

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



Zitting 2006-2007

27 februari 2007

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

INHOUD

Vraag om uitleg van de heer Jos Stassen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het uitsluiten van sommige niet-Belgen van het statuut van vrijwilliger	1
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toename van het aantal abortussen bij allochtone meisjes en vrouwen	1
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de patiëntenstop in een aantal gemeenten	4
Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Heeren tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het facettenbeleid en het preventieve gezondheidsbeleid, meer specifiek met betrekking tot de preventie van brandwonden in de privésfeer	9

Voorzitter: de heer Luc Martens

Vraag om uitleg van de heer Jos Stassen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het uitsluiten van sommige niet-Belgen van het statuut van vrijwilliger

De voorzitter: De heer Stassen heeft het woord.

De heer Jos Stassen: Mevrouw de minister, u bent verantwoordelijk voor een aantal sectoren waarin ook vrijwilligers actief zijn. De vraag die ik wil stellen, zal ik ook donderdag stellen aan de minister van Cultuur. Ik weet dat vrijwilligerswerk een federale materie is, maar zoals zo vaak, heeft het federale kader repercussies op gemeenschapsmateries.

Sinds 1 januari 2007 is de nieuwe wet op het vrijwilligerswerk van kracht. Deze wet schept een duidelijk kader voor vrijwilligers maar ze blijkt sommige niet-Belgen uit te sluiten van vrijwilligerswerk. Alleen vreemdelingen die vrijgesteld zijn van een arbeidskaart, kunnen nog actief zijn als vrijwilliger. Ze moeten ofwel een onbeperkt verblijfsrecht hebben ofwel gehuwd zijn met een EU-onderdaan. Mensen die hier wettelijk verblijven, niet-Belgen met een arbeidskaart A, B of C en asielzoekers, mogen wettelijk gezien echter niet meer als vrijwilliger werken. Het fundament om dit onderscheid te maken blijft onverantwoord en onrechtvaardig, ook al voorziet de wet bij inbreuken niet in een sanctionering voor de vrijwilliger zelf, maar wel voor de organisatie die de vrijwilliger inschakelt.

Voor sommige vrijwilligersorganisaties heeft dit een zware impact op de werking. Dit heeft ook gevolgen voor het socioculturele verenigingsleven, voor het jeugdwerk en voor sportverenigingen. We moeten er elkaar niet van overtuigen hoe belangrijk het verenigingsleven en het vrijwilligerswerk is voor onze samenleving.

Deze onrechtvaardige situatie kan onmiddellijk worden rechtgezet bij KB. Mevrouw de minister, als u dit probleem kent, wat is dan uw standpunt over deze, waarschijnlijk onbedoelde, discriminatie? Welke stappen heeft de minister reeds gezet ten aanzien van de federale collega's? Welke maatregelen zal de minister op korte termijn nemen indien de federale minister de discriminatie niet tijdig kan of wil wegwerken?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Ik sluit me aan bij de kern van de vraag van de heer Stassen. Verenigingen zoals het Internationaal Comité die het probleem hebben aangekaart want voor hen maakt het een wezenlijk verschil uit.

Mijn federale collega's gaan het probleem ook in hun parlement op de agenda plaatsen. Ik wil vragen wat Vlaanderen kan doen en wat in onze bevoegdheid ligt.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Geachte collega's, het gaat om artikel 9 van de federale wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van de vrijwilligers. Die bepaalt dat de koning bij een in de ministerraad overlegd besluit voorwaarden kan vastleggen. Zolang er in uitvoering van dit artikel geen KB genomen is, kunnen uitsluitend vreemdelingen die vrijgesteld zijn van een arbeidskaart, vrijwilligerswerk verrichten.

Het gaat over een zeer complexe problematiek waar verschillende rechtsgebieden, onder meer het arbeidsrecht en het vreemdelingenrecht, met elkaar verweven zijn. De problematiek behoort tot de bevoegdheid van de federale minister van Werk Vanvelthoven. Ik zal hem vragen wat zijn intenties zijn en hem verzoeken om zo snel mogelijk uitvoering te geven aan het KB. Ik zal ook overleggen met de ministers Keulen en Anciaux over de mogelijkheid van een gezamenlijk initiatief.

Ik ben het met u eens dat alle vormen van discriminatie moeten voorkomen worden. Als zou blijken dat de uitvoering van de wet een discriminerend effect heeft op het vrijwilligerswerk verricht door vreemdelingen, dan moet dit onderzocht en rechtgezet worden. Ik vraag dus meer verduidelijking en een snelle uitvoering van het KB.

De voorzitter: De heer Stassen heeft het woord.

De heer Jos Stassen: Ik dank u voor dit duidelijke antwoord. U zult het waarschijnlijk niet zo vaak horen van mij, maar ik ben zeer tevreden met dit antwoord. Ik hoop dat dit zo snel mogelijk wordt opgelost.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toename van het aantal abortussen bij allochtone meisjes en vrouwen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, in 2005 ondergingen 17.314 Belgi-

sche vrouwen een abortus. Dat zijn de meest recente cijfers waarover ik beschik. We worden geconfronteerd met grote regionale verschillen ter zake. In Vlaanderen wordt één op tien zwangerschappen afgebroken, in Wallonië één op acht en in Brussel één op vijf. Nog steeds is de voornaamste oorzaak van een ongewenste zwangerschap het foutief of niet gebruiken van anticonceptie. Bij de abortuscliënten ligt vooral het aandeel allochtone vrouwen en meisjes bijzonder hoog. Een licentiaatsverhandeling van 2004 besluit dat op dat ogenblik 40 percent van alle cliënten van allochtone afkomst was. Een vierde van de totale groep cliënten verblijft minder dan vijf jaar in ons land, vaak in precare omstandigheden. Tellen we daar nog de vrouwen en meisjes van de tweede generatie bij, dan bereiken we inderdaad dat cijfer van 40 percent.

Onderzoek toont eveneens aan dat de kans op psychologische problemen ten gevolge van een abortus afhankelijk is van heel wat factoren: een lage sociaaleconomische status, leeftijd – hoe jonger, hoe groter de kans op problemen naderhand –, een laag opleidingsniveau, emotionele problemen in de voorgeschiedenis, een vermijdende verwerkingsstijl enzovoort. Voor vrouwen die minder dan vijf jaar in ons land verblijven en die zelf aangeven dat ze in precare omstandigheden leven, kunnen we ervan uitgaan dat ze vaak te maken hebben met deze factoren. Dat is een conclusie die ik hier zelf uit trek.

Mevrouw de minister, de voornoemde licentiaatsverhandeling is geschreven op vraag van Sensoa, een instelling waarmee we nauw samenwerken. Hebt u kennis genomen van dit onderzoek? Welke initiatieven overweegt u om de beperkte kennis van anticonceptie bij allochtone meisjes en vrouwen te verbeteren? Er worden al goede initiatieven genomen om moeilijke doelgroepen te bereiken. Dat wil ik beklemtonen. Hoe kunnen we die bestaande initiatieven tot bij de doelgroep krijgen? Dat blijft een grote uitdaging. Welke initiatieven plant u met betrekking tot de psychologische nazorg? Abortus is een ingrijpende ervaring voor elke vrouw die deze ingreep ondergaat. Om die ingrijpende gevolgen te beperken, lijkt het me belangrijk om initiatieven te organiseren voor de psychologische nazorg. Zal er hierbij sprake zijn van gerichte acties ten aanzien van allochtonen en jonge allochtonen?

De voorzitter: De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte leden, ik wil verwijzen naar de vraag om uitleg die ik heb gesteld op 10 oktober 2006, dus nog niet zo lang geleden. Toen is dit onderwerp ook aan bod gekomen. Ik heb toen een aantal zeer kritische bedenkingen geuit over het huidige beleid, en dan meer specifiek over de initiatieven voor allochtone vrouwen en mannen. Mevrouw de minister, u hebt toen verwezen naar de Idriss-voorlichtingskoffer en de

onthaalt brochures voor nieuwkomers. De studie waar naar nu wordt verwezen, is natuurlijk al wat ouder. Ik weet niet wanneer men is begonnen met de acties die u toen hebt aangekondigd. Misschien zijn de resultaten daarvan nog niet verwerkt. Misschien was dit nog niet operationeel toen de studie werd uitgevoerd. Ik had zeer kritische bedenkingen bij de nazorg die momenteel wordt verstrekt. Die is onvoldoende uitgewerkt. Ik vond uw antwoord toen tamelijk zwak.

Mijn collega komt er nu op terug. Kunt u ons nieuwe elementen meedelen?

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Mevrouw de minister, het gaat hier om een licentiaatsverhandeling over abortus. Zwangerschapsafbreking wordt geregistreerd en om de twee jaar verschijnt het rapport van de Nationale Commissie ter Evaluatie van de wet op de Zwangerschapsafbreking. Op basis van de voorbije rapporten heeft Johan Van Bussel van het Centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen (cRZ) in Leuven een onderzoek gedaan. Over het punt dat nu aan bod komt, kunnen we echter niet zo veel bijleren in de studie van Van Bussel. Dat is ook niet mogelijk, omdat de verplichte vragenlijsten over zwangerschapsafbreking in de centra en de ziekenhuizen daarover niet rapporteren. Ik heb er het laatste verslag op nagekeken. Alleen de woonplaats van de vrouw en het continent waaruit ze afkomstig is worden geregistreerd. Het evaluatierapport is in het leven geroepen om de regering en het parlement toe te laten de regelgeving en de preventie te evalueren. Op basis van de huidige registratie is het niet mogelijk om conclusies te trekken over het punt dat vandaag voorligt.

Komt het evaluatierapport ooit op de agenda van uw besprekingen met de federale minister van Volksgezondheid? Om een goed beleid te kunnen uitstippelen inzake preventie en nazorg is een betere registratie nodig. Hebt u dat al kunnen aankaarten of zou u dat kunnen doen?

Het lijkt me evident dat er verder onderzoek nodig is naar cijfers, middelen en beleving. Niet alleen voor de preventie is het belangrijk om te weten waarom iemand kiest voor zwangerschapsafbreking. Ook voor de nazorg is meer informatie belangrijk. Daarvoor schiet het nationale rapport tekort. Ik denk wel dat men in bepaalde centra achteraf vragen stelt. Bij mijn weten is die terugkoppeling echter heel beperkt en vrijblijvend. Verder onderzoek is dus ook nodig om de nazorg goed te kunnen organiseren. Het gaat dan om de beleving van abortus, zowel bij allochtone vrouwen als bij de Vlaamse bevolking.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Sara Vissers heeft haar licentiaatsstudie over dit onderwerp geschreven in opdracht van Sensoa. Vermits Sensoa mijn belangrijkste partnerorganisatie is voor het thema seksuele gezondheid, was ik uiteraard op de hoogte van de resultaten. Het aandachtspunt werd ook opgenomen in de jaarlijkse bespreking voor het jaarplan van Sensoa.

De preventie van ongeplande zwangerschap en het stimuleren van het juiste gebruik van anticonceptie zijn belangrijke doelstellingen voor meerdere partnerorganisaties, in de eerste plaats voor Sensoa. Die onderwerpen maken integraal deel uit van het concept 'Goede Minnaars'. Deze visie werd ontwikkeld en wordt gedragen door het werkveld dat betrokken is bij relationele en seksuele vorming van kinderen en jongeren. Dit thema vormt ook een van de belangrijkste doelstellingen van de commissie anticonceptie van Domus Medica, de vroegere Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVVH). Op diverse manieren blijven ze dit thema hoog op de agenda plaatsen: het integreren van modules in de opleiding huisarts, het organiseren van bijscholingen, het overleggen met CLB-artsen en het ijveren voor een zo toegankelijk mogelijke anticonceptie via sensibilisatie van artsen.

Specifiek voor allochtone vrouwen en meisjes is er de laatste jaren heel wat gebeurd. Sensoa heeft een programma 'Allochtonen en aidspreventie'. Dit programma focust op het cultuurgevoelig maken van het aanbod op het gebied van seksuele gezondheid en op het ondersteunen van specifieke interventies bij etnisch-culturele minderheden in Vlaanderen. Het bestaat vier jaar en heeft al heel wat bereikt.

Concreet resulteert dat in het opstarten van een netwerk van experts en organisaties die deze doelgroep vertegenwoordigen of die zich tot deze doelgroep richten. De doelstelling is: het thema seksuele gezondheid bij deze actoren op de agenda plaatsen en ervoor zorgen dat de dialoog hierover kan worden aangemoedigd. Om dit te realiseren organiseerde Sensoa ook een congres over 'Seksuele gezondheid en culturele diversiteit'. Daarnaast wordt er ook anderstalig preventiemateriaal ontwikkeld zoals brochures met basisinformatie. Ook anderstalige brochures die door buitenlandse partnerorganisaties ontwikkeld werden, kunnen via Sensoa besteld worden.

In samenwerking met het International Centre for Reproductive Health en met de onthaalbureaus van Oost-Vlaanderen en Brussel, ontwikkelt Sensoa een educatieve module over seksuele gezondheid voor nieuwkomers. Deze module heet de Idriss-koffer. Het doel van deze koffer is voorlichting geven over anticonceptie, vruchtbaarheid en seksueel overdraagbare aandoeningen aan nieuwkomers, bewoners van asielcentra en leerlingen in onthaalklassen. De onthaalbrochures werden in negen talen ontwikkeld. Ze worden gratis verspreid bij artsen,

onthaalbureaus, asielcentra en CAW's. Ze omvat informatie over anticonceptie en vruchtbaarheid.

Sensoa heeft ook onthaalkaarten ontwikkeld om tussenpersonen te ondersteunen bij het verstrekken van informatie aan allochtonen. De onthaalkaarten hebben identiek dezelfde inhoud als de onthaalbrochure, werden vertaald in acht talen en zijn bestemd voor individueel gebruik door artsen, psychologen, maatschappelijke werkers en andere hulpverleners die een allochtone patiënten- en cliëntenpopulatie hebben. In 2006 werd deze koffer uitgebreid getest in het asielcentrum van Broechem. Dat bleek een groot succes te zijn. Daarom zal Sensoa dit materiaal in 2007 ook aan de andere asielcentra bezorgen. Het is de bedoeling dat deze module permanent deel uitmaakt van de cursussen maatschappelijke oriëntatie binnen de inburgeringstrajecten. Minister Keulen heeft hierop al gereageerd. Hij engageert zich om het materiaal dat vanuit Welzijn aangeboden wordt, te gebruiken. Opvangcentra voor asielzoekers kunnen ook een beroep doen op Sensoa voor vorming en voor specifiek preventiemateriaal. Sensoa is het 'national focal point' voor het Europese project 'Aids & Mobility'. In gesprekken met Kind en Gezin werd beslist om de Idriss-koffer te gebruiken in de inloopteams en de prenatale steunpunten. Vanaf mei 2007 kunnen tussenpersonen de onthaalkaarten over anticonceptie in acht talen downloaden van de website van Sensoa.

Eigenlijk draait het in hoofdzaak om emancipatie en 'empowerment' van moslimvrouwen. Dat is een aandachtspunt dat we opnemen vanuit Welzijn zelf. We willen dat niet alleen overlaten aan het sociaal-cultureel werk, aan zelforganisaties en aan onderwijs. Empowerment is een van de twee pijlers van het beleid van Sensoa voor allochtonen. Niet alleen moeten allochtonen in het algemeen een sterkere maatschappelijke positie innemen, maar binnen de allochtone gemeenschappen moeten bepaalde groepen ondersteund worden om zich te kunnen emanciperen. Vandaar dat het samenwerken met een organisatie zoals het Steunpunt Allochtone Meisjes en Vrouwen prioritair is voor Sensoa. In het op te richten netwerk zullen ze dan ook verder een centrale rol spelen.

Graag wil ik u er attent op maken dat cultuurverschillen traag evolueren. Waarden en normen veranderen niet zo snel. Dit programma is nu vier jaar bezig en is erg afhankelijk van andere programma's. Sensoa moet bij dit thema vooral samenwerken met andere partners zoals het onderwijs, want ook allochtonen zijn schoolplichtig. Uit onderzoek van Dokter Telidja Klai komt de belangrijke rol van de leerkracht duidelijk naar voor: de leerkracht is de eerste 'persoonlijke' informatiebron en de derde informatiebron na de lessen biologie en de media. Hieruit blijkt nogmaals hoe belangrijk goede relationele en seksuele vorming op school is.

Om dit resultaat te ondersteunen en een goede implementatie te garanderen, ontwikkelde Sensoa een vorming over relationele en seksuele vorming in multiculturele klassen. Dit houdt voornamelijk in dat zij het begrip 'Goede Minnaars' aanpassen aan de specifieke thema's en problematieken van de allochtone jongeren. Uiteraard werkt niet alleen Sensoa met deze problematiek. Er zijn ook de vzw's PASOP en Gh@pro (Gezondheidshuis voor Antwerpse prostitutie). Uiteraard ondersteunen we ook het Instituut voor Tropische Geneeskunde.

In Vlaanderen staan tal van organisaties in voor de begeleiding van vrouwen die kiezen voor het behoud van de zwangerschap. Vooraleerst is er het cRZ. Deze organisatie staat specifiek in voor de begeleiding van allochtone en autochtone tienermoeders en tienervaders bij hun keuze voor behoud of voor abortus. Het zorgt ook voor de verdere ondersteuning. Vrouwen met vragen over ongeplande zwangerschap kunnen bij het cRZ terecht op een telefonische hulplijn: de cRZ-luistertelefoon. Dit initiatief is anoniem, gratis en laagdrempelig, wat voor deze doelgroep stimulerend kan werken. Deze organisatie kreeg recent een projectsubsidie van 75.000 euro.

Ook de abortuscentra hebben de specifieke opdracht allochtone en autochtone vrouwen met een ongeplande zwangerschap te begeleiden bij hun keuze. En ik wil ook de Centra voor Algemeen Welzijnswerk niet vergeten die in het kader van hun driedelige opdracht, met name onthaal, begeleiding en preventie, een opvang bieden voor allochtone en autochtone vrouwen met een ongeplande zwangerschap. Ook de Centra voor Leerlingenbegeleiding hebben een opvang-, begeleidings- en preventieopdracht met betrekking tot ongeplande zwangerschap.

Het evaluatierapport wordt niet besproken met de federale regering. Een betere registratie is ook geen voorwerp van deze bespreking. We proberen wel om de registratie die verloopt via het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, expliciet als aandachtspunt op te nemen in de nieuwe samenwerkingsovereenkomst die dit jaar zal worden afgesloten.

Het gaat om een heel belangrijke problematiek, die we ook heel ernstig nemen en waarvoor we verschillende initiatieven genomen hebben. We moeten echter goed beseffen dat we maar een beperkte impact hebben. Niettemin zijn er heel wat zaken in beweging gezet, bijvoorbeeld de netwerken die opgericht worden om de dialoog aan te gaan en de emancipatie te bevorderen. Zo hopen we vanuit Welzijn een positieve bijdrage te kunnen leveren.

Mevrouw Vera Jans: Mevrouw de minister, ik dank u voor dit uitgebreide antwoord, dat een mooi overzicht biedt van alle reeds bestaande initiatieven. Ik vind het zeer positief dat er een link wordt gelegd met de sector van de inburgering. Daarvoor is er natuurlijk een aanbod nodig, maar daaraan is binnen Welzijn hard gewerkt. Er

zijn de koffers, de uitgewerkte pakketten. Ik ben blij dat alle asielcentra daar nu gebruik van kunnen maken en dat dit thema nog sterker de nadruk zal krijgen in de lessen maatschappelijke oriëntatie. Maar het is een moeilijke opdracht en een werk van lange adem, want men moet een cultuurverschil overbruggen en dat ligt niet voor de hand. Verschillende sectoren zullen hiervoor doorgedreven aandacht moeten hebben. Ik denk dat die moeilijke doelgroep op dit moment op de juiste manier wordt benaderd.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de patiëntenstop in een aantal gemeenten

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Geachte collega's, in de plenaire vergadering is er, naar aanleiding van een interpellatie van de heer Tack over een gelijkaardige problematiek, een motie goedgekeurd. Mijn vraag spitst zich echter toe op artsen die een patiëntenstop invoeren.

Onlangs lazen we in de pers dat een aantal huisartsen beslist hebben een patiëntenstop in te voeren. De huisartsen in kwestie kunnen het aantal patiënten niet meer aan, de werkdruk is te hoog geworden. Patiënten worden doorverwezen. Toch is het moeilijk te vatten dat in een zo welvarende regio als Vlaanderen patiënten geweigerd worden door huisartsen. Dit is een serieuze verzwakking van de eerstelijnszorg. Op dat moment is er een probleem voor het welzijn en de volksgezondheid. Vele mensen raken ook in paniek, ze vrezen voor hun oude dag. Zullen ze nog kunnen rekenen op de nodige medische dienstverlening?

Ik weet dat de contingentering van het aantal artsen dat jaarlijks een RIZIV-nummer toegewezen krijgt, een federale materie is en dat het lage aantal afgestudeerde huisartsen een onderwijsmaterie is. Wanneer Vlamingen echter geconfronteerd worden met dokters die weigeren hen te ontvangen als patiënten, dan dient u, als Vlaams minister van Welzijn en Volksgezondheid, toch ook initiatieven te nemen om te voorkomen dat dergelijke situaties zich herhalen, zij het in overleg met de federale minister van Sociale Zaken en met de minister van Onderwijs die bevoegd is voor de opleiding van huisartsen. Er is nood aan een geïntegreerde aanpak, over alle bevoegdheidsniveaus en beleidsdomeinen heen, om het beroep van huisarts opnieuw aantrekkelijk te maken.

De vergrijzing is ook een belangrijk gegeven in deze problematiek. Binnen de tien jaar mag een kwart van de Vlaamse huisartsen aan zijn pensioen beginnen te denken. De vergrijzing impliceert ook dat er veel meer ouderen zullen zijn die nood hebben aan medische zorgen. Bijgevolg zullen er ook meer huisartsen nodig zijn. Daarom moet men het beroep van huisarts herwaarderen, zowel financieel als inzake de combinatie arbeid en gezin en inzake de rol binnen de gezondheidszorg. Naar mijn mening dienen de huisartsen daarin een centrale rol te spelen.

Is de minister op de hoogte van het feit dat huisartsen in een aantal gemeenten beslist hebben een patiëntenstop in te voeren, zodat de betrokkenen buiten hun eigen gemeente een dokter moesten gaan consulteren? Is hierover enig contact geweest tussen uw departement en de zorgverlenende instanties in deze gemeenten? Gelet op de toenemende vergrijzing, zullen de zorgbehoeften blijven toenemen. Daarbij zal de eerstelijnszorg een cruciale rol blijven spelen. Bent u, als Vlaams Minister van Welzijn en Volksgezondheid, bereid om overleg te initiëren met minister van Onderwijs Vandenbroucke en met de federale minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Demotte? Zo kunnen we komen tot een geïntegreerde aanpak die werk maakt van een herwaardering van het beroep van huisarts, inspelend op de noden en verzuchtingen die de huisartsen aankaarten.

De voorzitter: Mevrouw Roex heeft het woord.

Mevrouw Elke Roex: U laat uitschijnen dat er in bepaalde gemeenten geen toegang meer zou zijn tot huisartsen, maar volgens mij gaat het om individuele huisartsen en niet over gemeenten in hun geheel.

De contingentering is een federale bevoegdheid. De Vlaamse overheid kan echter ook iets doen op twee beleidsdomeinen, namelijk Onderwijs en Welzijn. We kunnen nog heel wat doen om het beroep van huisarts aantrekkelijker te maken. Voor geneeskundestudenten is het vaak niet de eerste keuze om huisarts te worden. De Vlaamse overheid kan zorgen voor vooruitgang als het gaat over de status, het materiële comfort en de ondersteuning van de huisartsen. Mevrouw de minister, wat kan Vlaanderen binnen de huidige bevoegdheden doen om de geneeskundestudenten sterker naar de huisartsen-geneeskunde toe te leiden? Hoe kan men de aantrekkelijkheid van het beroep vergroten?

De heer Luc Martens: Er rijst inderdaad een probleem op het terrein. Op sommige plaatsen neemt dat blijkbaar een dusdanige vorm aan dat er een signaal wordt gegeven. Het gaat over niet meer dan een signaal, denk ik. In een middelgrote stad als Roeselare is de helft van de huisartsen 55 jaar of ouder. Dat is het resultaat van een beleid waarvoor de verantwoordelijkheid vrijwel integraal bij de federale overheid ligt. Het gaat niet op de

eerste plaats over de opleiding zelf. Door de wijze waarop er wordt geselecteerd, is er natuurlijk een zekere drift. Vermits de honorering en de werkomstandigheden veel aantrekkelijker zijn voor iemand die zich specialiseert, willen veel mensen dat ook doen. Het getouwtrek over de verdeling van de middelen – alsof dit een louter economische sector is – heeft ertoe geleid dat bepaalde groepen artsen beter bediend werden dan andere. Zo is er een groot tekort aan kinderpsychiaters, omdat die zeer zwak stonden aan de onderhandelings-tafel, terwijl diegenen die hoogtechnologische ingrepen doen, zich wel goed hebben bediend. Er is hier een soort economie ontstaan, waarbij bepaalde groepen er beter in slagen een netwerk te organiseren en te lobbyen. Zo creëren ze aantrekkelijke marktposities waardoor mensen kiezen voor een bepaalde niche. Op dat vlak staan de huisartsen hoe dan ook zwak.

Het is goed dat dit wordt aangekaart en dat we ons daarvan bewust worden. De Vlaamse overheid heeft echter niet zo veel mogelijkheden om dit tij te keren. Misschien hebben de leden wel suggesties ter zake. Dit moet alleszins voortdurend op de agenda worden gezet.

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Mijnheer de voorzitter, ik ben blij dat de stoelen in deze commissiezalen aan weerszijden een leuning hebben, anders was ik van mijn stoel gevallen. Enkele weken geleden heb ik een motie ingediend in de plenaire vergadering, met de vraag dat het beroep van huisarts aantrekkelijk zou worden gemaakt en dat er initiatieven zouden worden genomen om de keuze voor het huisartsenberoep te promoten. Mijn motie werd toen verworpen. Alleen mijn fractie heeft voor gestemd. Nu vinden zowel de leden van de VLD, de sp.a als CD&V het blijkbaar belangrijk genoeg om er een vraag over te stellen en er aandacht voor te vragen in deze commissie. Het verbaast me dat dit nu blijkbaar wel moet, terwijl mijn motie enkele weken geleden niet kon worden goedgekeurd, hoewel ik er zeker van ben dat er toen andere motieven dan inhoudelijke aan de basis hebben gelegen. Ik zie de minister glimlachen.

De heer Martens had het over een signaal. De helft van de huisartsen is ouder dan 50 jaar. Ik vrees dan ook dat heel binnenkort in meer steden, en straks misschien in alle praktijken, een patiëntenstop zal worden afgekondigd. Mocht een van u over tien of twintig jaar verhuizen, dan zal hij misschien bij huisartsen moeten gaan bedelen om in hun patiëntenbestand te worden opgenomen.

De huisarts heeft een belangrijke rol. Hij is de toegang tot de gezondheidszorg. Dat is althans de keuze die Vlaanderen heeft gemaakt. Alleen komt dat in het beleid niet altijd tot uiting, ondanks de vele grote woorden over de eerstelijnsgezondheidszorg. Een paar weken geleden hebben we daarover nog een hoorzitting gehad.

Er is ongetwijfeld een financiële reden waarom studenten geneeskunde voor een bepaalde richting kiezen. Jaarlijks verschijnt er een tabel met de nieuwe honoraria voor het komende jaar, volgens de bestaande conventie. Bij het bepalen van die honoraria zullen bepaalde artsen-groepen ongetwijfeld veel sterker hebben kunnen lobbyen dan andere. Dat is een historisch gegeven dat nog steeds reëel is.

We moeten ook erkennen dat er de jongste jaren een zekere inspanning is geleverd ten aanzien van de huisartsen. Denken we maar aan de invoering van het globaal medisch dossier en aan het herijken van honoraria voor huisbezoeken en raadplegingen.

Het financiële element is een slechts een deelaspect. Een heel belangrijk aspect is de ondersteuning van de arts in zijn praktijk. Als hij een middelgrote praktijk heeft, heeft hij niet de middelen om zich degelijk te laten ondersteunen in het secretariaatswerk. Hij moet al zijn papier- en klasseerwerk zelf doen. Dat klasseren en intikken van documenten komt neer op verspilde capaciteit en verspild talent. Het is vooral daarom dat veel jonge artsen niet voor de richting huisartsengeneeskunde kiezen. Ze zijn bijna verplicht om individueel te gaan werken. Groepspraktijken worden te weinig ondersteund. Het is niet gemakkelijk voor artsen die al jarenlang individueel bezig zijn en hun praktijk daar volledig op hebben afgestemd, om plots te besluiten met anderen te gaan samenwerken. Ze zijn dan min of meer verplicht om hun werkwijze aan te passen aan andere collega's. Het kan, maar het vergt veel energie. Zeker binnen een drukken praktijk, waarbij de arts veel aandacht moet besteden aan de verzorging van zijn patiënten, is het niet gemakkelijk de hele werkwijze te veranderen.

We moeten naar de toekomst kijken en beginnende artsen zo veel mogelijk stimuleren om in groep te gaan werken. Ik laat in het midden of daaraan nu een wettelijk of decretaal kader moet worden gegeven. Het moet alleszins worden gepromoot. Ook de keuze voor huisartsengeneeskunde moet beter worden gepromoot. Het is een heel interessant en gevarieerd beroep. Ik zou eigenlijk niet graag specialist zijn en elke dag alleen maar met het hart of de longen bezig zijn. Mocht ik in mijn leven alleen nog maar heupoperaties doen en alleen mensen met pijn in de lies en het bovenbeen moeten ontvangen in mijn kabinet, dan zou ik er uiteindelijk beginnen van te dromen. Ik zou niets anders meer weten.

Ik vind mijn beroep erg interessant. Heel veel jonge artsen onderschatten hoe boeiend en veelzijdig het beroep van huisarts is. Er moeten initiatieven komen om jonge mensen die deze doorslaggevende levenskeuze moeten maken, beter te informeren over wat het beroep van huisarts inhoudt. Het moet ook mogelijk zijn initiatieven te nemen om het beroep aantrekkelijker te maken en beter te ondersteunen, zodat artsen zich beter kunnen toeleggen op

zorgverstrekking in plaats van pietluttige formuliertjes te moeten invullen, documentjes te moeten klasseren en de telefoon te moeten beantwoorden. Daarvoor zijn er andere mensen. In vele andere landen is de eerstelijns-geneeskunde veel interessanter georganiseerd.

Een ander element dat hier ook werd aangehaald is dat het voor huisartsen zeer moeilijk is om een normaal leven en een familieleven te hebben. Zeker een individuele arts is op elk ogenblik van de dag oproepbaar. Dat betekent dat hij vijf dagen per week met de telefoon naast zich gaat slapen, dat hij in bad zit met de telefoon naast zich, en ook nog op andere plaatsen, die ik hier niet ga noemen. Elke oproep kan immers dringend zijn.

Onlangs las ik in een artikeltje over de paramedische interventieteams dat huisartsen niet veel dringende oproepen meer krijgen. Ik kan dat formeel tegenspreken. Heel geregeld krijgen we dringende oproepen, waarbij we soms sneller dan een Mobiele Urgentiegroep (MUG) of een Paramedisch Interventieteam (PIT) aanwezig zijn. Heel veel huisartsen zijn immers erg goed bereikbaar. Het is een zeer veeleisend beroep. Het is bijna een roeping. Wie in een ziekenhuis werkt, in een groep van vier of vijf mensen, heeft om de vijf dagen een wachtdienst. Huisartsen hebben vijf wachtdiensten per week.

Stilaan vinden naast de weekendwachtdiensten nu ook de weekwachtdiensten ingang. Er is nu ook een beperkte, maar toch reële vergoeding voor avond- en nachtdienst tijdens de week. Als ik me niet vergis, werd die sinds 1 januari van dit jaar ingevoerd. Er zijn dus wel initiatieven, maar de huisartsenkringen zullen niet in alle gemeenten sterk genoeg georganiseerd zijn om dat op poten te zetten. Als huisartsen nu avond- en nachtdienst doen voor een kring, dan krijgen ze daarvoor 62,5 euro bruto. Netto zal dat zo'n 800 tot 900 frank zijn. De meeste mensen hier zouden niet bereid zijn om voor dat geld uit hun bed te komen, om de dag daarna met heel kleine oogjes door te moeten komen.

Mevrouw Vera Jans: Uw betoog begint stilaan te lijken op een ellenlange klaagzang over alle nadelen van een huisartsenpraktijk, terwijl u, dacht ik, anders was begonnen. Ik begrijp even de relevantie van uw betoog niet.

De heer Erik Tack: Neen, ik vind het een zeer veelzijdig en interessant beroep. Er zijn echter in elk geval nadelen aan verbonden. Ik doe dat ondertussen al 22 jaar, en ik vind het helemaal niet erg, maar heel wat jonge mensen hebben daar een andere kijk op. Collega's van mij die nog twintig of dertig jaar ouder zijn, werkten vroeger zeven dagen op zeven. Sommige huisartsen hielden raadplegingen op zondagochtend, toen de mensen naar de mis gingen. Kunt u zich voorstellen wat dat betekent, ook voor de werkdruk? Gepensio-

neerde vrienden van me zijn hun hele carrière huisarts geweest. Wat zij deden, is nog totaal anders dan wat ik doe. Mensen die twintig jaar jonger zijn dan ik, willen nog minder werken. Ze willen anders werken. Ze willen vooral ook veel vrije tijd hebben. Ze willen ook maar vijf dagen per week werken. Ze werken ook liefst 's nachts niet, of slechts uitzonderlijk, of af en toe, in een beurtrol. In ons land heeft dat systeem nog geen ingang gevonden, in tegenstelling tot in Nederland. Ik denk dat er wel mogelijkheden zijn om een dergelijk systeem te promoten of op te zetten. Dan zullen er meer jonge mensen bereid zijn huisarts te worden.

Als er straks bijna geen huisartsen meer zijn, dan zal dat de ziekteverzekering veel meer kosten. Een opname in de spoedafdeling wegens windpokken of een consultatie bij de spoedafdeling over een banaliteit kost heel wat meer dan een consultatie bij een huisarts. Ook budgettair is het dus noodzakelijk om een voldoende sterke eerstelijnszorg te kunnen behouden.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Mijnheer Tack, ik begrijp het begin van uw betoog. Mochten we in uw plaats zijn, dan zouden we misschien dezelfde bedenking hebben. Toch wil ik een nuance aanbrengen. Uw interpellatie en uw motie gingen specifiek over het dreigende tekort aan Vlaamse huisartsen. Zoals mevrouw Jans terecht stelde, ging mijn vraag over de patiëntenstop. Dat was mijn bekommernis, in het licht van de vergrijzing. Ik was geschrokken toen ik las dat we al zo ver waren dat huisartsen mensen moeten weigeren. Daarom vraag ik aan de minister, die bevoegd is voor Welzijn en Volksgezondheid, hoe we daarmee in de toekomst moeten omgaan.

De heer Erik Tack: Als er hierover berichten verschijnen in de pers, dan heeft dat te maken met het feit dat er in bepaalde gebieden stilaan te weinig huisartsen zijn. Over enkele jaren zal dat wellicht het geval zijn in meer gebieden en over tien tot vijftien jaar misschien in heel Vlaanderen. Dat is een symptoom van de problematiek die ik enkele weken geleden heb aangekaart. Daarom heb ik mijn motie ingediend, maar blijkbaar werd die door u niet goed bevonden.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijnheer de voorzitter, ik ben persoonlijk bekommerd over dit probleem. Dit debat hoort niet alleen thuis in deze commissie. In het algemeen stellen we in onze samenleving immers vast dat jobs met volcontinuïdendiensten – waar er een grote beschikbaarheid en permanentie wordt gevraagd en waar er sprake is van een zekere onvoorspelbaarheid en oproepbaarheid – niet zo gemakkelijk kunnen worden ingevuld.

Vanuit Volksgezondheid ben ik daarover uitermate bekommerd. Bij ons gaat het niet over producten, maar

over mensen. De problemen die zich ook in andere sectoren voordoen, zijn in onze sector nog pijnlijker. We moeten nadenken over de toekomst, want op een gegeven moment kan er een arbeidstekort ontstaan. We moeten anticiperen op de vraag hoe we bepaalde permanente diensten kunnen blijven garanderen.

Van de patiëntenstop ben ik niet formeel op de hoogte gebracht. Ik heb het wel gelezen in de krant. Er is dus geen contact geweest tussen mijn administratie en de zorgverlenende instanties in de betrokken gemeenten. We hebben wel contact opgenomen met Domus Medica. Blijkbaar doet het probleem zich momenteel occasioneel voor, maar wel verspreid over het hele Vlaamse land. Tot nu toe zijn er nog voldoende huisartsen in alle gemeenten van Vlaanderen om de patiëntenstop van collega's op te vangen. We moeten de zaken in het juiste perspectief plaatsen.

Noch vanuit de samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging, noch vanuit andere zorgverlenende instanties, werd ik op de hoogte gebracht over acute problemen in de continuïteit van de eerstelijnszorgverlening of in de beschikbaarheid van huisartsen. De dienstverlening in zijn geheel is momenteel nog verzekerd binnen de eerstelijnsgezondheidszorg. Op korte termijn dreigt er wel een tekort te ontstaan bij de instroom van onder meer huisartsen en kinderpsychiaters, naar wie daarnet ook werd verwezen.

Dit is een zeer belangrijk probleem, waaraan voldoende aandacht moet worden besteed. De eerstelijnszorgverlening is cruciaal in de uitbouw van ons beleid, onder meer voor preventie, voor het ouderenbeleid en voor de verwachte toename van het aantal chronische zieken. De rol van de huisarts is hierbij heel belangrijk.

De regulering met betrekking tot de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg is, zoals u weet, tot nu toe grotendeels in handen van minister Demotte. Hij beschikt over de mogelijkheden om de beroepsuitoefening van de huisartsen te verbeteren. Ik denk daarbij aan de wachtdiensten, het statuut van huisarts in beroepsopleiding (HIBO), het statuut van de huisarts, de administratieve ondersteuning, de financiering van informatica enzovoort. Ook het bepalen van het contingent artsen is een federale bevoegdheid binnen het huidige federale ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

In de planningscommissie zetelt een vertegenwoordiger van de Vlaamse Gemeenschap. Deze vertegenwoordiger is een ambtenaar van het Vlaams ministerie van Onderwijs en Vorming. Met minister Vandenbroucke heb ik hierover al een eerste gedachtewisseling gehad. Wij zijn van plan om verder te overleggen, zodat we een gemeenschappelijk Vlaams standpunt kunnen innemen binnen de planningscommissie.

Wij willen op een onderbouwde manier de nodige maatregelen nemen. Ik heb aan mijn administratie reeds gevraagd om de problematiek in kaart te brengen. Welke medische disciplines zijn in Vlaanderen momenteel onderbemand of dreigen in de loop van de komende tien jaar onderbemand te raken bij een ongewijzigd federaal beleid?

Het is mijn overtuiging dat we in Vlaanderen moeten doen wat we kunnen. De mogelijkheden zijn beperkt, maar we hebben bewust veel aandacht besteed aan de uitvoering van het Eerstelijnsgezondheidszorgdecreet. We zijn ook in overleg gegaan met huisartsen om na te gaan of we dit niet kunnen gebruiken als een hefboom voor het realiseren van een betere ondersteuning, bijvoorbeeld bij het overleg met andere partners.

In de gesprekken komt de combinatie arbeid en gezin als een belangrijk thema naar boven. Bovendien leven wij in een cultuur die het specialisme hoger waardeert dan het generalisme. We moeten het spanningsveld tussen specialisme en generalisme bewaken in de ontschotting tussen Welzijn en Gezondheid. We dragen een gezamenlijke verantwoordelijkheid om te bekijken waar we nieuwe schotten creëren en waar we het generalisme maximaal behouden. Waar het gezondheidszorg en welzijn betreft, moeten we de mens beschouwen als een geheel. Op dat vlak pleiten we voor een holistische benadering. Samengevat, we delen deze zorg.

Van de patiëntenstop werden we niet formeel op de hoogte gesteld, maar we hebben wel contact opgenomen met Domus Medica. Momenteel wordt ook in kaart gebracht waar we problemen mogen verwachten in de komende tien jaar. We moeten proberen hierop te anticiperen. Ik zal verder overleggen met minister Vandenbroucke over de instroom en eventueel ook over de opleiding, hoewel ik denk dat de opmerking terecht is dat we daarvan niet alle heil mogen verwachten. Wanneer we met mensen uit de opleiding spreken, stellen we vaak het tegenovergestelde vast. Ook mensen die kiezen voor huisartsgeneeskunde, voelen zich vaak in de eerste plaats aangesproken door het technische aspect. Ik vind dat we de meerwaarde van het menselijke aspect en van de nabijheid moeten onderstrepen. Om het even scherp te stellen, dat is niet iets voor sociale assistenten. Het moet een belangrijk deel uitmaken van de huisartspraktijk zelf. We moeten onderzoeken hoe we hiervoor een geschikt kader kunnen creëren.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Bedankt, mevrouw de minister, voor uw uitvoerig en positief antwoord. Ik ben niet echt gerustgesteld, maar het doet me toch plezier. Weet u of er contact is geweest tussen Domus Medica en de huisartsen om te peilen hoe groot de problematiek is? Zijn er voldoende artsen om de geweigerde patiënten op te vangen?

Minister Inge Vervotte: Ik heb geen zicht op de motivatie van deze personen. Maar zoals ik in het antwoord vermeldde, zijn de zorgen gegarandeerd. De patiëntenstop heeft er niet toe geleid dat mensen in bepaalde gemeenten geen zorgen meer kregen, want collega-artsen hebben hun verantwoordelijkheid opgenomen.

Mevrouw Vera Van der Borght: Heb ik het juist begrepen dat dit niet gebeurd is, ook niet in gemeenten waar er een tekort is aan huisartsen?

Minister Inge Vervotte: Ik weet alleen dat de dienstverlening gegarandeerd is.

Mevrouw Vera Van der Borght: Kunnen we dat opvragen bij Domus Medica? Neen? In orde.

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Ik meen gelezen te hebben dat het ging om praktijken die te druk werden bezocht, dat dat de motivatie was voor de patiëntenstop. De tijdsfactor bepaalt mee of men een kwalitatieve verzorging kan geven. Als men te veel aanvragen krijgt voor raadplegingen, kan men dat niet binnen een aanvaardbaar tijdsbestek afwerken.

Ik dank u ook voor uw antwoord, mevrouw de minister. Blijkbaar heeft mijn vraag aan minister Vandenbroucke toch bepaalde gevolgen. Hebt u hem gecontacteerd of was het andersom? Of mag ik die vraag niet stellen?

Minister Inge Vervotte: Ik heb het initiatief genomen.

De heer Erik Tack: Er is ook een tekort bij de verpleegkundigen. Ook die mensen moeten wachtdiensten doen. Ik heb de indruk dat jongeren vandaag minder gemotiveerd zijn dan twintig jaar geleden om te werken op een ogenblik dat anderen zich ontspannen. Ik wil de jeugd niet de schuld in de schoenen schuiven. Ik stel alleen vast dat minder mensen voor deze beroepen kiezen en dat we moeten anticiperen op mogelijke problemen. Dat lijkt me een terechte bezorgdheid.

De heer Luc Martens: Een aantal kenmerken wijzen inderdaad op een andere perceptie van bepaalde beroepen. De relatie tussen werk en privé wordt anders bekeken.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Veerle Heeren tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het facettenbeleid en het preventieve gezondheidsbeleid, meer specifiek met betrekking tot de preventie van brandwonden in de privésfeer

De voorzitter: Mevrouw Heeren heeft het woord.

Mevrouw Veerle Heeren: In de commissie Wonen onderzoeken we of we een initiatief kunnen nemen rond rookmelders en hoe we dat kunnen implementeren. Bij de voorbereiding daarvan kwam ik onlangs in het brandwondencentrum van Neder-Over-Heembeek. De vzw Pinocchio is daar heel actief bezig rond brandwonden bij kinderen. Uit de cijfers blijkt dat vaak jonge kinderen het slachtoffer zijn. Preventie is dus heel belangrijk. Brandwonden tekenen je voor het leven.

Het decreet van 21 november 2003 definieert een facettenbeleid als een beleid dat buiten het domein van de gezondheidszorg valt en bijdraagt tot het “bevorderen, beschermen of behouden van de gezondheid”. Inzake het instrumentarium stelt het decreet dat het streeft naar een gezondheidswinst op het niveau van de Vlaamse bevolking om zo te kunnen bijdragen tot een verhoging van de levenskwaliteit. Het decreet stelt ook dat de Vlaamse Regering een beleid moet uitwerken in het kader van de preventieve gezondheidszorg. Vrij recent is er blijkbaar een congres geweest over alcohol, drugs en tabak, maar niet over het voorkomen van ongevallen.

In mijn vraag som ik nogal wat artikels op om een zo goed mogelijk antwoord te krijgen. Het decreet is in werking getreden op 13 februari 2004. In die periode heeft ook de regering initiatieven genomen rond de preventie van brandwonden bij jongeren. Vooral Kind en Gezin en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) hebben initiatieven genomen. Kind en Gezin was op dat moment bezig met het ontwikkelen van een methodiek om de preventieboodschappen sterker te visualiseren aan de hand van pictogrammen. In 2004 zou ook het project Erika opstarten, een project voor de preventie van ongevallen, gericht op kansarme gezinnen. Het VIG plande een bundeling van alle preventieve acties rond brandwonden, in het kader van het opstarten van een veiligheidsbeleid op school. Hierna zou een platform worden opgericht om deze preventieacties te implementeren.

Er zijn dus heel wat instanties die initiatieven nemen, maar men zegt me dat er een coördinatieprobleem zou zijn. Bovendien blijkt het moeilijk te zijn om het materiaal bij de juiste mensen te krijgen. Hoe wordt het onderwijs hierbij betrokken? Een preventiebeleid stopt immers niet bij een eenmalige actie, maar moet nagevoel permanent gevoerd worden. Men vergeet namelijk vaak wat men jaren geleden gehoord of gelezen heeft.

Hoe ontwikkelde u reeds een facettenbeleid in het kader van het preventieve gezondheidsbeleid? Welke initiatieven werden in dat verband genomen en welke initiatieven stelt u in het vooruitzicht? Bent u betrokken bij het facettenbeleid dat op andere Vlaamse bevoegdheidsdomeinen wordt ontwikkeld? Is er voorzien in coördinatie en afstemming, zowel beleidsmatig als administratief? Welke acties werden er in het kader van het facettenbeleid reeds ondernomen rond brandveiligheid in de huiselijke context? Zijn er nog nieuwe initiatieven van Kind en Gezin, het VIG of andere betrokken actoren? Ziet u op dat vlak een rol voor de LOGO's? Werden er, in toepassing van het decreet van 21 november 2003, reeds afspraken gemaakt met gemeentelijke of provinciale overheden over het te voeren facettenbeleid?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Het facettenbeleid is een belangrijk aspect van het preventiebeleid. Het zou ons te ver leiden als ik alle initiatieven zou opsommen die we genomen hebben met betrekking tot het facettenbeleid en het preventiebeleid. Ik zal een aantal voorbeelden geven en daarbij zal ik concreet ingaan op het brandwondenpreventiebeleid.

Bij het facettenbeleid wordt er vaak in eerste instantie gedacht aan onze belangrijke partner, het onderwijs. Een samenwerking met het onderwijs heeft tal van voordelen, vooral omdat het onderwijs begaan is met het welzijn en de gezondheid van zijn leerlingen. Uiteraard zijn er nog andere belangrijke partners. Afhankelijk van de doelstelling die men wil bereiken, zal men andere facetten toelichten. Ik wil wel benadrukken dat we in het armoedebeleid ook veel aandacht hebben besteed aan het facettenbeleid met betrekking tot preventie. Andere voorbeelden van een facettenbeleid dat de gezondheid ten goede komt zijn de maatregelen in het kader van de Vlaamse Wooncode, de initiatieven van het agentschap Zorg en Gezondheid voor het toezicht op en de verbetering van het binnenmilieu en de inspanningen op het vlak van milieu, waarbij ook het agentschap Zorg en Gezondheid een toezichtfunctie vervult, met zijn team Milieugezondheidszorg.

De voorbeelden die ik daarnet aanhaalde, getuigen van de samenwerking die ik met mijn collega's uitbouw in het kader van het facettenbeleid. Dan denk ik in eerste instantie aan Onderwijs, maar ook aan de ministers Keulen en Anciaux en zelfs aan de minister-president.

Een ander voorbeeld betreft de veiligheid van kinderen. In de schoot van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO) wordt op dit moment gewerkt aan de ontwikkeling van een actieplan voor de veiligheid van kinderen. Daarbij zijn, naast vertegenwoordigers van de sector, ook vertegen-

woordigers van Vlaamse en andere overheidsinstanties betrokken. Ik heb er ook afgevaardigden heen gestuurd van het agentschap Zorg en Gezondheid en van het agentschap Kind en Gezin. Daarnaast is er ook een vertegenwoordiger van het departement Onderwijs aanwezig. Van het federale niveau zijn er vertegenwoordigers van de FOD Mobiliteit en Vervoer en van de beleidscel Consumentenzaken. Ik wil daarmee aantonen dat het facettenbeleid – als dat nodig is voor het bereiken van een meerwaarde voor elke Vlaming – verder reikt dan de Vlaamse bevoegdheden of dan de mogelijkheden van het Preventiedecreet.

Laat me toe eerst de plaats van brandwondenpreventie in mijn algemeen preventiebeleid te schetsen. Brandwondenpreventie maakt deel uit van mijn beleid met betrekking tot ongevallenpreventie in de privésfeer. Gezien de grote verscheidenheid binnen het thema ongevallenpreventie, vond ik het absoluut noodzakelijk om prioriteiten te leggen. Voor 2004 waren de acties op dit vlak immers zeer talrijk, zoals u zelf al aangaf, maar tegelijk sterk versnipperd. Na 2004 heb ik me geconcentreerd op het versterken van een wetenschappelijk onderbouwde preventie. We hebben de prioriteit toen gelegd bij de valpreventie voor ouderen. Deze keuze werd gemaakt omwille van duidelijke indicaties in de epidemiologie. Valpreventie bij ouderen zal ook de komende jaren – terecht – speciale aandacht blijven krijgen. Op dat vlak kunnen we zeer goede resultaten boeken. Het is echter belangrijk om nieuwe stappen te zetten en bijkomende prioriteiten te kiezen. Dat probeer ik te doen in het kader van het actieplan kinderveiligheid van het OIVO. Ik geloof immers dat we door het bundelen van onze inspanningen via een degelijk facettenbeleid meer gedaan kunnen krijgen.

Om definitieve keuzes te maken wacht ik echter de verdere resultaten van deze vergaderingen af. We kunnen stellen dat brandwondenpreventie een belangrijk punt is dat binnen dit actieplan de nodige aandacht zal krijgen.

Ik geef hierbij een stand van zaken van de projecten die u in uw vraag vermeldt. Het Erikaproject van Kind en Gezin is op dit moment al operationeel voor zwangere vrouwen, maar bevindt zich nog in een ontwikkelingsfase op het vlak van kinderveiligheid. De implementatie van dit project wordt gepland in de loop van 2008. Het pictografisch materiaal is ontwikkeld en heeft de naam 'Kind in beeld' gekregen. Dit materiaal wordt ondertussen op grote schaal gebruikt. Brandwondenpreventie komt uitgebreid aan bod in deze folder, bij de onderdelen over veiligheid in de badkamer en veiligheid in de keuken.

Het VIG heeft – samen met de Belgische Brandwondenstichting, het Greet Rouffaerhuis en vier ziekenfondsen – het Arguspakket ontwikkeld. Het bestaat uit een voorleesboek voor kinderen tussen vier en zeven jaar en een dossier voor de begeleiders en de ouders van de kinderen met brandwonden. Over deze pakketten werd voor-

ming georganiseerd voor ouders en voor actoren in de buitenschoolse kinderopvang. Deze pakketten en de bijhorende begeleiding werden ook aangeboden aan de Vlaamse scholen.

Daarnaast zijn er nog een aantal recente acties. 'Het ABC van baby tot kleuter' is een boek voor ouders waarin de veiligheid van kinderen – veilige kinderstoeitjes, veiligheid op reis, veilig zwemmen – uitgebreid aan bod komt. Dit boek wordt jaarlijks geactualiseerd en besteedt heel wat aandacht aan brandwondenpreventie. 'Het grote kinderopvangboek' is een initiatief waaraan we heel wat aandacht en zorg hebben besteed en waar we trots op zijn. Het is bedoeld voor de hele opvangsector. Dit boek wijdt een volledig hoofdstuk aan kinderveiligheid.

De website van Kind en Gezin is bedoeld voor ouders en voor professionelen en besteedt heel wat aandacht aan ongevallenpreventie bij kinderen. Naast een algemeen deel over kinderveiligheid kan men hier ook twee meer specifieke onderdelen terugvinden over veilig meubilair en veilig vervoer. Bij deze onderwerpen is er telkens een checklist. Ouders of begeleiders kunnen die gebruiken om na te gaan of de producten waarover ze beschikken wel voldoende veilig zijn voor de kinderen. Een ander recent initiatief van Kind en Gezin is het meldpunt waar iedereen die met jonge kinderen begaan is, melding kan doen van onveilige kinderartikelen, bijvoorbeeld speelgoed. Alle klachten worden bijgehouden en doorgegeven aan de producenten. Ernstige klachten worden doorgestuurd naar de FOD Economie, die dan onderzoekt of het nodig is om het product uit de handel te halen.

Een meer recent VIG-initiatief op het vlak van brandwondenpreventie is de ontwikkeling van een nieuw stripverhaal, in samenwerking met de brandweer. Dit gebeurde op basis van een lokaal initiatief van de brandweer van Sint-Niklaas en is nadien uitgegroeid tot een ondersteuning voor de brandweer op nationaal niveau. Het stripverhaal zal in september 2007 beschikbaar zijn. Aanvullend bij deze materialen zal, ook in samenwerking met het VIG, een lokale brandwondendag worden georganiseerd. In samenwerking met de Belgische Brandwondenstichting (BBS) is het VIG op dit moment bezig met het ontwikkelen en uittesten van e-preventiemateriaal. Dat is een interactief instrument voor brandwondenpreventie dat via het internet kan worden gebruikt. Het instrument is op de eerste plaats geschikt voor scholen, maar uiteraard ook voor privégebruik en bedrijven.

In 2006 verleende ik een subsidie aan de Gezinsbond voor het uitvoeren van zijn project 'het Reuzenhuis'. Dit project wil bijdragen tot de preventie van brandwonden, vergiftiging, elektrocutie, valpartijen, verstikking, verdrinken en andere grote gevaren voor kinderen in de

thuisomgeving. In het Reuzenhuis wordt geprobeerd de leefomgeving van een tweejarig kind weer te geven door alle objecten uit de thuissituatie uit te vergroten. Zo kunnen de ouders worden gesensibiliseerd.

De LOGO's staan uiteraard in voor het faciliteren en coördineren van acties voor de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen. De ongevallenpreventie, waaronder de brandwondenpreventie ressorteert, is een van deze doelstellingen. Bij de implementatie van acties inzake brandwondenpreventie is er dus wel degelijk een rol weggelegd voor de LOGO's. Daarbij moeten ze uiteraard nauw samenwerken met de gespecialiseerde actoren op het vlak van brandwondenpreventie. Zoals u al aangaf, ligt het belang van de LOGO's vooral in de onderlinge afstemming van de acties op lokaal en regionaal vlak. Dit past in het concept 'think globally, act locally'. De LOGO's maken deel uit van een netwerk van lokale en regionale partners en doen een beroep op de methodieken en materialen die worden ontwikkeld door de partnerorganisaties die ik eerder vermeldde. Op die manier proberen we het preventiebeleid inzake brandwonden gestalte geven.

De LOGO's zorgen momenteel voor een afstemming tussen de verschillende mogelijke actoren inzake het preventiebeleid. Afhankelijk van de acties en van het onderwerp worden ook de gemeentelijke en/of de provinciale overheden daarbij betrokken. Momenteel zijn er geen formele afspraken tussen de Vlaamse Gemeenschap en de provinciale en/of gemeentelijke overheden rond het facettenbeleid. In het kader van de gezondheidsdoelstellingen wil ik dat wel overwegen.

Mevrouw Veerle Heeren: Mevrouw de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord. In dit alles is de coördinatie heel belangrijk. Zoals u zelf hebt aangegeven, zijn er erg veel initiatieven.

Ik heb u met veel plezier het stripverhaal horen vermelden dat in september uitkomt. Ik weet niet of u weet dat dit stripverhaal wordt uitgegeven door de vzw Pinocchio, een vzw die actief is voor kinderen in het brandwonden-centrum. Deze vzw verricht heel goed werk, maar wordt door niemand gefinancierd. Elk jaar zijn deze mensen blij wat geld te krijgen van de Nationale Loterij. Ik ben ervan overtuigd dat het stripverhaal een groot succes zal worden. Dat zal niet beperkt blijven tot Sint-Niklaas: onze 308 gemeenten zullen samen met de brandweer een echt gemeentelijk preventiebeleid kunnen opzetten.

Minister Inge Vervotte: Dat is de taak die het VIG op zich heeft genomen. Het VIG financieren we uiteraard wel.

De voorzitter: Het incident is gesloten.
