



Vlaams
Parlement

vergadering **C257 – WEL20**
zittingsjaar 2010-2011

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en
Armoedebeleid

van 31 mei 2011

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de psychische kwetsbaarheid van OCMW-cliënten - 2268 (2010-2011)	3
Vraag om uitleg van de heer Peter Gysbrechts tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het opportuniteitsadvies voor nieuwe vestigingen voor kinderopvang - 2055 (2010-2011)	5
Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het rookbeleid - 2212 (2010-2011)	9
Vraag om uitleg van mevrouw Else De Wachter tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toename van het gebruik van stimulerende middelen bij studenten - 2241 (2010-2011)	14

■

Voorzitter: de heer Tom Dehaene

Vraag om uitleg van mevrouw Cindy Franssen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de psychische kwetsbaarheid van OCMW-cliënten

- 2268 (2010-2011)

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Mevrouw Cindy Franssen: Voorzitter, minister, collega's, uit een onderzoek van Kwetsbaarheid Aanpakken in de Samenleving (KANS) van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin blijkt dat bijna zeven op de tien OCMW-cliënten zich niet goed in hun vel voelen. Depressie komt ook meer voor als een cliënt een betalingsachterstand heeft of vreest niet rond te komen. Dit lezen we in Lokaal, het magazine van de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSJ). KANS onderzocht de behoefte aan zorg en de zorgtrajecten van volwassenen in een financieel kwetsbare positie en/of met gevoelens van onwelbevinden die gebruik maken van het aanbod van onder meer CAW's en OCMW's. Ook de kwaliteit van het hulpaanbod voor mensen met depressieklachten in deze voorzieningen werd onderzocht.

Dit zijn de cijfers. Bij de geselecteerde OCMW-cliënten ervaart bijna 70 procent psychisch onwelbevinden. Meer dan de helft van de OCMW-cliënten met psychisch onwelbevinden vertoont klachten die typerend zijn voor een depressie, zoals moedeloosheid en een onvermogen nog te kunnen genieten. Bijna de helft van de ondervraagden vertoont ook lichamelijke of cognitieve klachten die gepaard gaan met depressie, zoals een gebrek aan eetlust of slaapproblemen. Een ander frappant gegeven uit het onderzoek is de relatie met zelfdoding: meer dan een derde heeft al een zelfmoordpoging ondernomen. Verder blijkt uit het onderzoek dat een op drie gebruikers van OCMW-diensten zich minderwaardig voelt of zich schaamt dat hij of zij naar het OCMW moet. Het taboe bestaat dus nog altijd.

Minister, u hebt bijzondere aandacht voor de psychische kwetsbaarheid van kansarmen, ook bij de ontwikkeling van diverse beleidsinitiatieven: in de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, in de toekomstplannen voor de eerstelijnszorg, bij de hervorming van de CAW's, ... Graag had ik daarom van u het volgende vernomen met betrekking tot de psychische kwetsbaarheid van OCMW-cliënten.

Een: op welke manier houdt u in uw beleid rekening met de aanbevelingen van het onderzoek van KANS? Werden er specifieke initiatieven genomen inzake het probleem van het psychisch welbevinden versus het psychisch onwelbevinden? Twee: in het kader van het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding werkt u aan een verdieping van de werking van de wijkgezondheidscentra, onder meer op het vlak van geestelijke gezondheidszorg. Kunt u hierover een stand van zaken schetsen? Drie: in het kader van de conferentie over eerstelijnsgezondheidszorg ging de nodige aandacht uit naar de uitbouw van een psychologische functie op de eerstelijnszorg. Kunt u toelichten op welke manier aan dit luik van de conferentie opvolging werd gegeven?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, collega's, ik sluit me aan bij wat mevrouw Franssen heeft gezegd. Dit probleem is niet nieuw, al ken ik de cijfers niet. In de vorige legislatuur is dat probleem regelmatig onder de aandacht gebracht en zijn ook initiatieven aangekondigd om inspanningen te leveren ter bevordering van de geestelijke gezondheidszorg in al zijn aspecten. Wij moeten evenwel vaststellen dat er op het terrein niets of weinig is gebeurd. U hebt initiatieven aangekondigd. Ik durf u daarom te vragen om een tandje bij te steken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, armoede tast het algemeen psychologisch welbevinden aan, en zorgt voor stress, voeding voor crisissen en depressies. De toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor mensen in armoede is een blijvende zorg. Om de zorgtoegankelijkheid te vergroten, moeten de financiële drempels worden verlaagd en moet er kennisoverdracht plaatsvinden. In mijn beleidsplan over geestelijke gezondheidszorg heb ik dan ook expliciet aandacht voor outreaching naar mensen in armoede.

Outreaching is in de beginfase van de behandeling aangewezen. Dit moet de toegankelijkheid naar de tweede en derde lijn voor armen met ernstige psychische of psychiatrische problemen verbeteren. Het aanbod psychotherapie – met aandacht voor het specifieke karakter van de hulpverlening – moet ook voor mensen in armoede in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg) en in de psychiatrische ziekenhuizen beschikbaar zijn, zodat ook zij de zorg krijgen die ze nodig hebben.

In het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding 2010-2014 spoort de Vlaamse overheid onder meer de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de centra algemeen welzijnswerk (CAW) en de wijkgezondheidscentra aan om een brug te slaan tussen de geestelijke gezondheidszorg en mensen in armoede. Dit kan via outreaching naar verenigingen waar armen het woord nemen, in samenwerking met ervaringsdeskundigen. In de nabije toekomst is het belangrijk dat de verenigingen waar armen het woord nemen, de centra voor geestelijke gezondheidszorg en de centra algemeen welzijnswerk onderzoeken hoe ze elkaar kunnen vinden.

Alle initiatieven die momenteel worden genomen in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg steunen op de aanbevelingen en de beleidsintenties die door de conferentie over eerstelijnsgezondheidszorg zijn geformuleerd. Ik heb nog geen stappen ondernomen om initiatieven te puren uit de aanbevelingen in het onderzoek van KANS. Ik zal onderzoeken in welke mate deze aanbevelingen kunnen passen in de aanbevelingen van de conferentie over eerstelijnsgezondheidszorg en daar gepaste maatregelen aan koppelen.

De wijkgezondheidscentra hebben een belangrijke functie in de eerstelijnsgezondheidszorg inzake kansarmoede. Het is onze intentie om deze wijkgezondheidscentra te versterken door ze een erkenning te geven. Deze erkenning zal passen in een besluit van de Vlaamse Regering dat uitvoering zal geven aan artikel 7 van het decreet van 3 maart 2004 betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg en de samenwerking tussen de zorgaanbieders. Concreet geeft dit artikel 7 de ruimte om samenwerkingsverbanden op het niveau van de praktijkvoering te erkennen en te subsidiëren. In 2011 worden de voorbereidingen getroffen voor de uitwerking van een uitvoeringsbesluit rond dit artikel 7. Specifieke erkenningscriteria voor de wijkgezondheidscentra zullen hier hun plaats in vinden.

In de loop van 2011 en 2012 zal worden onderzocht binnen welke organisatie deze psychologische eerstelijnsfunctie het best tot zijn recht kan komen. Hiervoor zal gewerkt worden via projecten. Ook de wijkgezondheidscentra vormen een mogelijke kandidaat voor deze projecten.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Mevrouw Cindy Franssen: Minister, ik dank u voor uw kort maar duidelijk antwoord. De binnenkant van armoede, de psychologische aspecten ervan, zijn de moeilijkste component van alle deelaspecten die met armoede te maken hebben. U verwees ook naar de kennisoverdracht binnen de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Ook daar is zeker nog werk nodig om die kennis over armoede bij de zorgverstrekkers zelf te brengen. Daar wringt vaak het schoentje. Men benadert mensen in armoede vaak pathologisch en veel te weinig vanuit de complexiteit van armoede zelf.

Ik begrijp dat het uw bedoeling is om dit mee te nemen in het hele verhaal. Ik wil u bedanken dat u de aanbevelingen van KANS meeneemt in het verhaal van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van de heer Peter Gysbrechts tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het opportuniteitsadvies voor nieuwe vestigingen voor kinderopvang - 2055 (2010-2011)

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Buitenschoolse opvang is zowel voor de Vlaamse overheid als voor de gemeenten een speerpunt in het ontwikkelen van een sterk gezinsbeleid. Het is geen geheim dat de buitenschoolse opvang een grote impact heeft op het dagelijkse leven van ouders en kinderen. Ondanks de beperkte middelen proberen gemeentebesturen tegemoet te komen aan die essentiële behoefte door nieuwe locaties voor kinderopvang te realiseren of bestaande locaties om te bouwen of te renoveren. Als een gemeente een dergelijk avontuur – want dat is het wel degelijk – start, moet ze weten waar ze aan begint. Als een particulier start met de bouw van zijn huis, kent hij op voorhand de regels en vergunningen waar hij zich aan dient te houden. Voor een overheidsgebouw werkt dat niet anders.

Maar, collega's, voor een kinderopvangvoorziening is het dat blijkbaar wel. Uit navraag blijkt met de aanbouw of renovatie van nieuwe locaties voor kinderopvang toch wel een en ander problematisch te verlopen. Zo blijkt in de praktijk dat de visie en de interpretatie van het decreet door het opportuniteitsadvies van Kind en Gezin niet overeenstemmen met wat Zorginspectie voorschrijft en eist van de nieuwe locaties.

Ik kan dit illustreren aan de hand van een praktisch voorbeeld. Kind en Gezin doet in zijn opportuniteitsadvies geen uitspraak over het feit dat twee ruimtes niet afgesloten worden met een deur. De redenering van de verantwoordelijke die de bouw van de locatie coördineert, is doodeenvoudig: deuren in ruimtes waar kinderen spelen, zijn in de praktijk onderdeel van de meest voorkomende ongevallen in een kinderopvang. Zorginspectie denkt er dan weer anders over. Volgens haar moet er een afscherming zijn tussen de twee verschillende ruimtes, ook al is dit geen vereiste vanuit het decreet. De verantwoordelijke van de gemeente stapt dan naar de dossierbeheerder bij Kind en Gezin. Die maakt duidelijk dat, wat hem betreft, een deur niet noodzakelijk is en adviseert om contact op te nemen met de plandeskundige. De plandeskundige is dan weer van mening dat er wel degelijk een deur moet komen om aan te tonen dat men voldoet aan de regel die zegt dat er twee ruimtes moeten zijn. Dit soort gesprekken waarbij men van het kastje naar de muur wordt gestuurd, zijn dagelijkse kost bij de bouw van een nieuw opvanginitiatief. De gemeente investeert honderdduizenden euro's in een nieuw gebouw, met het risico te eindigen met een afgekeurd dossier en een resem extra kosten die als meerwerken moeten worden uitgevoerd en bijgevolg de gemeente handenvol geld kost. Dat staat dan nog los van het advies van de brandweer, die zich op zijn beurt niet kan vinden in bepaalde adviezen van Kind en Gezin en Zorginspectie.

Minister, collega's, dit voorbeeld is slechts een dossier uit een lange reeks van andere voorbeelden in verschillende Vlaamse gemeenten. Waarom is het onmogelijk om plandeskundige, dossierbeheerder, Zorginspectie en brandweer op één lijn te krijgen met betrekking tot het realiseren van een locatie voor buitenschoolse opvang? Hoe komt het dat deze diensten als een vicieuze cirkel naar elkaar doorverwijzen met betrekking tot bepaalde knelpunten? Hoe komt het dat deze knelpunten in meerdere dossiers terugkomen? Het gaat hier zelden om nieuwe feiten, maar heel vaak om gekende problemen, waarbij elke dienst ooit al geconfronteerd werd met een onverzoenbare oplossing van de collega's binnen de andere dienst.

Er bestaat een procedure waarbij men digitaal klacht kan indienen bij Kind en Gezin om dergelijke problemen aan te kaarten. Maar men kan best niet wachten met de bouwwerken,

aangezien een antwoord op de klacht wel eens een jaar op zich kan laten wachten, zonder ook maar een keer de betrokken dienst of persoon te horen in dit dossier. Zo kreeg een brief die op 1 maart 2009 verstuurd werd, na een herinneringsbrief op 11 december een antwoord op 25 februari 2010. Een snelle behandeling van klachten lijkt me toch een ingeburgerd principe bij administraties en overheidsdiensten. Ik neem aan dat dit ook voor Kind en Gezin moet gelden.

Ik ben ervan overtuigd dat iedere dienst vanuit zijn perspectief het beste advies wil brengen in het kader van de veiligheid van het kind. Maar het is aan Kind en Gezin om de verschillende adviezen en beslissingen tegenover elkaar af te wegen en knopen door te hakken. Het is dan ook aan hen om de coördinerende functie tussen Zorginspectie, brandweer en plandeskundige op te nemen. Dat een nieuwbouw geen vlekkeloos parcours kan afleggen, weet iedereen die bouwt. Maar er moet een bepaalde garantie of rechtszekerheid zijn dat de regels waar je mee begint, enigszins conform zijn met waar je moet eindigen en dat er slechts zeer beperkte ruimte is voor interpretatie van die regels. Zo komt men achteraf niet voor onaangename verrassingen te staan en hoeft men niet te veel tijd te verliezen met dergelijke interpretaties.

Minister, hoe komt het dat Zorginspectie en Kind en Gezin geen eenduidige interpretatie van het decreet en de inspectievoorwaarden kunnen geven? Zorginspectie werkt toch in functie van wat Kind en Gezin vraagt om te controleren? Wat is het nut van een opportuniteitsadvies als dit advies soms radicaal indruist tegen het advies van Zorginspectie?

Pleeft Kind en Gezin overleg met brandweer en Zorginspectie om dergelijke knelpunten te bespreken? Bestaat er overleg tussen Kind en Gezin en Zorginspectie om afspraken te maken met betrekking tot de inspectievoorwaarden? Worden die voorwaarden geëvalueerd?

Hoeveel van de dossiers voor nieuwe opvanglocaties worden door Zorginspectie afgekeurd?

Wat is de gemiddelde termijn voor een antwoord op klachten bij Kind en Gezin? Is een jaar wachten representatief of eerder uitzonderlijk? Hoeveel klachten komen er zo jaarlijks binnen?

Hoeveel nieuwe locaties zitten er momenteel in een lopende procedure? Wat is de gemiddelde duur van zo'n dossier? Hoeveel opportuniteitsadviezen worden er afgeleverd per jaar? Is er een bepaalde achterstand bij deze dienst in de behandeling van de dossiers?

De voorzitter: Mevrouw De Vits heeft het woord.

Mevrouw Mia De Vits: Voorzitter, minister, collega's, ik wil wat de heer Gysbrechts op tafel legt, bijtreden. Het is trouwens niets nieuws, het komt met de regelmaat van de klok terug. Ik wil verwijzen naar de Commissie Versnelling Maatschappelijk Belangrijke Investeringsprojecten. Dit kun je wel niet bekijken als een maatschappelijk belangrijke investering, maar we moeten weten waar we met de regelgeving naartoe willen. Dergelijke gevallen en problemen zouden zich niet mogen voordoen.

De heer Gysbrechts geeft in zijn vraag aan dat we allemaal nog andere voorbeelden kunnen aanhalen. Ik kan het voorbeeld aanhalen van een rusthuis dat men wil bouwen. Als men bij het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) de subsidies al had aangevraagd, veranderden de regels voor brandveiligheid. Uiteraard zijn de subsidies al toegekend. De regels zijn veranderd, er zijn bijkomende kosten en men lost dat op door de dagprijs te verhogen. We kunnen zo nog andere voorbeelden aanhalen. Ik vind dat dit dringend aan coördinatie toe is. Dergelijke zaken zouden zich niet mogen voordoen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Vooreerst wil ik aanhalen dat de infrastructuurvoorwaarden waarover de heer Gysbrechts spreekt, vastgelegd zijn in een uitvoeringsbesluit en niet in het decreet. Het uitvoeringsbesluit kent uiteraard op zijn beurt een decretale verankering.

Uit uw vraagstelling blijkt dat u vertrekt vanuit mogelijke ervaringen en de dossierbehandeling van een specifiek initiatief voor buitenschoolse opvang (IBO). Indien dat een casus is die ons kan confronteren met een aantal dingen en waaruit er dan ook absoluut lessen moeten worden getrokken, is dat wel belangrijk. Mijn uitnodiging is dan ook altijd om die casus eens in al zijn concreetheid over te maken zodat we stap voor stap kunnen nagaan wat er in de feiten is gebeurd. Nu moet ik in algemene termen antwoorden. Dat zal u niet altijd bevredigen, en mij ook niet. Ik heb het gevoel dat er iets concreets is gebeurd en om juist te weten en te analyseren wat er juist is gebeurd – want vaak is er een verschil in versie – maar ook om de betrokkenen te confronteren met mogelijke incoherentie van de benadering, is het best vanuit de case te vertrekken. Ik neem aan dat u uw vraag hebt gesteld als een algemene vertaling van vragen die zijn opgeroepen door een concrete ervaring.

Wat de adviezen betreft van infrastructuurdeskundigen en van Zorginspectie deel ik mee dat het moment en de omstandigheden van advies, door de infrastructuurdeskundigen van Kind en Gezin, en toezicht – dit is geen advies – door Zorginspectie, verschillend zijn. De infrastructuurdeskundigen van Kind en Gezin geven advies op basis van plannen, die eventueel nog kunnen wijzigen, of een bezoek ter plaatse voor de ingebruikname van de infrastructuur. In zijn advies wordt duidelijk vermeld dat het een advies is en dat Zorginspectie na de inwerkingtreding het toezicht opneemt. Zorginspectie inspecteert de locatie voor een eerste keer als de infrastructuur in gebruik genomen is. Zorginspectie geeft geen advies over de infrastructuur op basis van plannen of voor de ingebruikname van de infrastructuur.

Deze werkwijze is dezelfde voor een IBO, een erkende voorziening, als voor een zelfstandige buitenschoolse opvangvoorziening (ZBO), in de zelfstandige sector. Zorginspectie baseert zich hiervoor op dezelfde regelgeving als de infrastructuurdeskundigen van Kind en Gezin. Bij een inspectie van Zorginspectie wordt niet enkel nagegaan of de infrastructuur voldoet aan de voorwaarden van bijvoorbeeld voldoende oppervlakte, noodzakelijke ruimten enzovoort, maar ook of die functioneel ingericht zijn en kunnen worden ingezet. Door de inrichting van een lokaal met al dan niet ingebouwde kasten en dergelijke, kunnen de omstandigheden anders zijn, maar ook afmetingen van lokalen kunnen veranderd zijn.

Omdat ik het aangehaalde voorbeeld en uw verontwaardiging niet wil minimaliseren, is het misschien goed dat we die cases kunnen analyseren om te weten wat er juist is gebeurd.

Ik kan u met zekerheid het volgende zeggen. Er wordt op regelmatige basis overleg gepleegd tussen Kind en Gezin en Zorginspectie. Hierbij is het komen tot een gelijke interpretatie van regelgeving in gevallen waarin een probleem wordt vastgesteld, een vast agendapunt. Knelpunten worden doorgenomen, wat resulteert in concrete afspraken met betrekking tot het feitelijk interpreteren evenals het weergeven in verslagen van gedane vaststellingen.

Er moet worden benadrukt dat het advies van Zorginspectie wel mee aan de basis ligt van een beslissing van Kind en Gezin, maar niet noodzakelijk determinerend is. Na het advies van Zorginspectie kan de voorziening reeds maatregelen hebben getroffen of duidelijke intenties kenbaar gemaakt hebben.

Voor wat betreft het luik brandveiligheid, kwam de nieuwe regelgeving in samenspraak met vertegenwoordigers uit de verschillende betrokken sectoren tot stand, in het bijzonder met de brandweer zelf. Recent gebeurde bij de initiatieven een bevraging, waaruit een beeld op de actuele situatie verkregen werd, met betrekking tot de problematiek van de brandveiligheid. Er werd gevraagd naar de stand van zaken met betrekking tot het wegwerken van tekortkomingen en welke timing men desgevallend kan aanreiken. Op basis van deze bevraging worden verdere acties ondernomen. De nieuwe regelgeving is vanuit het standpunt van de veiligheid uiteraard noodzakelijk.

In 2010 formuleerde Zorginspectie dertien negatieve adviezen voor de initiatieven buitenschoolse kinderopvang (BKO). Daarbij werd als een van de redenen voor het geven

van een negatief advies negen keer het ontbreken van noodzakelijke infrastructuur aangeduid en zes keer veiligheid van infrastructuur. In 2010 werd door Zorginspectie drie keer een negatief advies geformuleerd voor een zelfstandige buitenschoolse opvangvoorziening: twee keer werd het niet beschikken over de juiste accommodatie aangeduid als een van de voorwaarden voor het geven van een negatief advies. Deze negatieve adviezen hebben betrekking op alle voorzieningen die zijn bezocht in 2010. Specifieke informatie over nieuwe opvanglocaties heeft Zorginspectie momenteel niet ter beschikking.

In 2009 kreeg de klager die een klacht had over Kind en Gezin in 82 procent van de klachtdossiers binnen de 10 dagen van de klachtendienst een schriftelijke ontvangstmelding, waarbij het verdere verloop van de klachtbehandeling werd meegedeeld. In 2010 was dat 90,4 procent. In 2009 werd 72 procent van de klachtdossiers over Kind en Gezin binnen de vooropgestelde termijn van 45 dagen behandeld. In 2010 was dat 76,3 procent.

Is een jaar wachten representatief of eerder uitzonderlijk? De meegedeelde cijfers geven duidelijk aan dat de meerderheid van de klachtdossiers, namelijk zeven op de tien, binnen de vooropgestelde behandelingstermijn wordt behandeld. Voor een correcte interpretatie van de klachtdossiers die afwijken van de vooropgestelde behandelingstermijn, is het aangewezen dat elk klachtdossier afzonderlijk wordt bekeken.

Om specifiek op de klacht waarvan sprake in te gaan, zou de naam van de indiener of het klachtdossier aangewezen zijn, om zo concreet toelichting te geven bij het klachtverloop. Voor zover de klachtendienst van Kind en Gezin bekend, is er geen enkel klachtdossier over dossierbehandeling door Kind en Gezin dat een doorlooptijd van één jaar heeft.

Hoeveel klachten komen er zo jaarlijks binnen? Ik geef u een overzicht van het voorbije jaar. In 2010 werden er 1726 klachten ontvangen. 384 van de klachten hadden betrekking op Kind en Gezin, hiervan waren 275 klachten ontvankelijk. Er kwamen 1348 klachten binnen over een voorziening onder bevoegdheid van Kind en Gezin, waarvan er 1191 ontvankelijk waren.

Als we specifiek kijken naar de erkende buitenschoolse opvang, dan kunnen we stellen dat vandaag een vijftiental nieuwe locaties in een lopende procedure zitten. Dan heb ik het specifiek over lopende erkenningsvragen. Op dat moment is Zorginspectie nog geen betrokken partij. De gemiddelde doorlooptijd op het moment dat een erkenningsvraag wordt gesteld, bedraagt momenteel zes maanden.

Hoeveel opportuniteitsadviezen worden er afgeleverd en is er een achterstand in de behandeling van de dossiers? De infrastructuurdeskundigen van Kind en Gezin maken opportuniteitsadviezen voor de verschillende sectoren binnen de kinderopvang. Lichten we hier de erkende buitenschoolse opvang uit, dan werden er in 2010 ongeveer 130 opportuniteitsadviezen afgeleverd.

Opportuniteitsadviezen worden gevraagd zodra initiatiefnemers van plan zijn een aanvraag in te dienen, wat betekent dat dit vaak op het moment van de initiële vraag voor een principiële akkoord gebeurt. Dit hangt dan weer samen met globale bewegingen binnen het kinderopvanglandschap. Daarvoor refereren we specifiek aan het feit dat in 2010 een nieuwe uitbreidingsronde voor de BKO en het Generatiepact gelanceerd werden. In 2011 werd al een twintigtal opportuniteitsadviezen voor de erkende buitenschoolse opvang afgeleverd.

De aanvragen voor opportuniteitsadvies worden behoorlijk vlot afgeleverd, al kan de wachttijd op piekmomenten iets of wat oplopen. Ik verwijs naar de uitbreidingsronde, wanneer grote aantallen dossiers binnen een korte tijdsspanne worden ingediend. Algemeen kan worden gesteld dat dit proces heel vlot verloopt. De wachttijd varieert van één tot maximaal een drietal weken, met uitzondering van de dossiers die zijn ingediend in het kader van de uitbreidingsronde.

Ik kan enkel de oproep nog eens doen: geef mij een case met concrete gegevens en ik laat dat heel factueel onderzoeken, al was het maar om er lering uit te trekken.

De heer Peter Gysbrechts: Minister, dank u wel voor het uitgebreide antwoord. Het gaat niet enkel over één case. Ik heb één specifiek initiatief aangehaald, binnen het verhaal. De opmerking komt vanuit een veel ruimere basis. Veel lokale opvanginitiatieven worden daarmee geconfronteerd of hebben het daar onderling over. Met plezier geef ik u de gegevens van die specifieke case door. Dat geval neemt nog geen dramatische afmetingen aan. Ik wou het algemeen stellen.

Dat Zorginspectie een negatief advies geeft, kan natuurlijk perfect als de opvanglocatie niet in orde is of als er verschillen zijn met de plannen. Mijn bezorgdheid is de volgende. Op het moment dat je met een initiatief een nieuwe locatie wilt beginnen, vraag je het opportuniteitsadvies voor je erkenning aan Kind en Gezin. Aan de hand daarvan, want het is het enige dat je hebt, werk je aan je bouwplannen. Je houdt er rekening mee, je werkt je plannen uit en vervolgens begin je te bouwen. Als alles helemaal klaar is, komt Zorginspectie. Die mensen geven dikwijls totaal andere opmerkingen dan degene die je gekregen hebt in de adviezen, toen je begonnen bent. Dat zorgt natuurlijk voor heel moeilijke situaties. Als iemand gewoon zijn eigen plannen niet heeft gevolgd, dan is dat zijn fout en dan doet Zorginspectie gewoon haar werk. Soms is er echter sprake van andere meningen en interpretaties. Soms zegt Kind en Gezin eerst dat het oké is om bepaalde ruimtes te bouwen, dan bouwt men die, maar dan blijkt dat niet oké te zijn voor Zorginspectie. Dat is louter het praktische probleem op het terrein.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

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

■

Vraag om uitleg van de heer Tom Dehaene tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het rookbeleid - 2212 (2010-2011)

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Voorzitter, minister, omdat het vandaag de internationale antirookdag is, stel ik een vraag over het rookbeleid, meer specifiek dan over het preventieve onderdeel van dat beleid, waarvoor Vlaanderen bevoegd is. Een aantal weken geleden is er een nieuw rapport verschenen, gebaseerd op de Tobacco Control Scale (TCS). Dat instrument bestaat al een aantal jaren. Het zet de antirookmaatregelen van de diverse regeringen in Europa op een schaal, waardoor het mogelijk is de diverse landen te vergelijken. Nu weet ik dat dit maar een schaal is en dat het niet de ambitie kan zijn goed te scoren op die schaal, maar natuurlijk geeft dit een aantal signalen waarvoor we opmerkzaam moeten zijn en waaruit we de nodige conclusies moeten durven trekken.

Een van de conclusies uit het onderzoek is jammer genoeg dat België wat minder goed scoort: ons land gaat twee plaatsen achteruit op die lijst. De TSC werd in 2005 gemaakt door Luk Joossens, een expert van de Belgische Stichting tegen Kanker, en diens collega Martin Raw, een Brits volksgezondheidsspecialist. Ondertussen wordt de schaal ook internationaal aanvaard. Bij de schaal worden een aantal domeinen bekeken: de prijs, het verbod om te roken op bepaalde plaatsen, het budget dat wordt besteed aan de strijd tegen tabak, de wetgeving met betrekking tot tabaksreclame, de gezondheidswaarschuwingen op de verpakkingen en de beschikbaarheid van hulpmaatregelen bij het stoppen met roken. Deze domeinen lijken me goed afgelijnd, zodat er een goede vergelijking kan worden gemaakt tussen landen.

In 2007 bekleedde België de achtste plaats op dertig landen. In 2011 is Turkije erbij gekomen, wat het totaal op 31 landen heeft gebracht. Ons land is dus enkele plaatsen gezakt, ook al omdat Turkije in de top tien is terechtgekomen. Ik vind dat België de ambitie moet hebben om koploper te zijn in de strijd tegen tabak. We hebben daar ooit het voortouw in

genomen, door kleurenafbecdingen van door teer aangetaste longen op de verpakkingen te plaatsen. Ik vind het dus jammer dat we achteruitgaan op die lijst. Een deel van de verklaring is ongetwijfeld dat we te lang hebben gearzeld om een rookverbod in te stellen, zowel in cafés als in discotheken en casino's. Het is positief dat dit verbod vanaf 1 juli zal ingaan. Dat zal ongetwijfeld een positief effect hebben op onze score, maar we volgen daarmee eigenlijk heel wat Europese landen, waar dat verbod al van kracht is. Het gaat over achttien landen. Zo uniek zijn we wat dat betreft dus ook niet.

Uiteraard is niet alles negatief: zo is België nog altijd een van de enige landen die de Tabak Stop Lijn op de verpakking vermeldt, met een verwijzing naar de Belgische Stichting tegen Kanker. Het gaat over een nummer dat mensen gratis kunnen bellen om informatie te krijgen over stoppen met roken.

Willen we stijgen in die rangschikking, dan zal er een volgehouden inspanning nodig zijn. Kijk maar naar Turkije: dat land scoort onder meer zo goed omdat het op vijf jaar tijd de prijs bijna heeft verdubbeld en 75 procent van de verpakking gebruikt om het signaal te geven dat roken niet zo gezond is.

Ik ben me ervan bewust dat dit vooral een federale bevoegdheid is. Het preventie- en sensibiliseringsbeleid is echter een exclusief Vlaamse bevoegdheid. Minister, daarom denk ik dat we u daarover mogen aanspreken. U verwijst er trouwens duidelijk naar in uw beleidsbrief. We hebben hier ook een aantal gezondheidsdoelstellingen goedgekeurd, waaronder een doelstelling met betrekking tot tabak, alcohol en drugs. Die bevat een aantal duidelijke bepalingen. Twee ervan zijn zeer duidelijk. De eerste is dat bij personen tot 15 jaar het percentage rokers niet groter mag zijn dan 11 procent. In 2005 was dat aandeel 14 procent. De tweede is dat bij personen van 16 of ouder wordt gestreefd naar een percentage dat niet groter is dan 20 procent. In 2004 was dat 27 procent. Er liggen dus zeker nog wat uitdagingen op ons te wachten.

Er is ook sprake van een federaal fonds, opgericht in 2006. Dat fonds krijgt 5 miljoen euro, waarvan 2 miljoen euro specifiek voor het rookbeleid. Sinds 2008 zijn er wat wijzigingen gebeurd met betrekking tot de manier waarop die middelen kunnen worden verdeeld. Zo is er sprake van een comité, met daarin onder meer afgevaardigden van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en twee vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV) en Leefmilieu. In dat comité zetelen ook twee deskundigen inzake tabakverslaving en twee vertegenwoordigers van twee gemeenschaps- of gewestministers bevoegd voor gezondheid. Het is nog altijd het Verzekeringscomité van het RIZIV dat beslist, op basis van de projecten die het comité heeft geselecteerd.

Ik wil u zeven vragen voorleggen. Welke bijkomende maatregelen wilt u nemen om te stijgen op de Tobacco Control Scale? Op welke manier werkt u in dat verband samen met het federale en Europese niveau? Welke conclusies trekt u zelf uit dit rapport? Hoe evalueert u het preventiebeleid van de afgelopen jaren? Hoe verloopt de implementatie van het actieplan verbonden aan de gezondheidsdoelstelling inzake roken? Wat is de rol van de Vlaamse Gemeenschap in het federale Fonds ter Bestrijding van Verslavingen? Welke projectvoorstellen werden door de Vlaamse vertegenwoordiger in het comité gunstig beoordeeld, en welke werden uiteindelijk geselecteerd?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, collega's, ik sluit me graag aan. De heer Dehaene zei het al: het grootste pakket bevoegdheden ligt in handen van het federale niveau. Ik heb wel een specifieke vraag, over uw preventiebeleid gericht naar kinderen. Vanochtend hoorde ik een bekende professor – zijn naam ontsnapt me nu even – waarschuwen voor het toenemende aantal kinderen die dagelijks worden geconfronteerd met het rookgedrag van

volwassenen en daar op termijn zeer nadelige gevolgen van zullen ondervinden. Hij liet het cijfer van 140.000 vallen, wat een hoog cijfer is.

De situatie heeft negatieve gevolgen voor de gezondheid, maar het is ook een slecht voorbeeld dat kinderen ertoe aanzet later zelf te roken. Hebt u in uw preventiebeleid daar aandacht voor? De kinderen kiezen er niet voor om in zo'n omgeving terecht te komen. Zij verdienen het dan ook extra te worden beschermd. Ik begrijp natuurlijk dat men niet in de huiskamers kan gaan controleren, en ik pleit daar ook niet voor. Maar in de preventiecampagnes kan daar een verhoogde aandacht naar uitgaan.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, ik zal de vragen van de heer Dehaene beantwoorden, om op een bepaald moment ook het punt van mevrouw Dillen te behandelen. U zult bij het doornemen van het rapport over de Tobacco Control Scale hebben gemerkt dat de meeste criteria waarop vooruitgang valt te boeken, geen Vlaamse bevoegdheid zijn. Het gaat dan bijvoorbeeld over een algemeen rookverbod in de horeca – dat er toen nog niet was –, maar zeker ook over prijszetting. Dit is iets dat op federaal niveau moet worden geregeld, maar we kunnen dit proces wel mee ondersteunen via de Algemene Cel Drugs.

Het is natuurlijk bijzaak dat de Vlaamse bevoegdheden relatief weinig invloed zullen hebben op de plaats van België in deze ranking. We doen al heel wat, maar we weten ook dat de Vlaamse Gemeenschap beter kan op het gebied van publiekscampagnes, informatie voor specifieke doelgroepen en het beleid van organisaties. Een verhoging van de investeringen voor deze punten is overigens ook een onderdeel van het Vlaamse actieplan. Ik kom er nog op terug.

In 2011 is de campagne om gedurende 24 uur niet te roken op Vlaams niveau geïmplementeerd, na een succesvolle pilotactie in de provincie Limburg en de stad Antwerpen. We voorzien in een herhaling in 2012. In de begroting van 2011 is ook een budget van 165.000 euro opgenomen voor de versterking van het rookstopaanbod voor specifieke groepen op lokaal niveau. Voor gezinnen met een lage sociaal-economische status plannen we dit jaar een oproep voor projecten van om en bij de 400.000 euro, die wel gaat over het middelengebruik in het algemeen, dus met inbegrip van alcohol of drugs.

Wat de tweede vraag betreft, is het zo dat we op het federale niveau actief deelnemen aan de diverse relevante instellingen en bijeenkomsten: de Cel Gezondheidsbeleid Drugs, de Algemene Cel Drugs, de interministeriële conferentie over drugs. Onze organisaties op het terrein nemen de informatie over regelgeving mee wanneer ze naar scholen, bedrijven en lokale besturen gaan, en zorgen ervoor dat ze in het kader van een breder rookbeleid – met preventie en doorverwijzing voor rookstop – ook correct worden toegepast. Indien het opportuun is, stelt de Vlaamse Regering aanvullende regelgeving voor. Het volledige rookverbod in scholen is een voorbeeld ervan.

Momenteel zijn we vooral een vragende partij om met het federale niveau langetermijnafspraken met het RIZIV over de uitbouw van het rookstopbeleid te maken. Het gaat er dan over wie wat doet en betaalt, naar analogie van wat we gedaan hebben met de bevolkingsonderzoeken in het preventieprotocol. Een mogelijkheid is bijvoorbeeld dat het RIZIV de sessies bij tabacologen, de sensibilisering van de bevolking en de medicamenteuze ondersteuning van mensen met een lage sociaal-economische status terugbetaalt. Van onze kant zouden wij ons kunnen concentreren op het ontwikkelen en uitbreiden van een aangepast aanbod voor specifieke doelgroepen zoals zwangere vrouwen en hun partner, jonge ouders en mensen in armoede. Wij kunnen ons dan ook concentreren op de regionale regie. Het gesprek daarover verloopt echter traag, mee door het feit dat er nog steeds geen Federale Regering is.

Op Europees niveau spelen wij een beperkte rol. Samen met de FOD Volksgezondheid volgen wij de uitvoering op van de internationale kaderovereenkomst over tabaksbestrijding van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), en de Europese initiatieven op dit gebied.

Welke conclusies trek ik uit dit rapport? We moeten uiteraard op alle criteria blijven inzetten, maar de toepassing van de regelgeving op het gebied van rookvrije publieke plaatsen, een verhoging van de prijs en een verhoging van de structurele investeringen lijken de prioriteiten in dit rapport te zijn.

Wat het preventiebeleid van de afgelopen jaren betreft, hebben wij een aanzienlijke vooruitgang geboekt op het gebied van beperkende regelgeving: een reclameverbod, een verkoopverbod aan minderjarigen en een rookverbod in publieke ruimtes. Wij beïnvloedden ook de maatschappelijke norm: roken wordt inmiddels door de meeste mensen niet meer als evident beschouwd. Ook inzake de uitbouw van de rookstopbegeleiding is vooruitgang geboekt. De primaire preventie in scholen is volgens mij ook goed uitgebouwd. De komende jaren moeten we er in de eerste plaats voor zorgen dat nog veel meer scholen, bedrijven, organisaties en lokale besturen een antitabaksbeleid gaan voeren. Dat impliceert dat ze niet alleen de verplichte regelgeving toepassen, maar ook systematisch acties opzetten om hun leerlingen, werknemers, doelgroepen en inwoners ‘rookvrij’ te houden of hen over de streep trekken om te stoppen.

De Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK) van haar kant zet in op het in vraag stellen van het als normaal beschouwen van roken in het bijzijn van kinderen. Wij hebben daarover met de VLK afspraken gemaakt. De VLK heeft ons haar ambitie meegedeeld om hieromtrent campagnes uit te werken. Wij vinden dat een goed idee. Dat zal gebeuren volgens de filosofie zoals die vanochtend op de radio te horen was. Ik denk niet dat het de ambitie is om daar regelgevend in op te treden. Het is wel zo dat de VLK campagnes gaat opzetten om in vraag te stellen dat het als normaal wordt beschouwd dat er in het bijzijn van kinderen wordt gerookt. Dat initiatief krijgt zeker een plaats in het geheel van de campagnes.

Daarnaast hebben we nieuwe, aangepaste methodieken nodig om specifieke doelgroepen als zwangere vrouwen, ouders met jonge kinderen, mensen met een lage sociaal-economische status en allochtonen te bereiken. Er zijn op dit gebied al inhoudelijke aanzetten, maar we moeten nog bekijken welke methodieken over heel Vlaanderen kunnen worden gebruikt. Voor beide sporen hebben we een betere afstemming nodig tussen de actoren, op het Vlaams en federaal niveau, en een stelselmatige uitbreiding van de investeringen. Dat is dan ook bepaald in de krachtlijnen van het Vlaams actieplan.

Hoe verloopt de implementatie van het actieplan? We hebben de afgelopen drie jaar, 2008 tot 2010, heel wat regionale implementatieprojecten opgezet om te kijken of bepaalde zaken konden werken in Vlaanderen. Ik denk hier aan de campagnes ‘24u niet roken’, de regionale rookstopregisseurs en de projecten bij armoedeorganisaties en wijkgezondheidscentra. We hebben die ondertussen kunnen evalueren. Er is ook grondig gediscussieerd over de taakverdeling tussen Vlaamse actoren, binnen de werkgroep die is opgericht om de uitvoering van het actieplan te begeleiden. De afgelopen jaren is er, in moeilijke budgettaire tijden, toch ook financieel extra ingezet op deze thematiek. De zaken die projectmatig goed gewerkt hebben, moeten we nu op een zo efficiënt mogelijke manier integreren in bestaande structuren en we moeten ervoor zorgen dat er optimale afstemming is met andere gezondheidsthema’s, in de eerste plaats alcohol en drugs. In 2011 gaan we vooral extra investeren in het versterken van de acties op het terrein naar gezinnen met een lage sociaal-economische status.

Wat is de rol van de Vlaamse Gemeenschap in het Federaal Fonds? In 2010 heeft de Vlaamse overheid voor de eerste keer deelgenomen aan de inhoudelijke vergadering van het fonds over het bepalen van de criteria van de oproep, het adviseren van de ingediende projecten en het evalueren van de uitgevoerde projecten. Dat zal opnieuw gebeuren in 2011. Het gaat hier, pro memorie, over projecten die in principe volledig binnen de bevoegdheid van het RIZIV vallen en ook volledig door hen worden gefinancierd.

Minstens even belangrijk is dat er daarnaast in de Cel Gezondheidsbeleid Drugs wordt gediscussieerd over de toekomst van een aantal projecten die al enkele jaren worden

gefinancierd door het Fonds, maar die in feite allang geen innovatieve, tijdelijke activiteiten meer zijn. De Tabak Stop Lijn bijvoorbeeld is een gevestigde waarde, die het verdient om een structurele financiering te krijgen. De vraag is wie dit gaat opnemen en hoe er structureel kan worden afgestemd met andere acties.

Wat de toekomst zal zijn van het fonds is op dit moment moeilijk te zeggen. Vlak voor het vallen van de Federale Regering was er een politiek akkoord om een nieuw samenwerkingsprotocol af te sluiten, zodat gezamenlijke projecten een cofinanciering zouden kunnen krijgen. Het is echter ook mogelijk dat dit fonds in beeld komt tijdens de gesprekken over de staats hervorming. In die zin zou het ook kunnen worden overgeheveld naar de gemeenschappen, wat misschien een goede oplossing zou kunnen zijn.

De Vlaamse vertegenwoordiging gaat bij de beoordeling na of de projecten die actief zijn binnen Vlaanderen voldoende kwaliteitsvol zijn op het gebied van wetenschappelijke onderbouwing, resultaatgerichtheid en budgettering. Daarnaast wordt voor deze projecten gecheckt of de doelstellingen aansluiten bij het Vlaams beleid, of er optimaal wordt samengewerkt met de andere Vlaamse actoren en of er geen sprake is van dubbele financiering. De bespreking binnen de adviesgroep verliep vorig jaar constructief en alle adviezen werden in consensus gegeven.

Er werden een aantal projecten gekozen. Zo werd gekozen voor de implementatie van webbased leertraject voor motivationeel interviewen van rokers, een project van het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ), 65.620 euro in het werkingsgebied Vlaanderen; de campagne 'in iedere roker zit een stopper' van de Belgian Lung and Tuberculosis Association (BELTA), 184.500 euro, werkingsgebied België; Materniteit zonder tabak, een project van BELTA, 215.000 euro, werkingsgebied België; Rookstop in psychiatrische ziekenhuizen, een project van BELTA, 147.500 euro, werkingsgebied België; Mobilisatie van de Rookstopcentra, een project van het Fonds des Affections Respiratoires (FARES), 80.500 euro, werkingsgebied Wallonië; Tabak Stop Lijn, een project van de Stichting tegen Kanker, 885.880 euro, werkingsgebied België; Vorming motivationeel interviewen voor gezondheidswerkers, van het Institut Bordet, 100.000 euro, werkingsgebied België; Werelddag tegen tabak, van de Nationale Coalitie tegen Tabak, 44.600 euro, werkingsgebied België; Rookstopprogramma's in bedrijven van het Institut Bordet, 70.000 euro, werkingsgebied België; Rookstop voor 18 tot 25 jarigen van het Institut Bordet, 69.500 euro, werkingsgebied België; Rookstop voor kansarmen van het Institut Bordet, 80.300 euro, werkingsgebied België; Rookstop in psychiatrische ziekenhuizen van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus, 56.600 euro, werkinggebied Vlaanderen.

Er zijn een aantal actoren die specifieke dingen zullen opnemen. Rookvrije klassen gaat via VIGeZ, dat wordt vanuit Vlaanderen gesubsidieerd. VLK zal inzetten op de denormalisering van roken in het bijzijn van kinderen.

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord. Deze Vlaamse Regering realiseert duidelijk een blijvende inspanning, ondanks de moeilijke budgettaire jaren die we hebben meegemaakt. Die inspanningen blijven nodig. Zo kan België misschien opnieuw het voortouw nemen en de toon zetten voor andere Europese landen. Ik begrijp dat we met veel ongeduld wachten op een Federale Regering, zodat we het fonds ook daar nuttig en efficiënt kunnen spenderen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, ik ben blij dat u er aandacht aan besteedt. Ik ben deze ochtend nogal geschrokken van de cijfers en de mogelijke risico's. Ik begrijp niet dat sommige ouders dat zelf niet beseffen. Ik wens u daar veel succes mee.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

– *De heer Tom Dehaene, voorzitter, treedt als voorzitter op.*

■

Vraag om uitleg van mevrouw Else De Wachter tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toename van het gebruik van stimulerende middelen bij studenten

- 2241 (2010-2011)

De voorzitter: Mevrouw De Wachter heeft het woord.

Mevrouw Else De Wachter: Het is momenteel volop blok- en examenperiode, het ideale moment om stil te staan bij het onderzoek dat werd gevoerd door de Gentse en Antwerpse universiteit in samenwerking met de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD). Uit dat onderzoek blijkt dat stimulerende middelen in studentenkringen steeds populairder worden.

Bovendien is het zo dat er een significante stijging te merken is tussen 2005 en 2009. Van de 18.500 studenten die meewerkten aan het onderzoek in 2009, gaf 4,3 procent toe het voorbije jaar stimulerende geneesmiddelen te hebben gebruikt, zeker in de examenperiode. In 2005 was dat nog maar 2,9 procent van de studenten.

We hebben in deze commissie al een aantal keren gediscussieerd over het gebruik van Rilatine. Ook uit dit onderzoek blijkt dat Rilatine in opmars is. Het middel is in de eerste plaats bedoeld voor patiënten met attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), maar we stellen vast dat het steeds vaker oneigenlijk wordt gebruikt. We weten ook allemaal dat je voor Rilatine een doktersvoorschrift nodig hebt. Daar moet ook de nodige aandacht aan worden besteed. De redenen voor het gebruik door de studenten wordt ook opgenomen in het onderzoek. Rustgevend effecten, mogelijkheid tot grotere concentratie, het nodig hebben van minder slaap, spelen hier een rol.

Naar aanleiding van dit onderzoek en in opvolging van de discussies die we hier in het verleden over hebben gevoerd, had ik u graag wat vragen gesteld. In uw antwoord op mijn betoog in de plenaire vergadering van 8 december 2010 over de exponentiële groei van de verkoop en het gebruik van Rilatine zei u dat we op Vlaams niveau relatief snel enkele initiatieven mochten verwachten. Welke zijn deze initiatieven en wat is de stand van zaken?

Hebt u over de toename van pepmiddelen bij studenten al overleg gehad met uw collega, minister Smet? Zo ja, welke gezamenlijke initiatieven zult u hierover nemen?

Hebt u over het soms al te lakse voorschrijfgedrag van artsen al contact opgenomen met federaal minister van Volksgezondheid Onkelinx?

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) was met een studie bezig over het gebruik van psychotherapeutica in ons land. Is deze studie reeds afgerond? Zo ja, wat zijn de resultaten van deze studie? Hebt u daar op dit moment al meer zicht op?

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers: Voorzitter, ik wil me aansluiten bij de bekommernissen van de collega. Het is de periode van het academiejaar waarin er wordt verwacht dat de studenten heel veel leerstof verwerken en regelmatig grijpen naar stimulerende middelen.

Minister, welke wetenschappelijke studies bestaan er over de effecten en de risico's van dergelijke middelen op korte maar ook op langere termijn? Het is van belang om de jongeren duidelijk te maken welke risico's ze lopen wanneer ze naar die middelen grijpen. Mevrouw De Wachter focust sterk op het voorschrijfgedrag van huisartsen die er laks en lichtzinnig mee zouden omgaan. Mogelijk zijn er zo wel, maar het is ook een probleem dat jongeren die niet goed de effecten van dergelijke middelen kennen, ze zomaar doorgeven aan elkaar.

Iemand krijgt een middel voorgeschreven en heeft een hele doos met een aantal eenheden. Er wordt over gepraat, vrienden vragen om het ook eens te proberen en dergelijke. Het is van belang om studenten te sensibiliseren om dat niet zomaar te doen en te blijven bij wat de arts voorschrijft. Ik sluit me aan bij de vraag hoe u met minister Smet een campagne zult opzetten in verband met sensibiliseren, of wat daaromtrent al specifiek is gebeurd.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Naar aanleiding van de onderzoeksresultaten in Gent en Antwerpen in 2009 zijn een aantal initiatieven genomen om het medicatiegebruik bij studenten onder de aandacht te brengen. Vorig jaar werd in de XIOS Hogeschool Limburg een project uitgewerkt samen met CAD Limburg (centrum voor alcohol- en andere drugproblemen). Er is ook een website. Als u die gegevens wilt, kan ik u die bezorgen.

Op vraag van de Katholieke Hogeschool Limburg wordt tegen december 2011 een project voorbereid om studenten over medicatie en examen te sensibiliseren en te informeren. Het Koninklijk Limburgs Apothekers Verbond is eveneens een plan aan het uitwerken om rond deze thematiek te communiceren met studenten en hun ouders.

Nostrorum Sanitas is een initiatief van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg (cgg) Eclips, gebaseerd op de onderzoeksresultaten van het studentenonderzoek 2009 en op vraag van de stad Gent in samenwerking met de universiteit Gent (UGent), gekoppeld aan diverse elektronische leerplatforms. In het voorjaar van 2011 werd een vorming georganiseerd rond studenten en middelenmisbruik ten behoeve van een twintigtal eerstelijns-campus-medewerkers.

Volgende week wordt een website gelanceerd. Het gaat om een portaalsite in verband met studenten en pepmiddelen en de relatie tussen studeren en middelen. Deze website wordt aangeboden op diverse leerplatforms en op de website www.studentingent.com. Voor volgend academiejaar wenst men op hetzelfde elan verder te gaan en wordt gewerkt aan een affiche en een gadget. Er wordt tevens in een evaluatie voorzien in samenwerking met de stad Gent en de studentenvoorzieningen. Aan de UGent heeft de decaan van het departement Geneeskunde in een brief aan de rector overigens gevraagd om voor de hele Universiteit Gent een actie rond medicatiegebruik op te zetten.

Daarnaast blijven we de klassieke kanalen voor info en doorverwijzing promoten. Teleblok, een initiatief van de CM, geeft advies aan scholieren en studenten met betrekking tot efficiënt studeren. Op de website www.teleblok.be staan allerlei tips en suggesties. Verder kunnen studenten, maar ook ouders en opvoeders, telefonisch advies inwinnen en chatten met vrijwilligers aan de lijn. Op de website van De DrugLijn, bereikbaar telefonisch of via mail, staan veelgestelde vragen over het gebruik van Rilatine op een aantal links. Ook die gegevens kan ik u uiteraard bezorgen.

Ik heb nog geen rechtstreeks contact gehad met minister Smet over de problematiek. De meest aangewezen plek om dat te bespreken, lijkt me de commissie Gezondheidsbevordering van de Vlaamse Onderwijsraad (Vlor), waar alle belangrijke onderwijsactoren vertegenwoordigd zijn. Hoe dan ook lijkt me de belangrijkste stap dat de instellingen voor hoger onderwijs actief een beleid gaan voeren rond dit thema, dat liefst ook afgestemd is op hun ruimere gezondheidsbeleid en meer bepaald de thema's geestelijke gezondheid en middelengebruik.

Wij hebben het probleem eind vorig jaar aangekaart binnen de Cel Gezondheidsbeleid Drugs. Mijn federale collega deelt onze bezorgdheid, en heeft een advies aangevraagd bij de Hoge Gezondheidsraad. De vraag is welke criteria kunnen worden gehanteerd om vast te stellen of Rilatine al dan niet terecht wordt voorgeschreven, en welke maatregelen ervoor kunnen zorgen dat dat zorgvuldig gebeurt en dat zoveel mogelijk oneigenlijk gebruik wordt vermeden. Ik heb begrepen dat dit advies in september klaar zou zijn.

Ik wil er wel nog eens op wijzen dat we in feite niet weten in welke mate de Rilatine die oneigenlijk wordt gebruikt door studenten, ook echt is voorgeschreven door een arts. Het kan ook gaan om studenten met een ADHD-diagnose die hun medicatie doorgeven of om studenten die hun middelen via internet bestellen. Er zijn de afgelopen twee jaar verschillende sites opgedoken die beweren dit middel zonder voorschrift te kunnen verkopen.

Ik ben niet op de hoogte van de studie van het FAGG en heb mijn diensten contact laten opnemen met het FAGG, maar daar wist men ook niet meteen naar welke studie u verwijst.

De voorzitter: Mevrouw De Wachter heeft het woord.

Mevrouw Else De Wachter: Minister, ik dank u voor het antwoord. Het is inderdaad een problematiek die we ruim moeten bekijken. Het onderwijs speelt daarin een belangrijke rol maar ook de omgeving, zoals u aangeeft. Enerzijds gaat het over het voorschrijfgedrag van artsen, waarbij u verwijst naar uw contact met uw federale collega en het advies dat gevraagd is. Dat moeten we absoluut opvolgen, want er zijn wel mogelijkheden om controle in te bouwen, maar daar gaan we nu niet over uitweiden. Anderzijds blijkt ook dat bij kinderen en jongeren die Rilatine krijgen voorgeschreven en gebruiken, er problemen zijn bij het al dan niet doorgeven of doorverkopen van het product. We moeten absoluut sterker inzetten om ook dat mee te nemen.

Ik ben verheugd dat er volgende week een portaalsite wordt geopend waarop meer informatie zal staan over het oneigenlijke gebruik en gebruik van stimulerende middelen. Het zijn allemaal maatregelen die absoluut zullen bijdragen tot het meer bespreekbaar maken van het probleem. We merken dat er een toename is van het gebruik van Rilatine. We hebben het daar in de Commissie Jeugdzorg ook al over gehad. Daarnaast moeten we bekijken wat de gevolgen ervan zijn, ook voor de hele omgeving.

We zullen dit absoluut verder opvolgen. U hebt een concrete timing gegeven waarop bepaalde adviezen of onderzoeken afgerond zouden zijn. We kunnen daarover in de toekomst samen geregeld van gedachten wisselen om te kijken wat we nog verder kunnen ondernemen. Misschien interessant zou zijn om eventueel begin volgend jaar met deze commissie eens te kijken hoe het project in Limburg concreet wordt aangepakt. Minister, ik heb begrepen dat men tegen het einde van dit jaar klaar zou zijn om de globale aanpak te doen starten. Misschien kunnen we eens bekijken in de commissie hoe we dat kunnen implementeren.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■