borstklinieken dat zou moeten sluiten.

Binnenkort zullen door het Agentschap Zorg en Gezondheid de activiteitsgegevens voor 2009 opgevraagd worden. Het is de bedoeling om tussentijds een idee te krijgen van de toekomstige situatie en om die grondig te evalueren. Die evaluatie moet gebeuren in functie van twee objectieven, die bovendien in evenwicht moeten worden gehouden: borstklinieken moeten voldoende volume hebben om een minimale kwaliteit te kunnen verzekeren; anderzijds moeten er voldoende borstklinieken zijn en moeten die voldoende gespreid zijn, zodat de geografische toegankelijkheid verzekerd kan blijven. Indien dit evenwicht verstoord zou worden door het verstrijken van de overgangsbepalingen en de sluiting van te veel borstklinieken als gevolg zou hebben, dan is een bijsturing zeker aangewezen en zal ik

hierover in contact treden met mijn federale collega. Het is nu voorbarig om al te zeggen dat er aanpassingen moeten gebeuren en zeker om te zeggen welke aanpassingen dit zouden kunnen of moeten zijn.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Dank u, minister. Onze vrees dat er te weinig borstklinieken zouden zijn, is iets te vroeg. U zegt, als ik het goed heb begrepen, dat u begin 2011 zult overgaan tot de evaluatie en dat u, indien zou blijken dat er qua geografische spreiding hiaten zijn, zult overleggen met uw federale collega. In welke mate is bijsturing mogelijk? Dit gaat op basis van een Europese richtlijn. Zijn er bijsturingen mogelijk?

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord

De heer Bart Van Malderen: Uit het antwoord blijkt duidelijk dat er in het probleem wel wat reliëf steekt. De getrapte voorwaarden zorgen ervoor dat sommigen dichter en anderen verder van de normen zitten. Het is op zich goed dat u een programmatie geeft van de manier waarop die evaluatie zal worden georganiseerd, zodat men zich in de mate van het mogelijke zal kunnen organiseren om daar een antwoord op te bieden.

Minister, u bevestigt dat het gaat om een evenwicht tussen het opbouwen van specialisatie en het garanderen van een nabijheid van borstklinieken. U zegt dat u contact zult opnemen indien het landschap zou worden verstoord als gevolg van het toepassen van het einde van de overgangsbepaling. Vanaf wanneer beschouwt u dat als ‘verstoord’? Dit is de vraag van mevrouw Jans en van mijzelf: wat is nu eigenlijk een minimaal aanbod om toch de nabijheid te bereiken die we moeten kunnen aanbieden, ervan uitgaande dat de specialisatie gegarandeerd is?

Ik snap de redenering dat je geen associaties kunt aangrijpen om een proliferatie te bereiken, of het hier nu gaat over borstklinieken of andere toepassingen, bijvoorbeeld scanners. Je kunt je afvragen in hoeverre er binnen die associaties geen differentiëring kan worden toegepast, zodat je de garantie hebt dat in een beperkt aantal de multidisciplinaire intake en het zuivere chirurgische werk kunnen gebeuren, terwijl je in een aantal met een lagere intensiteit andere behandelingen of andere fasen van de behandeling en bijvoorbeeld ook de nabehandeling zou kunnen laten plaatsvinden. Dan houdt je daar een deel differentiatie in omdat in die andere fasen de tijdsbesteding veel hoger ligt dan in een intake en in een directe chirurgische ingreep. Je probeert daar een keten op te bouwen die toch de nabijheid op die manier kan organiseren. Dat weegt praktisch toch het meest op mensen gedurende een veel langere periode. Dan stelt het vraagstuk van de nabijheid zich het scherpst.

Minister Jo Vandeuren: De vorige regering bestelde over de programmatie van behoefte aan ziekenhuiszorg een studie. Die wordt nu aan de universiteit van Delft gefinaliseerd. Men vroeg om met enige afstand ten opzichte van het Belgische en Vlaamse zorglandschap te onderzoeken of het mogelijk is een tool te ontwikkelen om de behoefte aan bepaalde vormen van gespecialiseerde zorg te evalueren. Wij verwachten daar binnen anderhalf tot twee maanden het resultaat van.

U vraagt naar de minimale spreiding en de minimale kwaliteit. Dit dossier zal de volgende periode niet het enige zijn waarin deze vraag naar de relatie tussen volume en kwaliteit rijst. Er zijn ook de radiotherapie, de hartcentra, enzovoort. Het beste is om te onderzoeken hoe je dat op een objectieve manier kunt doen. U vraagt of dat zorgprogramma kan worden gediversifieerd, of een functionaliteit in het ene ziekenhuis kan leiden tot een samenwerking met een meer gespecialiseerd centrum met een chirurgische activiteit. Diezelfde redenering is er nu met de hartcentra. Kun je de permanente aanwezigheid van de chirurgie ontkoppelen en volstaat een samenwerkingsverband? Dat zijn allemaal pertinente vragen. Ze moeten op een wetenschappelijke en een medisch onderbouwde manier worden beantwoord. Wij zijn daar strikt genomen niet de bevoegde overheid. Conceptueel is dat een bevoegdheid van een ander beleidsniveau.

Ik heb al vragen gesteld over de toekomst van de erkenningsnormen voor de pediatrie. Wij houden hier rekening mee. Mevrouw Jans heeft het over 2012. Ik heb het wat genuanceerd. Er zijn enkele type-overgangsbepalingen. De ene lopen af in 2010 en de andere in 2011. Als uit een simulatie zou blijken dat dit helemaal de verkeerde kant zou opgaan, dan moeten wij overleg plegen.

Mijnheer Van Malderen, u suggereert om soepel om te gaan met de erkenningsnormen. In theorie worden erkenningsnormen door iedereen op dezelfde manier geïnterpreteerd en toegepast. Anders ontstaat er een heel debat. U kent dat debat. Als we in de volgende periode in functie van de inspanningen van het agentschap op basis van de gegevens van 2009 zouden zien dat er problemen ontstaan, dan mag u ervan uitgaan dat wij op federaal niveau zullen vragen wat de intenties zijn voor de volgende jaren.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over online hulpverlening

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Momenteel bieden zeven Vlaamse organisaties online hulpverlening aan. Je kunt er via chat en via het internet communiceren met een hulpverlener of een vrijwilliger.

Het is een algemeen erkende trend, en het blijkt uit de jaarverslagen van deze organisaties, dat het aantal oproepen sterk blijft stijgen. In sommige gevallen is er een verdubbeling en zelfs een verdrievoudiging van het aantal contacten. De oorzaak hiervan wordt gelegd bij de laagdrempeligheid en de anonimiteit die men via dat medium nog meer dan via een telefoongesprek ervaart. Ik vond het een opvallend gegeven dat het om mensen gaat die je op een andere manier niet bereikt. Het gaat om een zeer specifieke doelgroep die niet via andere hulpverleningsvormen kan worden bereikt. Er bestaat dus echt een behoefte aan.

Voorts is het ook opvallend dat via de chat en online hulpverlening ernstige gevallen bij de hulpverlening terechtkomen. Dit is een vrij jonge vorm van hulpverlening. Enerzijds is die vorm van dienstverlening al goed gedocumenteerd. In de jaarverslagen vind je allerlei informatie terug over het profiel, de vragen en de duur van de contacten. Anderzijds is het volstrekt anoniem en kun je niet altijd weten of de persoon aan de andere kant van de pc is wie hij zegt te zijn. We hebben ook geen enkele informatie over hoe het staat met de doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg. Dat is zeer cruciaal bij dit soort hulpverlening en zeker de online hulpverlening.

In het Vlaams actieplan suïcidepreventie is een concreet doel opgesteld dat betrekking heeft op de online hulpverlening of telezorg. De uitbreiding hiervan is zelfs een van de vijf strategieën waarrond het Vlaamse actieplan is opgesteld.

Minister, is er, gezien de ernst van de gespreksonderwerpen tijdens het chatten, voldoende doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg? Hebt u hier zicht op of plant u initiatieven om hier een zicht op te krijgen? Is er, gezien de vooropgestelde anonimiteit, opvolging mogelijk bij de mensen die via de online zelfmoordlijn een hulpvraag hebben gesteld of die er ooit hebben gechat? Hoe betrouwbaar zijn de cijfers, daar de online hulpverlening gekend is en borg staat voor volstrekte anonimiteit en het, in tegenstelling tot een telefonische hulpvraag, veel moeilijker is om na te gaan of de identiteit van de hulpvrager wel klopt?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Ik wil me aansluiten bij deze vraag om uitleg, maar toch ook waarschuwen om niet te kritisch te zijn in dit dossier. Het is een vorm van hulpverlening

naast andere bestaande vormen van hulpverlening. Gelet op de sterkere informatisering van onze samenleving, gaat deze vorm van hulpverlening in stijgende lijn. Ik begrijp de bekommernissen van mevrouw Jans. Ze waarschuwt voor de anonimiteit, voor het profiel dat we niet kennen. De opvolging is dan natuurlijk heel moeilijk.

Ik vermoed dat het hoofdzakelijk jongeren zijn die gebruik maken van deze vorm van hulpverlening. Dat lijkt vanzelfsprekend omdat heel hun leefwereld rond internet en computers draait. Misschien is het net die gewaarborgde absolute anonimiteit die maakt dat ze de stap durven te zetten. Opvolging is niet mogelijk, dat beseft ik. Het is wel belangrijk dat de hulpverleners de nodige initiatieven nemen om de persoon met wie ze online communiceren, te wijzen op de verschillende vormen van hulpverlening, zoals de geestelijke gezondheidssector enzovoort. Ik wil toch niet te kritisch zijn over deze vorm van hulpverlening, integendeel.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is moeilijk de mate van doorverwijzing te kwalificeren. Het gaat immers om een passieve doorverwijzing, er is geen opvolging, tenzij de beller of chatter hiervoor zelf contact zoekt. Of de persoon ook echt de stap naar deskundige hulpverlening zet, is dus niet zeker.

In 2009 registreerde het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ) voor de chatters 49,8 percent en voor de bellers 47,1 percent doorverwijzingen. Dat de doorverwijzing via de chat hoger ligt, ondanks het feit dat dit door de laagdrempeligheid en anonimiteit moeilijker is, is waarschijnlijk te wijten aan de ernst van de problematiek.

Van de chatters die werden doorverwezen, werd het merendeel, 17 percent, doorverwezen naar het Jongeren Advies Centrum (JAC). Dat het JAC populair is bij doorverwijzing, heeft opnieuw te maken met de laagdrempeligheid. Jongeren kunnen ook hier anoniem contact opnemen, ook via chat, en worden dan voorzichtig toegeleid naar een afspraak in een centrum.

Er bestaan op dit moment initiatieven om meer actief te gaan verwijzen. In Nederland loopt op dit moment bijvoorbeeld het 113Online-project, dat onder andere de mogelijkheid biedt tot directe doorverwijzing binnen verschillende hulpverleningsinstanties. Dit project wordt opgevolgd en bekeken op zijn toepasbaarheid voor Vlaanderen.

Ik ben gaan kijken hoe bij Tele-Onthaal met het chatten wordt omgegaan. Er is een studie aan voorafgegaan over hoe je moet reageren, wat er kan gebeuren enzovoort. Dat wordt heel professioneel benaderd door degenen die met de online hulpverlening worden geconfronteerd.

Op dit moment kan opvolging alleen maar als ze zelf opnieuw contact opnemen en feedback over de doorverwijzing geven. Dit geldt zowel voor de telefonische als voor de online hulp. Er worden geen persoonlijke gegevens bijgehouden.

De laagdrempeligheid en anonimiteit zijn belangrijke factoren in deze vorm van hulpverlening. De hulpvraag staat, zowel bij telefoon als bij chat, steeds voorop. Het verzamelen van gebruikersgegevens is belangrijk, maar mag niet het doel van deze dienstverlening worden. Ik heb er overigens vertrouwen in dat de cijfers voldoende betrouwbaar zijn. Ten eerste blijkt dat de gebruikersgegevens van de hulpdiensten niet alleen in de tijd stabiel zijn, maar ook tussen diensten vergelijkbaar zijn wat gebruikers en onderzoeksgegevens betreft.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Het is zeker niet mijn bedoeling om te kritisch te zijn, wel om deze vorm van hulpverlening alle mogelijke ruimte te geven, juist doordat het zo succesvol is, niet alleen inzake het aantal oproepen, maar ook inzake doorverwijzing en opvolging. In de vorige legislatuur hebben we een dag georganiseerd rond jongeren en suïcide. Daar heeft Griekse Forceville van het Centrum ter Preventie van Zelfmoord, met twee vrijwilligers die dagelijks

de online hulpverlening verzorgen, een toelichting gegeven over hoe ze dat doen. Mij viel op dat het over gevormde mensen ging, die daar heel professioneel mee omgingen. Ik heb daarover dezelfde indruk en ervaring als u, minister.

Deze vorm van hulpverlening moeten we alle ruimte geven. Ik ben positief verrast dat het doorverwijzingscijfer, alvast bij het CPZ, hoger ligt bij chatters dan bij mensen die via de telefoon hulp zoeken. Dat lijkt een pluspunt, dat deze vorm van hulpverlening tegemoetkomt.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de samenwerking tussen Kind en Gezin en de Brusselse ziekenhuizen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Voorzitter, minister, collega's, de geboorte van een kind is altijd een heuglijke zaak. Het is echter belangrijk dat moeder en kind zowel prenataal als postnataal de beste zorgen krijgen.

In Brusselse ziekenhuizen hebben ouders bij de geboorte de keuze of ze al dan niet aansluiten bij Kind en Gezin (K&G) of bij de Franstalige tegenhanger Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE). Dat is, voor een tweetalige stad als Brussel, alvast een gezonde situatie. Maar hier blijken er problemen te zijn, want niet elk Brussels ziekenhuis heeft een partnerschap met Kind en Gezin. Er zijn ziekenhuizen in Brussel die uitsluitend met het ONE werken. In het UZ te Jette en in de verschillende campussen van de Europaziekenhuizen kun je als ouder wel bij Kind & Gezin terecht, in verschillende andere ziekenhuizen blijkbaar niet.

Als ik even naar de webstek van Kind en Gezin Vlaams-Brabant surf, dan zie ik dat in het merendeel van de Brusselse ziekenhuizen bijvoorbeeld geen infoavonden in samenwerking met Kind en Gezin worden georganiseerd. Dat is een heel ongezonde situatie. Vlaamse Brusselaars kunnen zo in enkele ziekenhuizen in hun stad niet kiezen om zich bij Kind en Gezin aan te sluiten, enkel en alleen omdat de directie van deze ziekenhuizen weigeren samen te werken met Kind en Gezin.

Dat is ontegensprekelijk in strijd met de bedoelingen die deze Vlaamse Regering heeft, namelijk de band tussen Vlaanderen en Brussel versterken. Een van de belangrijke facetten van deze band is dat de Vlamingen in Brussel voldoende toegang hebben tot Nederlandstalige gezondheidszorg. De situatie met Kind en Gezin in de Brusselse ziekenhuizen lijkt echter het tegendeel in de hand te werken.

Minister, wat is uw mening over deze situatie? Kunt u initiatieven nemen om Kind en Gezin toch te promoten bij Vlaamse gezinnen die bevallen in een van de ziekenhuizen waar geen samenwerking met Kind en Gezin is? Zult u uw collega voor Brussel en uw federale collega voor Sociale Zaken aanspreken?

De voorzitter: De heer Delva heeft het woord.

De heer Paul Delva: Voorzitter, minister, ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Jans, die een zeer terechte bekommernis uit. Zeker in de bicommunautaire en/of openbare ziekenhuizen is het voor Kind en Gezin zeer moeilijk om toegang te krijgen.

Ik wil er wel aan toevoegen dat men bij de laatste regeringsonderhandelingen in Brussel een passus in het regeerakkoord van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) heeft opgenomen. Ik citeer: "Om moeders en pasgeborenen een goede omkadering aan te bieden, zal het college er blijven op toezien dat het ONE en Kind en Gezin toegang hebben tot alle ziekenhuizen." Men is er zich echt van bewust en de GGC wil er werk van maken. De

bevoegde Nederlandstalige minister in Brussel is Brigitte Grouwels, en ik weet dat zij er ook werk van wil maken.

De vraag is des te prangender omdat Brussel voor een enorme bevolkingsexplosie staat. Het aantal kinderen dat we zullen kunnen verwelkomen, zal enorm toenemen. Tot nu toe wordt de bevolkingsexplosie in de eerste plaats gelinkt aan onderwijs, maar ze zal ook consequenties hebben op kinderopvang en arbeidsmarkt enzovoort.

Natuurlijk is, zoals mevrouw Jans zegt, de eerste doelgroep de Vlaamse Brusselaars. Ik zou het wel iets ruimer willen opentrekken naar alle Brusselaars die, wat ook de reden is, gebruik willen maken van de kwalitatief zeer goede zorgen die Kind en Gezin aanbiedt.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, de toegang tot het aanbod van Kind en Gezin is belangrijk in elk Brussels ziekenhuis, en hier wordt expliciet naar gestreefd. Aanwezigheid via kraambezoek in de ziekenhuizen, zoals onder meer in het UZ Brussel, in het Sint-Pietersziekenhuis, in de Iris Ziekenhuizen Zuid, in het Europaziekenhuis, in de Sint-Michiels-, Sint-Elisabeth- en Sint-Jansziekenhuizen, is een belangrijk instrument of een weg om deze toegang te realiseren, maar het is niet de enige.

Ook belangrijk zijn immers de afspraken met de Franstalige zusterorganisatie ONE, die in een aantal ziekenhuizen wel toegang heeft en met wie er afspraken zijn over het overmaken van geboortemeldingen aan Kind en Gezin, bijvoorbeeld in het Erasmusziekenhuis en het Brugmannziekenhuis.

Dit geldt uiteraard voor de geboorten van kinderen van ouders die in Vlaanderen wonen. Dit gebeurt ook voor de ouders die in Brussel wonen, Nederlandstalig of taalgemengd zijn of een link hebben met het Nederlandstalig netwerk via kinderopvang of onderwijs en op grond hiervan, bewust kiezen voor de dienstverlening van Kind en Gezin. Deze ouders en hun pasgeborenen worden actief door Kind en Gezin benaderd.

In een aantal ziekenhuizen is er noch kraambezoek van ONE, noch van Kind en Gezin. Kind en Gezin krijgt hier wel de geboorten door van ONE die ze verwerft via een administratieve procedure. Op deze manier wordt de toegang tot het aanbod wel, zij het niet optimaal, gerealiseerd.

Het doel is vooral dat we per ziekenhuis verzekerd zijn van de snelle ontvangst van de geboorten, zodat Kind en Gezin zelf actief de dienstverlening kan aanbieden. Uiteraard is aanwezigheid in het ziekenhuis een belangrijk, zo niet het meest optimale instrument, omdat dan heel snel een actief aanbod kan worden gedaan.

Er lopen momenteel concrete initiatieven om op een meer actieve wijze, dus via kraambezoeken in de ziekenhuizen zelf, de dienstverlening van Kind en Gezin te kunnen aanbieden. Zo zijn er thans stappen gezet of gepland om de ziekenhuizen waar Kind en Gezin kraambezoeken kan brengen, uit te breiden met onder meer het Universitair Verplegingscentrum Brugmann, Edith Cavell en het Sint-Anna-ziekenhuis.

Na de toestemming moet er wel nog worden afgestemd met het ONE voor operationele afspraken, om ten aanzien van de ouders geen verwarring of 'getouwtrek' te creëren, maar een bewuste en correcte keuze te kunnen maken. Op dat vlak zijn er initiatieven, bijvoorbeeld in Sint-Jan, waarbij het ziekenhuis een folder gebruikt die zowel het aanbod van het ONE als Kind en Gezin voorstelt. De afstemming en de verstandhouding met het ONE evolueert hierbij in gunstige zin. Deze acties en het groeien van de afstemming hebben echter tijd nodig. Het overleg met de directies, ook met de medische directie, is immers een noodzakelijke stap hiertoe, maar er is een positieve evolutie.

Deze benadering is wel de meest effectieve gebleken. Algemene promotiecampagnes ter bekendmaking van Kind en Gezin leveren minder resultaat op, en bovendien wil Kind en Gezin op gerichte wijze de beoogde doelgroep bereiken.

Ik zal Kind en Gezin vragen om mij periodiek een overzicht te bezorgen van de Brusselse ziekenhuizen waar zij wel en waar zij geen of onvoldoende respons of toegang krijgen. In functie van deze gegevens kan ik oordelen of een initiatief naar mijn federale collega Onkelinx nodig is. Sommige Brusselse ziekenhuizen, zoals de universitaire Saint-Luc-ziekenhuizen en het Erasmusziekenhuis, hebben evenwel een unicommunautair Franstalig statuut – zoals het UZ Brussel een unicommunautair Vlaams statuut heeft – zodat ook een contact met mijn Franstalige collega zich kan opdringen.

Ik heb dit onderwerp intussen besproken met mevrouw Grouwels, en ik zal het ook bespreken met minister Smet. Ik zal dus ook de periodieke rapportering van Kind en Gezin rapporteren.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik vind het al zeer goed dat de problematiek wordt erkend, zowel in Brussel als bij ons. Ik vind het ook goed dat er, naar mijn aanvoelen, voorzichtige stappen worden gezet. U zegt dat er concrete initiatieven zijn en dat de verstandhouding verbetert. Er is een positieve evolutie in het overleg met de directies, maar concrete resultaten blijven op dit moment nog uit.

U wilt eerst de periodieke evaluaties afwachten vooraleer u naar de federale minister stapt. Naar mijn aanvoelen hoeft u die periodieke evaluaties niet af te wachten, maar kunt u dat op dit moment al doen omdat de problematiek er toch nog steeds is.

Uw voorstellen zijn stappen in de goede richting, maar ik denk dat er toch een tandje bij mag worden gestoken.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Daniëlle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het elektronisch toezicht bij dementerende bejaarden in zorgcentra

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Daniëlle Godderis-T'Jonck: Voorzitter, minister, collega's, volgens informatie van de cel Vermiste Personen van de federale politie is er een stijgende trend merkbaar in de onrustwekkende verdwijningen bij 70-plussers. Soms dienen de grote middelen ingezet te worden om verwarde bejaarden die het rusthuis hebben verlaten, terug op te sporen. Deze ontsnappingen lopen zelden fataal af. Toch is er een paar maanden geleden in de streek van Oostende een vermiste demente dame na 3 dagen dood teruggevonden. Ik vind het altijd erg als zoiets gebeurt.

De politiediensten stellen daarom vragen bij de toegangsbeveiliging van zorgcentra. Daarom opperen vele bejaarden- en rusthuizen het idee om een vorm van elektronisch toezicht in te voeren bij hun bewoners om zo een grotere controle te kunnen verwerven over wie in en uit de gebouwen gaat. Deze controle zou worden toegepast door middel van het aanbrengen van een elektronische pols- of enkelband of een label dat in de kledij van dementerende bejaarden kan worden ingenaaid. Door middel van het installeren van een sensor bij de uitgang kan het personeel van het rusthuis gewaarschuwd worden als de bejaarde het rusthuis wil verlaten. In Nederland en Frankrijk zijn er rusthuizen die een systeem van elektronisch toezicht hebben ingevoerd of een proefproject lopende hebben. Volgens de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten blijft de hoge kostprijs voor de invoering van dit elektronisch toezicht echter een drempel voor veel zorgcentra.

Minister, hoe staat u tegenover het gebruik van elektronische hulpmiddelen door zorgcentra om de bewegingen van verwarde bejaarden na te gaan? Overweegt u een onderzoek in te

stellen naar de noodzaak aan elektronisch toezicht voor verwarde bejaarden in de Vlaamse zorgcentra? Zo ja, kunnen hier financiële stimuli aan worden verleend?

De heer Tom Dehaene: Ik heb een aantal bedenkingen. Ik betreur het dat u de term ‘ontsnappen’ gebruikt voor een woon- en zorgcentrum, hoewel sommige dementerenden er wel eens in slagen om weg te glippen.

Volgens mij leveren de woonzorgcentra al veel inspanningen om te vermijden dat dementerenden een ongeplande wandeling maken. Deze initiatieven van de woonzorgcentra staan nog los van de beveiliging van bepaalde afdelingen. Dwaalgangen en dergelijke worden in de infrastructuur opgenomen. Deze ingrepen zouden moeten voorkomen dat dementerenden op straat terechtkomen. Hier wordt in elk geval aan gewerkt. Volgens mij is het mogelijk het probleem in de woonzorgcentra in redelijke mate binnen de perken te houden. Dit betekent natuurlijk niet dat er geen incidenten zijn en er nooit dementerende bejaarden buiten raken.

Ik denk dat het probleem veel groter is met betrekking tot de dementerenden die nog thuis wonen. Ook wat de dementerenden in de woonzorgcentra betreft, zou ik pleiten voor het zoeken naar systemen die het comfort van de bejaarden zo veel mogelijk verhogen. Ik ben blij dat de gesloten afdelingen, de dwaalgangen en andere ingrepen ons van het fixeren van senioren hebben verlost. In de meeste rustoorden ligt die periode al ver achter ons. Dat is een goede zaak.

We kunnen de technologie aanwenden om de dementerenden, ook in een thuissituatie, meer comfort te bieden. Ik denk in dit verband aan een nieuwe generatie van het persoonlijk alarmeringssysteem, de zogenaamde PAS-toestellen. Indien we hier een gps-toestel in zouden kunnen verwerken, zouden we thuiswonende dementerenden die plots op het verkeerde pad terechtkomen, snel kunnen lokaliseren.

Indien we tot investeringen zouden overgaan, zouden we volgens mij vooral in de thuiszorg moeten investeren. Tegelijkertijd mogen we natuurlijk de aandacht voor de situatie in de woonzorgcentra niet verliezen.

Mevrouw Daniëlle Godderis-T’Jonck: Voorzitter, in feite hebt u in de plaats van de minister een antwoord op mijn vraag om uitleg gegeven.

De heer Tom Dehaene: Ik heb slechts enkele persoonlijke bemerkingen naar voren gebracht.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, ik zou hier graag nog een informatieve vraag aan toevoegen. Met betrekking tot de thuiszorg is het belangrijk bepaalde initiatieven te nemen. De risico’s zijn nog steeds groot. Ik heb op het terrein vastgesteld dat aan dementerenden die in een rusthuis of thuis verblijven, vaak een soort horloge wordt gegeven. In feite gaat het om een toestel dat alarm slaat als de betrokkene valt. Ze kunnen hier ook zelf op duwen indien ze, bijvoorbeeld, denken een hartprobleem te hebben. Bestaat er een mogelijkheid beide systemen te combineren? Ik heb iets gezien dat er zeer ingenieus uitziet. Ik ben echter geen technicus. Ik ken niets van de technische kant van de zaak. Aangezien er toch al behoorlijk wordt geïnvesteerd, lijkt het me evenwel nuttig na te gaan of een dergelijke combinatie mogelijk is.

Mevrouw Daniëlle Godderis-T’Jonck: Dat schijnt vrij duur te zijn. Dat systeem zou 6000 euro kosten.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, als minister bevoegd voor de residentiële ouderenzorg heb ik de recente persberichten over de problematiek van het toezicht op dementerende bewoners van woonzorgcentra met aandacht doorgenomen.

Wie in zijn familie of in zijn nabije omgeving met dementie wordt geconfronteerd, weet hoe moeilijk het is hiermee om te gaan. Als de keuze is gemaakt de dementerende persoon in een woonzorgcentrum te laten opnemen, wordt ook vaak verwacht dat alle mogelijke bescher-

mende maatregelen tegen weglooptgedrag worden genomen. Ik denk dat we ons allemaal realiseren dat de omgang met de dementieproblematiek, die volgens de prognoses tegen 2020 in omvang zou verdubbelen, nog veel denkwerk zal vergen.

De voorzitter heeft terecht verwezen naar correcte manieren om hier in de thuiszorgsituatie op te reageren. We moeten nog heel wat denkwerk verrichten. Wat kan er nog gebeuren? Tot hoe ver maakt de draagkracht van de omgeving van het verblijf van de betrokkene mogelijk?

Ook in de woonzorgcentra is dit een zeer bekend en vertrouwd thema geworden. Dementie is zeker iets waarmee onze woonzorgcentra elke dag worden geconfronteerd.

De manieren waarop het toezicht op de dementerende bewoners van woonzorgcentra wordt verzorgd, zijn zeer divers. Elke voorziening beschikt al dan niet over een specifiek beleid om de veiligheid van de bewoners, in de ruime zin van het woord, te waarborgen. Sommige woonzorgcentra hanteren de zogenaamde 'code 500'. Zodra een bewoner vermist wordt, verschijnt zijn foto op het intranet van de voorziening. Hierdoor wordt elk personeelslid onmiddellijk van de verdwijning op de hoogte gebracht.

Een andere mogelijkheid is een systeem waarbij een chip in de kledij wordt aangebracht. Hierdoor wordt de vrijheid van de bewoner tot op zekere hoogte beperkt. Als de bewoner een bepaalde grens overschrijdt, wordt bij het personeel van de voorziening een signaal geactiveerd. Ook op infrastructureel vlak kunnen de voorzieningen maatregelen treffen. Zo kan in de afdeling voor dementerenden in afgesloten dwaalgangen of in een afgesloten binnentuin worden voorzien.

Met betrekking tot dergelijke maatregelen is het ethisch vraagstuk van groot belang. Ik heb de installatie van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek meegemaakt. Een van de voorbeelden die ik toen heb aangehaald, betreft de manier waarop de vergrijzende samenleving ons met nieuwe ethische vraagstukken zal confronteren. Ik vind deze problematiek voldoende belangrijk om het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek en ons kenniscentrum te vragen op basis van ethische reflecties een kader te creëren waarop de woonzorgcentra en de overheid zich tijdens het nadenken over eventuele initiatieven kunnen baseren. De maatregelen moeten in een ruimer concept inzake levenskwaliteit en zorgkwaliteit passen.

De zorg voor en de begeleiding van ouderen is in sterke mate individueel bepaald. Net om die redenen moet de toepassing van maatregelen steeds in ruimer overleg plaatsvinden. Dit overleg moet in eerste instantie met de bewoner, met zijn familie en met de medewerkers van de voorziening worden gevoerd. Het is hierbij steeds belangrijk de motieven voor het weglooptgedrag in vraag te stellen. De beslissingen over vrijheidsbeperkende maatregelen moeten continu worden geëvalueerd door de medewerkers.

Wat de specifieke vraag over onderzoek naar de noodzaak van elektronisch toezicht betreft, kan ik melden dat in het licht van deze specifieke problematiek een samenwerking tussen het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen, de regionale expertisecentra in Antwerpen en Kortrijk en de cel Vermiste Personen van de federale politie bestaat.

Als goed praktijkvoorbeeld en resultaat van samenwerking verwijs ik naar de politiezone HEKLA, die de gemeenten Hove, Edegem, Kontich, Lier en Aartselaar omvat. In deze zone werken alle betrokken partners, zowel binnen de residentiële zorg als binnen de thuiszorg, samen met familieleden en politiediensten om een procedure uit te werken. Binnen het half uur na de verdwijning van een persoon met dementie verschijnt het signalement van de vermiste op alle computers van alle medewerkers van deze politiezone en start de procedure. De training van de politiediensten in de omgang met personen met dementie vormt hierbij een belangrijke factor.

Op basis van de opgebouwde expertise wordt aan een handboek voor alle zorginstellingen in Vlaanderen gewerkt. De informatie en de sensibilisering van de zorgsector blijft immers een cruciale factor.

Wat het financieel aspect van de organisatie van het toezicht op dementerenden betreft, wordt met betrekking tot alle bouwdoSSIers die met behulp van een subsidie van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) tot stand komen, voldoende aandacht geschonken aan de beveiliging van de voorziening. In de praktijk gaat het dan vooral om de creatie van een gesloten afdeling voor dementerenden binnen de voorziening, om de beveiliging van ramen en deuren, om de toegangscontrole aan de centrale ingang enzovoorts. In die zin worden veiligheidsmaatregelen mee door het VIPA gefinancierd.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Daniëlle Godderis-T'Jonck: Ik dank de minister voor zijn uiteenzetting. Ik hoop dat hij eens contact met de bejaardentehuizen zelf zal opnemen. Ik weet dat die mensen in mijn streek nog niet zijn geëquipeerd om dementerende bejaarden op te nemen. In de grootsteden is dit misschien wel het geval. Financieel kunnen die rusthuizen dit niet aan. Misschien moet de minister een controle verrichten en nagaan welke specifieke bejaardentehuizen dementerende bejaarden kunnen verzorgen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, het is verre van de bedoeling u hier te corrigeren. U hebt daarnet evenwel verwezen naar de speech die u naar aanleiding van de installatie van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek hebt gegeven. U hebt toen onder meer verwezen naar de ethische normen met betrekking tot de vergrijzing. Indien ik me niet vergis, was u vorige week ook aanwezig. Het probleem beperkt zich niet langer tot de vergrijzing. Ik moet zeggen dat ik vorige week geschrokken ben toen ik over de stijging hoorde. We mogen dit probleem dus niet verenigen.

Mevrouw Daniëlle Godderis-T'Jonck: Er is ook maar één instelling, in Oost-Vlaanderen, De Zandkorrel in Eeklo, voor jong dementerenden.

Minister Jo Vandeurzen: Jong dementerenden vormen een heel specifieke groep.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rol van de CLB-arts bij de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Voorzitter, minister, een tijdje geleden las ik in de krant – en daar was ik heel tevreden over – dat u in september wilt starten in de scholen met de algemene vaccinatie van 12-jarige meisjes tegen baarmoederhalskanker. Op die manier en vooral op die leeftijd is een vaccinatie zeer effectief, omdat meisjes op die leeftijd normaal gezien de eerste seksuele contacten hebben. In die zin is het volgens ons zeker geen overbodige luxe om bij de start van dit project ook de leeftijdscategorie 12 tot 15 jaar mee te nemen.

De beslissing tot vaccinatie is een goede beslissing van de Vlaamse Regering, nadat de asymmetrische vaccinatie meer dan 2 jaar werd tegengehouden door federaal minister Onkelinx en minister Fonck van de Franse Gemeenschap. Dat er nu zo'n asymmetrische vaccinatie komt, is zeker een pluim die de Vlaamse Regering op haar hoed mag steken.

Nu de beslissing over het vaccineren van de 12-jarige meisjes is genomen, is het ook goed om de zaak zo goed en zo compleet mogelijk te maken. Het gaat immers niet alleen om de vaccinatie an sich, er komen wel meer zaken bij kijken. Uiteraard is er een sleutelrol weggelegd voor de CLB-arts. Hij heeft hier mijns inziens niet enkel de taak om de prik toe te dienen, de vaccinatie is ook het ideale moment om het ingeënte meisje op het hart te drukken

dat het vanaf het moment van de eerste seksuele betrekking nog steeds nodig is om minimaal om de 3 jaar een uitstrijkje van de baarmoederhals te laten uitvoeren. Tevens is zo'n inenting tegen baarmoederhalskanker het uitgelezen moment om voor de eerste keer te spreken over anticonceptie en over het gevaar van seksueel overdraagbare aandoeningen.

De omstandigheden en de tijdsdruk waaronder zo'n CLB-arts moet werken, laten dit waarschijnlijk niet toe. Het zal u niet verbazen dat de N-VA, gezien onze initiatieven in het verleden, ook hier een rol weggelegd ziet voor de huisarts, een heel belangrijke rol. De CLB-arts zou de meisjes voor deze zaken kunnen doorverwijzen naar een vertrouwenspersoon: de huisarts. Op die manier versterken we de rol van de huisarts als spil van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit zou moeten leiden tot een samenwerking tussen de CLB-arts die de aanzet geeft, en de huisarts die verder uitdiept.

Minister, in dit kader heb ik ook een aantal vragen. Bent u het ermee eens dat de vaccinatie tegen baarmoederhalskanker het ideale moment is om het meisje in te lichten over het uitstrijkje, over seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's) en over anticonceptie? Bent u het ermee eens dat een valorisatie van de CLB-arts nodig is zodat die een aanzet kan geven tot sensibilisatie van de gevaccineerde? Ziet u hier een kans om de medische poot van het CLB te versterken?

Bent u bereid om aan te sturen op een contact tussen huisartsen en CLB-artsen, om een ideale wisselwerking tussen hen te bereiken? Bent u bereid om te overwegen om de doelpopulatie eenmalig uit te breiden tot de 15-jarige meisjes? Ziet u hier mogelijkheden toe?

De voorzitter: Mevrouw Helsen heeft het woord.

Mevrouw Kathleen Helsen: Voorzitter, ik zou me graag aansluiten bij deze vraagstelling en nog een paar bijkomende vragen aan de minister stellen. Ik wil de vaccinatie in geen enkel geval in vraag stellen. Het is heel positief dat die kan gebeuren. Dit heeft te maken met een thema dat ook binnen de commissie Onderwijs al aan bod is gekomen en dat ook de volgende jaren nog op de agenda zal komen als ik zie wat er in het regeerakkoord en in de beleidsnota Onderwijs werden opgenomen. We zijn vragende partij om meer duidelijkheid te krijgen over wie welke opdracht kan krijgen als het gaat om de begeleiding van leerlingen.

Minister, hier gaat het over het begeleiden van leerlingen inzake gezondheid en preventieve gezondheidszorg. Het is belangrijk om hier een eerste oefening te maken. Ik ben benieuwd naar uw antwoord, minister. Wie krijgt welke rol? Welke rol krijgen de huisartsen?

Ik heb nog een bijkomende vraag. Welke rol spelen de scholen zelf? Ze kunnen taken op zich nemen. Ik heb gelezen dat scholen de bereidheid hebben getoond om mee te werken aan dit project. De vraag is natuurlijk wat ze precies gaan doen. Uit de titel van het artikel kan ik dat niet afleiden. Er stond in dat scholen gaan vaccineren. Dat is zeer moeilijk. Ze beschikken niet over het geschikte personeel, tenzij dat zou veranderen. Ik denk dat de school een rol kan spelen, zeker inzake informatie. Mevrouw Jans zegt terecht dat de CLB-arts en de hele equipe geen tijd over hebben om nieuwe taken op te nemen. Daarom is het wenselijk om na te gaan wat de school kan opnemen, en wat de specifieke taak blijft van het CLB. De onderwijssector stelt als probleem dat de medische discipline binnen de CLB's te weinig ruimte heeft om de taak die het nieuwe decreet oplegt, waar te maken. De medische discipline kan haar rol onvoldoende spelen door de medische consulten die ze moet uitvoeren. Dat is een boeiend debat dat we in de volgende jaren kunnen voeren.

Is er al overleg geweest met alle CLB's en onderwijskoepels over die taakverdeling?

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Voorzitter, uiteraard staan wij helemaal achter de maximale toediening van het vaccin tegen baarmoederhalskanker. In de meeste gevallen zal dat door het CLB gebeuren. Ik wens te benadrukken dat dat geen verplichting kan zijn, er zijn nog andere mogelijkheden.

Ik vrees dat de CLB-arts binnen het kader van zijn of haar opdracht nooit de tijd zal hebben om elk meisje individueel voor te lichten over seksueel overdraagbare aandoeningen, over anticonceptie en over het uitstrijkje. Ik vrees ook dat 12 jaar heel vroeg is. Ik vraag me af wat er van de boodschap zal blijven hangen.

Ik heb het hier al verschillende keren gezegd over de afgelopen jaren: ik stel in de realiteit vast dat ook geschoolde, verstandige, wijze mensen over weinig medische kennis beschikken. Het lijkt me een opdracht voor het onderwijs om een pakket medische voorlichting te geven waarin deze thema's aan bod kunnen komen.

Ik denk dat het wellicht de taak is van de huisarts om die voorlichting individueel maximaal aan te bieden.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het spreekt voor zich dat vaccinatie tegen het humaan papillomavirus of HPV, de verwekker van baarmoederhalskanker, een belangrijke gelegenheid is om met meisjes te spreken over het blijvend belang van uitstrijkjes als andere component in de preventie van baarmoederhalskanker. Dit staat trouwens ook in het wetenschappelijke advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) over de vaccinatie tegen HPV. Dit geldt eigenlijk voor alle vaccinatoren.

Er moet ook op gewezen worden dat het vaccin geen 100 percent bescherming biedt tegen baarmoederhalskanker, maar enkel tegen een aantal types die de meerderheid van de kankers kunnen veroorzaken. Het nemen van uitstrijkjes moet ook gebeuren volgens de actueel geldende consensus, dus niet vanaf het eerste seksueel contact maar systematisch binnen de aanbevolen leeftijdsgroep en met de aanbevolen frequentie. Momenteel gaat het hierbij om vrouwen van 25 tot en met 64 jaar.

Daarnaast kunnen natuurlijk ook een aantal andere aspecten aan bod komen die met seksualiteit te maken hebben, zoals seksueel overdraagbare infecties (SOI) en hoe ze te voorkomen, anticonceptie enzovoort. Het lijkt me het meest zinvol om dit niet enkel individueel te bespreken met de te vaccineren meisjes, maar ook systematisch aan te pakken voor de gehele leeftijdsgroep, inclusief de jongens, en met name binnen de lespakketten op school.

Natuurlijk spelen de CLB's hierbij een belangrijke rol, maar ook de onderwijsinstellingen op zich en meerdere andere actoren hebben een grote rol in de sensibilisering. Op dit ogenblik zijn de gesprekken aan de gang. Ik heb nog geen uitgesproken praktisch model. We zijn het er wel over eens dat verscheidene actoren daarin een rol spelen. Het overleg over de modaliteiten is aan de gang.

De CLB-arts of CLB-verpleegkundige kunnen individueel met leerlingen spreken. Afhankelijk van de eigen keuzes van de onderwijsinstelling en de CLB's kunnen dezelfde mensen of leerkrachten of externe organisaties ook zorgen voor een klassikale aanpak binnen een programma van relationele vorming. De door u aangeraakte elementen zitten immers verweven in de vakoverschrijdende eindtermen van het secundair onderwijs en met name binnen de contexten 'lichamelijke gezondheid en veiligheid', 'mentale gezondheid' en 'sociorelationele ontwikkeling'.

Ten slotte spelen ook andere vaccinatoren, waaronder de huisartsen, een belangrijke rol in deze sensibilisering.

De organisatie van de CLB's en de opdeling tussen de deelaspecten vallen eigenlijk onder de bevoegdheid van mijn collega van Onderwijs. Traditioneel spelen de CLB's een belangrijke rol in de preventieve gezondheidszorg in het algemeen en in het vaccinatiebeleid van de schoolgaande jeugd in het bijzonder. Dat heeft te maken met de ontstaansgeschiedenis van de CLB's. Wij zullen voor deze opdrachten vanuit Volksgezondheid uiteraard uitdrukkelijk appel blijven doen.

Het is duidelijk dat zowel huisartsen als CLB-artsen een belangrijke rol hebben bij deze vaccinatie en bij al wat erbij komt kijken, elk vanuit hun eigen invalshoek. Alle vaccinatoren, inclusief CLB's en huisartsen, zijn vertegenwoordigd in de Vlaamse Vaccinatiekoepel. In die zin is er dus al samenspraak tussen de betrokken actoren. Bovendien hebben ook CLB-artsen en huisartsen zitting in de werkgroep 'Preventie' die de conferentie van eerstelijnsgezondheidszorg van 11 december 2010 voorbereidt, zodat alle kansen aanwezig zijn om de wisselwerking nog meer te optimaliseren.

Momenteel wordt de vaccinatie tegen HPV gedeeltelijk terugbetaald door het RIZIV. In de beginperiode was dit voor meisjes van 12 tot en met 15 jaar. Dat werd ondertussen uitgebreid tot 18 jaar. Nochtans stelt het advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) enkel voor om de systematische vaccinatie via een vaccinatieprogramma aan te bieden voor één cohorte meisjes op de leeftijd van 12 jaar. Dit is voor Vlaanderen vertaald naar het eerste jaar secundair onderwijs. Op dat moment heeft men de grootste kans om een zeer hoog percentage meisjes te bereiken dat nog niet seksueel actief is.

Ik wil het vaccinatiebeleid in Vlaanderen zo goed mogelijk wetenschappelijk onderbouwen, en ik wil dan ook zo goed mogelijk het advies van de HGR hierover volgen. Dit betekent echter niet dat het zinloos zou zijn dat wat oudere meisjes zich laten vaccineren. Afhankelijk van hun situatie dient de arts dat individueel te bekijken. Hierbij staat de rol van de huisarts centraal. Deze vaccinaties staan echter los van de systematische vaccinatie binnen het vaccinatieprogramma waar zowel CLB's als huisartsen bij betrokken zijn. Voor de wat oudere meisjes bestaat de mogelijkheid zich te laten vaccineren met vaccins aangekocht in de apotheek met gedeeltelijke terugbetaling door het RIZIV. Er zijn onvoldoende wetenschappelijke argumenten om via het vaccinatieprogramma de vaccins systematisch gratis ter beschikking te stellen van deze doelgroep. Daarnaast zou dit ook stuiten op ernstige organisatorische problemen bij de CLB's. Uitbreiding naar deze doelgroep zou ook zware financiële implicaties hebben voor de begroting van de Vlaamse overheid.

Omwille van deze drie aspecten, en in de eerste plaats het wetenschappelijke, opteer ik ervoor om deze vaccins enkel gratis ter beschikking te stellen voor de cohorte meisjes van het eerste jaar secundair onderwijs.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans: Minister, dank u voor uw zeer duidelijke antwoord. Ik vind het belangrijk dat u er vanuit Volksgezondheid de nadruk op legt dat de CLB's een belangrijke rol spelen en moeten blijven spelen en dat die rol eventueel moet worden uitgebreid. Ik wil de commissie vragen dat wij van die wisselwerking – u spreekt over de Vaccinatiekoepel en over het overleg tussen huisartsen en CLB's – op de hoogte kunnen blijven.

De voorzitter: Mevrouw Helsen heeft het woord.

Mevrouw Kathleen Helsen: Minister, u zegt dat u bezig bent met het volledig in kaart brengen van wie wat precies zal doen en wat we mogen verwachten van alle partners. Wanneer denkt u met die ronde klaar te zijn zodat wij daar een zicht op hebben? Op 1 september moet dat kunnen worden uitgevoerd.

Minister Jo Vandeurzen: We zitten in een aanbestedingsprocedure. Wij moeten voor de grote vakantie de violen gelijkgesteld hebben.

Mevrouw Kathleen Helsen: Vanuit Onderwijs bekeken is dit nodig. Als het gaat over het informatieve luik, is het belangrijk voor de CLB's om te weten of hun scholen het al dan niet zullen opnemen. Of moeten de CLB's het doen? Wordt dat beschouwd als een verplichte opdracht? Wij moeten die zaken voor 1 juli klaar hebben zodat iedereen weet waar hij voor staat en zich kan voorbereiden op het nieuwe schooljaar.

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Minister, hebben de mensen die hun kinderen liever niet via het CLB laten vaccineren de mogelijkheid om dat vaccin gratis te bestellen via Vaccinnet voor de huisarts, zoals dat met de andere vaccins het geval is?

Minister Jo Vandeurzen: Het orakel van het kabinet zegt dat dat zo zal zijn.

De heer Erik Tack: Bent u familie van Delphi? Anders kom ik volgende week bij u voor de lottocijfers.

Minister Jo Vandeurzen: Het is wel juist dat wij ervoor moeten zorgen dat dit niet chaotisch verloopt. Ik zal ervoor zorgen dat we voor de grote vakantie een stand van zaken kunnen opmaken en dat dit helder is.

De heer Erik Tack: Gaat de aanbesteding tussen die twee firma's die elk een vaccin hebben? Zijn ze evenwaardig?

Minister Jo Vandeurzen: Het is een aanbesteding. Ik kan daar nu geen uitspraken over doen. Ik ben al blij dat er twee zijn, dokter.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■