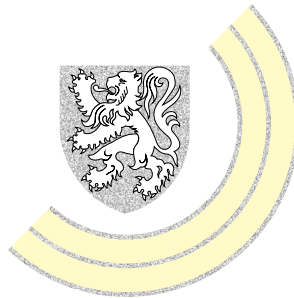


VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2001-2002

18 april 2002

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de toename van kinkhoest en andere kinderziekten

Vraag om uitleg van mevrouw Ingrid van Kessel tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over ziekenhuisinfecties

Vraag om uitleg van de heer Koen Helsen tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de preventieve bestrijding van baarmoederhalskanker

Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de gevolgen van televisiegeweld

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gelijke Kansen

Donderdag 18 april 2002

WAARNEMEND VOORZITTER : Mevrouw Riet Van Cleuvenbergen

– *De vraag om uitleg wordt gehouden om 14.19 uur.*

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Wel- zijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de toe- name van kinkhoest en andere kinderziekten

De voorzitter : Aan de orde is de vraag om uitleg van mevrouw Dillen tot mevrouw Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de toename van kinkhoest en andere kinderziekten.

Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, 'kinkhoest maakt een opmerkelijke comeback' werd enkele weken geleden door de Leuvense professor Hoppenbrouwers gesteld. Uit recente gegevens blijkt dat er opnieuw een toename is van zogenaamd vergeten kinderziekten, zoals kinkhoest en bof. In 1995 waren er officieel 4 meldingen ; vorig jaar reeds 23 gedurende de eerste tien maanden van het jaar. Volgens de experts zou dit cijfer in realiteit veel hoger liggen. Een aantal gevaarlijke infecties, zoals difterie en tetanus, zijn nog steeds niet volledig onder controle.

Volgens professor Hoppenbrouwers, toch zeer deskundig op dit gebied, is het absoluut noodzakelijk dat 95 percent van de bevolking wordt gevaccineerd om een infectie uit te roeien. Dit is vandaag in Vlaanderen niet het geval. Er wordt maximaal een grens van 90 percent gehaald, maar dit blijkt onvoldoende te zijn, zodat het risico op besmetting blijft bestaan. Volgehouden vaccinatie is dan ook nodig om al die gevaarlijke ziektes effectief uit te schakelen.

Een van de oorzaken van het probleem bestaat erin dat volwassenen de neiging hebben verdere vaccinatie te verwaarlozen. Vaak weten ze zelfs niet dat een aantal vaccins die op jonge leeftijd worden toegediend, slechts een voorbijgaand effect hebben. Daarenboven blijkt vandaag ook dat voor een aantal aandoeningen een tienjaarlijkse herhalingsinenting absoluut noodzakelijk is wegens het reële risico op import van deze aandoeningen, ondermeer vanuit de voormalige Oostbloklanden.

Maar ook ouders blijken het nog altijd niet al te nauw te nemen met de vaccinatie, en dit om diverse redenen. Het kan bijvoorbeeld gewoon gaan om slordigheid of nonchalance, maar het kan ook verband houden met een aantal wilde geruchten betreffende de gevolgen van vaccinaties, waarbij het oorzakelijk verband tussen een aantal symptomen en de vaccinatie blijkbaar nooit is aangetoond. Desondanks worden de ouders toch ongerust, en dit op basis van allerlei geruchten die vooral via de pers worden verspreid. In dit verband wordt er door de experts op aangedrongen dat de overheid meer open kaart speelt en meteen krachtig reageert op verkeerde geruchten.

Mevrouw de minister, de Vlaamse Vaccinatiekoepel heeft een pleidooi gehouden voor een strikter vaccinatiebeleid, een beter bewakingssysteem en een zorgvuldiger registratie en rapportering. Dit zijn allemaal zaken waarbij u een belangrijke verantwoordelijkheid hebt. Het is belangrijk aan deze problematiek voldoende aandacht te besteden. Ik heb dan ook de volgende vragen.

Ten eerste, hebt u kennis van het opnieuw voorkomen van een aantal kinderziekten die volgens het lopende vaccinatieschema verdwenen zouden moeten zijn ? Zo ja, wat is volgens u hiervan dan de oorzaak ?

Ten tweede, ondanks alle aandacht die aan het belang van vaccinatie wordt besteed, en dit reeds

Dillen

sinds zeer veel jaren, blijkt in Vlaanderen de noodzakelijke vaccinatiegraad van 95 percent, nodig om een aantal ziektes definitief uit te roeien, nog niet bereikt. Welke inspanningen zult u leveren om dit percentage toch nog te bereiken ?

Ten derde, een belangrijke oorzaak van het probleem ligt in het feit dat de ouders steeds meer de vaccinaties zouden verwaarlozen. Op welke wijze zult u de ouders nog meer sensibiliseren om de traditionele vaccinaties blijvend te laten uitvoeren bij de kinderen ?

Ten vierde, u hebt aan de Vlaamse Vaccinatiekoepel gevraagd een gericht vaccinatiebeleid voor Vlaanderen uit te werken. Wat is hiervan de stand van zaken ? Is er al een advies ? Zo niet, wanneer mogen we het dan verwachten ? Door de deskundigen wordt er een pleidooi gehouden voor een efficiënt bewakingssysteem, een betere opvolging van de vaccinatiegraad, een goede inschatting van de veiligheid van vaccins en een betere bewaking van de immunologische toestand. Op welke manier zult u inspelen op de adviezen die werden gegeven door die experts ?

De voorzitter : Minister Vogels heeft het woord.

Minister Mieke Vogels : Mevrouw de voorzitter, collega's, kinkhoest is een ziekte die op dit moment verplicht gemeld moet worden bij de gezondheidsinspectie van de Vlaamse Gemeenschap, en dit op basis van het decreet van 5 april 1995. De gegevens met betrekking tot het aanwezig zijn van de ziekte kinkhoest in de samenleving wordt dus wel degelijk opgevolgd.

Het is fout te stellen dat de ziektes die opgenomen zijn in het basisvaccinatieschema, al verdwenen zouden moeten zijn. Iedereen die betrokken is bij deze materie, weet dat dit niet het geval kan zijn. Het feit dat de bevolking nog weinig geconfronteerd wordt met 'traditionele' vaccineerbare aandoeningen doet de slordigheid soms inderdaad wel toenemen. Sommigen denken dat bepaalde ziekten niet meer voorkomen, en beslissen dan om een bepaalde vaccinatie toch maar niet te doen. Daardoor wordt natuurlijk het risico opnieuw verhoogd.

Ik geef enkele redenen waarom kinkhoest en bepaalde andere ziekten nog niet zijn verdwenen. Eerst en vooral is de coverage – de vaccinatie dekingsgraad – voor de vaccinatie tegen die ziekten zeker niet overal hoog genoeg om ook de niet-gevaccineerden mee te beschermen. Daarnaast zien

we ook steeds duidelijker dat door een doorgedreven vaccinatie bij jonge kinderen een verschuiving plaatsvindt van de kinderziekten naar een oudere leeftijd. Voor een aantal kiemen zijn de volwassenen de kiemdragers die een bron voor besmetting van kinderen kunnen vormen. De ziekte komt dan vooral voor bij mensen die nooit of niet volledig gevaccineerd werden. Aangezien het kinkhoestvaccin, vooral in de vorige vorm, soms zware bijwerkingen had, zijn een aantal mensen blijkbaar nooit volledig gevaccineerd geweest.

Dan kom ik nu bij de tweede vraag. De melding van kinkhoest is vorig jaar verplicht gemaakt voor alle artsen en hoofden van laboratoria die er weet van hebben. Dit betekent dat er vanaf vorig jaar een betere registratie is. Het gevolg daarvan is dat de toename van het aantal bekende gevallen ook wel eens te maken zou kunnen hebben met die betere registratie. De verhoging van de cijfers dient dus niet onmiddellijk tot de conclusie te leiden dat er meer ziektegevallen zijn.

Wat de opvolging van de vaccinatiegraad betreft, is het de bedoeling dit jaar nog te starten met een studie, die als opvolging van de studie van 1999 moet dienen, en waarin de evolutie van de vaccinatiegraad tegen kinkhoest kan worden geëvalueerd.

Het vaccin op basis van volledige cellen werd vervangen door een acellulair vaccin in 1999 voor de vierde dosis, en sinds begin 2001 voor alle dosissen. Dit vaccin heeft minder bijwerkingen en is beter aanvaardbaar voor ouders en vaccinatoren, en kan op die manier bijdragen tot een hogere vaccinatiegraad. Om ziektegevallen bij zeer jonge kinderen te vermijden, werd vorig jaar de leeftijd voor de eerste inenting vervroegd van 3 naar 2 maand.

Wat de veiligheid van de vaccins betreft, is er een bewaking van bijwerkingen door de federale instanties. De Vlaamse Vaccinatiekoepel bestudeert momenteel hoe de bewaking over bijwerkingen, het registreren van bijwerkingen, de nodige informatie verschaffen aan de betrokkenen bij een mogelijke bijwerking, het best kan worden aangepakt op het Vlaamse niveau. Tevens worden het belang en de haalbaarheid van het aanleggen van een serotheek bestudeerd. Daar worden serumstalen bijgehouden voor het opvolgen van de immunologische toestand.

Voor het blijven uitvoeren van de traditionele vaccinaties is het belangrijk om zowel ouders te sensibiliseren, als de vaccinatoren te motiveren om de vaccinatiestatus van de kinderen op te volgen. Hierbij spelen Kind & Gezin en de CLB's (Centra

Vogels

voor leerlingenbegeleiding) een essentiële rol. Huisartsen en kinderartsen zouden een nog belangrijkere bijdrage moeten leveren in het kader van de preventieve gezondheidszorg dan nu het geval is.

Het is de bedoeling om tegen 2003 flinke stappen vooruit te zetten in de registratie van de vaccinatie-toestand van de jongeren, en vooral in de gegevensuitwisseling tussen alle betrokken partners. We hebben het in deze commissie onlangs gehad over de vaccinatiedatabank die werd opgezet door Kind & Gezin. Er is op dit moment bijna een akkoord over het Nico-project, waarbij de bewaking van de vaccinatiegraad door de CLB's vlotter zal kunnen verlopen. Op dit moment zijn de eerste experimenten aan de gang om na te gaan hoe de Vlaamse Gemeenschap in het kader van het geglobaliseerde medisch dossier een vlottere uitwisseling van gegevens kan aanbrengen met de huisartsen. De bedoeling is om de vaccinatiedekkingsgraad ook op latere leeftijd op peil te houden.

De werkgroep Vaccinaties van de interministeriële conferentie Volksgezondheid, met vertegenwoordigers van de verschillende gemeenschappen en de federale overheid, bekijkt de mogelijkheden om afspraken te maken over de basisvaccinaties. Dit heeft ondermeer tot doel de financiering te stroomlijnen, maar ook te komen tot een vaccinatieprogramma met zo weinig mogelijk insputtingen, en zo veel mogelijk combinatie-insputtingen. Op die manier is er meer kans dat de aanbevolen vaccinaties meer veralgemeend zullen worden toegepast, wat tot een verhoging van de vaccinatiegraad moet leiden.

Er wordt hard gewerkt aan het verhogen van de vaccinatiedekkingsgraad door een betere registratie. Op korte termijn kan men denken dat de vaccinaties minder effect hebben, maar dat komt vaak door een betere registratie. Er komen ook maatregelen om zowel ouders als vaccinatoren te motiveren om de vaccinatieprogramma's voort te zetten.

De voorzitter : Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen : Ik ben verheugd dat u blijvende inspanningen aankondigt om de ouders te sensibiliseren. Veel ouders verwaarlozen dat en er is ook te weinig controle op ouders die bij hun eigen kinderarts vaccinaties nemen.

Misschien zal het in de toekomst nodig zijn om ook de volwassenen te sensibiliseren. Veel mensen den-

ken dat vaccinaties voor kinderen en jongeren dienen. Nochtans is het belangrijk dat volwassenen voor een aantal aandoeningen bij herhaling worden gevaccineerd.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Ingrid van Kessel tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over ziekenhuisinfecties

De voorzitter : Aan de orde is de vraag om uitleg van mevrouw van Kessel tot mevrouw Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over ziekenhuisinfecties.

Mevrouw van Kessel heeft het woord.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de problematiek van de ziekenhuisinfecties heeft me altijd verontrust. Naar aanleiding van een vrije tribune in een krant, en van de beelden over een Nederlandse brandwondenpatiënt, die bij ons een goede behandeling kreeg en vervolgens de toegang tot een Nederlands ziekenhuis werd geweigerd vanwege een ziekenhuisinfectie, vroeg ik me af hoe zoiets kan gebeuren.

Iemand in mijn eigen familiekring heeft een heel ernstige ziekenhuisinfectie opgelopen. Wat me in die situatie erg stoorde, was dat daar nauwelijks over werd gecommuniceerd. Ten tijde van de begrotingsbesprekingen heeft de heer Strackx dit al aangehaald. Er werd toen geantwoord dat in het kader van het kwaliteitsdecreet gegevens werden verzameld. Ik heb ook vragen bij de initiatieven van de federale regering daaromtrent. De federale minister heeft daarover in december een groot-schalig symposium georganiseerd. We hebben toen ook vragen gesteld over de kwaliteit van de ziekenhuizen.

Mevrouw de minister, wat is uw houding tegenover de problematiek van de ziekenhuisinfecties ? Bent u even ongerust als ik ? Hebt u op basis van het cijfermateriaal weet van het aantal ziekenhuisinfecties in Vlaanderen ? Plant u bijkomend overleg met uw federale collega ?

Ik stel u al deze vragen in het licht van de evaluatie van het kwaliteitsdecreet. Ik ben niet meer op de

van Kessel

hoogte van de exacte timing van de evaluatie. Misschien kunt u een stand van zaken geven.

De voorzitter : De heer Malcorps heeft het woord.

De heer Johan Malcorps : Mevrouw de minister, collega's, ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Van Kessel, omdat ik een vraag over hetzelfde thema heb voorbereid om op federaal niveau te stellen.

Een nauwe samenwerking tussen de overheden is noodzakelijk. Het probleem heeft immers ook te maken met de antibioticaresistentie. Recent verschenen daarover nogal alarmerende berichten. 30 percent van de ziekenhuisinfecties in ons land is nog nauwelijks met antibiotica te behandelen en dat vormt volgens mij de kern van het probleem. De voornaamste reden hiervoor is de MRSA-bacterie of de meticilline-resistente staphylococcus aureus die verdacht veel begint te lijken op wat men in de literatuur een superbacterie noemt. Dat is een bacterie die niet langer onder controle kan worden gekregen via antibiotica. Stafylokokken kunnen ernstige wondinfecties veroorzaken en zijn een schoolvoorbeeld van het ziekmakend effect van ziekenhuizen.

Nederlanders die uit een Belgisch ziekenhuis worden gerepatriëerd moeten eerst in quarantaine. Onze noorderburen hebben een strikte regelgeving uitgewerkt om een MRSA-besmetting te voorkomen. Wij staan nog niet zover en daarom kampen we met een veel groter probleem. In Nederlandse ziekenhuizen is slechts 1,5 percent van de ziekenhuisbacteriën resistent tegen antibiotica. Dat heeft alles te maken met een algemeen veel zuiniger gebruik van antibiotica.

Ik weet dat antibiotica een federale materie vormen. Zo werd op federaal niveau een antibiotica-commissie opgericht door federaal minister Aelvoet. Natuurlijk heeft het probleem ook iets te maken met het ziekenhuismanagement, maar ik denk dat het met name te maken heeft met de antibioticaresistentie. Ik vraag me dan ook af in welke mate de Vlaamse Gemeenschap wordt betrokken bij de werkzaamheden van de antibioticacommissie. Die commissie heeft reeds een campagne gevoerd en plant binnenkort een nieuwe.

De voorzitter : De heer Van Duppen heeft het woord.

De heer Jan Van Duppen : Mevrouw de voorzitter, ik wil enkel opmerken dat we ons er goed bewust van moeten zijn dat de MRSA-bacterie het resultaat is van onze eigen kweek. Onze ziekenhuizen hebben gedurende vele jaren intense inspanningen geleverd om een dergelijke bacterie te ontwikkelen door overmatig en inconsistent antibioticagebruik.

De voorzitter : De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, er is geen enkele reden om aan te nemen dat het aantal ziekenhuisinfecties in de nabije toekomst zou verminderen. Dat maakt me ongerust. Eenmaal ik bejaard ben, zal ik mijn familie en dichte kennissenkring verwittigen dat ze me niet naar een ziekenhuis mogen brengen. Bejaarde personen die omwille van een banaliteit in een ziekenhuis terecht komen, zijn immers heel erg vatbaar voor ziekenhuisinfecties. Ik ken veel mensen die naar een ziekenhuis zijn gegaan voor een banale ingreep, maar die gestorven zijn door de verwikkelingen die worden veroorzaakt door een ziekenhuisinfectie. In Nederland heeft men een meisje zelfs laten sterven omdat ze bij ons een ziekenhuisinfectie had opgelopen.

De voorzitter : Minister Vogels heeft het woord.

Minister Mieke Vogels : Mevrouw de voorzitter, dames en heren, gelukkig ben ik niet verantwoordelijk voor wat in Nederland gebeurt.

De heer Felix Strackx : Ik heb het voorbeeld alleen vernoemd, omdat ik wou aantonen hoe drastisch men er te werk gaat.

Minister Mieke Vogels : De ziekenhuisinfecties vormen inderdaad een aanzienlijk probleem. Het is ook een erg gevoelig punt in de ziekenhuizen. Mevrouw Van Kessel heeft dan ook gelijk dat de ziekenhuisdirecties tot voor kort niet graag werden geconfronteerd met het feit dat in hun ziekenhuis ook ziekenhuisinfecties bestonden. Een ziekenhuis krijgt daardoor immers nogal snel een slechte naam. Daarom ook werden een aantal ziekenhuisinfecties in de doofpot gestopt.

Het hoge aantal ziekenhuisinfecties heeft ten dele ook te maken met de moeilijke behandeling en de gemakkelijke verspreiding ervan. Daarom is het een verplicht thema gebleven van het kwaliteitsdecreet voor de ziekenhuizen. Een aantal ziekenhuizen hebben hun grote ergernis daarover al geuit, want het behouden van het thema heeft tot gevolg dat precies wordt geregistreerd in welk ziekenhuis welke infectie bestaat. Daarna wordt via interview

Vogels

nagegaan waarom de infectie in bepaalde ziekenhuizen meer aanwezig is dan in andere. In een latere fase kan dan een geleid actieprogramma of verbeterprogramma voor Vlaanderen worden opgesteld. Uiteraard moet dit samenlopen met de federale langetermijnbeslissingen over het terugdringen van het te hoog antibioticagebruik in Vlaanderen.

Dat is uiteraard niet alleen een zaak van de ziekenhuizen, die vaak preventief antibiotica moeten gebruiken. Er is ook de hele levensgeschiedenis van de behandelde persoon, die vaak ook ambulant zeer snel antibiotica voorgeschreven heeft gekregen door zijn huisarts.

De meetmethode voor de registratie van de indicatoren van het verplichte thema ziekenhuisinfecties werd vanaf januari 2000 aangepast. Enerzijds werd daarbij rekening gehouden met de voorstellen die door de Groep ter Opsporing, Studie en Preventie van Infecties in de Ziekenhuizen Gospiz werden uitgewerkt. Anderzijds werd in samenspraak met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) van de federale overheid naar een betere internationale vergelijkbaarheid van de resultaten gestreefd.

Ziekenhuisinfecties worden sindsdien systematisch geregistreerd. Er werd voor gekozen de hoogrisico-infecties te surveilleren, wat resulteerde in drie indicatoren : postoperatieve wondinfecties ; nosocomiale primaire sepsis, infecties in het bloed opgelopen via een catheter, een naald, of iets dergelijks ; en ventilatorgeassocieerde pneumonie, longontsteking opgelopen tijdens kunstmatige beademing.

De ziekenhuizen meten jaarlijks één van de drie indicatoren, zodat in een periode van drie opeenvolgende jaren de drie verschillende indicatoren worden geregistreerd. Het staat de ziekenhuizen vrij te kiezen welke infectie ze eerst en welke ze laatst registreren. Daardoor is een periode van drie jaar nodig om een totaalbeeld te krijgen van de drie indicatoren. Om een adequaat beeld te krijgen en geen overhaaste conclusies te trekken, is daarnaast een longitudinale studie noodzakelijk.

Voor de registratie van de drie indicatoren kan het ziekenhuis gebruikmaken van een eigen registratiesysteem. De ziekenhuizen werd aanbevolen deel te nemen aan de meer diepgaande surveillanceprotocollen van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Bij deelname aan deze surveillance ontvangt het ziekenhuis van het WIV de nodige proto-

collen en de software voor de registratie. Het WIV zorgt tevens voor de analyse van de data en rapporteert de resultaten aan de deelnemende ziekenhuizen.

De individuele gegevens van elk ziekenhuis worden uitsluitend aan de betrokken instellingen gerapporteerd. De resultaten dienen dan via de IZAG, Informatiestroom tussen de Ziekenhuizen en de Administratie Gezondheidszorg, aan de Vlaamse Gemeenschap te worden doorgegeven.

In het jaar 2000 namen 75 ziekenhuizen deel aan minstens één van de WIV-surveillanceprotocollen. Voor wat betreft de nosocomiale primaire sepsis, die door het WIV sinds 1992 worden gesurveilleerd, kunnen we een zeer lichte stijging waarnemen die volgens het WIV waarschijnlijk als volgt kan worden verklaard.

Er is een toename van het aantal geregistreerde infecties, maar die is recht evenredig met de toename van het aantal haemoculturen, bloedstalen voor kweek van bacteriën, die in de ziekenhuizen worden afgenomen. Sinds 1994 is de nieuwe resistente bacterie enterobacter aërogenes waargenomen in de ziekenhuizen, waardoor een toename van het aantal nosocomiale primaire sepsissen wordt gemeten. Sinds 1997 wordt vastgesteld dat frequenter huidcontaminanten worden geregistreerd dan voorheen.

Gezien deze vaststelling samenvalt met de invoering van het kwaliteitsdecreet, mag hieruit worden afgeleid dat actiever gezocht wordt naar mogelijke infectiebronnen. Voor wat betreft de ventilatorgeassocieerde pneumonie kan worden vastgesteld dat het aantal met een derde afnam sinds het begin van de registraties in 1997. Gegevens over de postoperatieve wondinfecties zijn tot op heden ook bij het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid nog niet beschikbaar.

Bij het vergelijken van ziekenhuizen onderling is voorzichtigheid geboden omwille van verschillen in registratiemethodes. Vergelijking met het buitenland is eveneens moeilijk, ondermeer bij gebrek aan eenheid in de gehanteerde definities. Toch kan ook hier ingeschat worden dat we inzake ziekenhuisinfecties niet beter of slechter scoren dan in de ons omringende landen of in de Verenigde Staten. Dit staat in contrast met de vermoedelijke overacting in Nederland omtrent wondgeïnfecteerde brandwondenpatiënten.

Zelfs bij het beste preventiebeleid zullen nooit alle ziekenhuisinfecties kunnen worden voorkomen. In

Vogels

schattingen wordt gesteld dat ongeveer een derde van het huidig aantal ziekenhuisinfecties vermeden kan worden door een goed preventiebeleid. Het doorbreken van de natuurlijke barrières, na operaties of via catheters, beademingsapparatuur, en dergelijke, zal steeds kunnen leiden tot infecties van – vooral zwakke – patiënten via de normale huid-, darm- en andere flora. Het is hoe dan ook belangrijk daar blijvend aandacht aan te besteden.

De ziekenhuizen worden door het kwaliteitsdecreet aangespoord om rekening te houden met de individuele resultaten van hun meting, en de oorzaken van ziekenhuisinfecties in hun instelling actief op te sporen. De overheid bewaakt de interne kwaliteitscontrole van de ziekenhuizen door externe toetsing

Anderzijds is het de bedoeling dat de overheid, op basis van concreet cijfermateriaal, eventueel preventieve maatregelen oplegt. Ik zal uiteraard niet nalaten om te overleggen met de federale minister als het nodig blijkt.

De Vlaamse Gemeenschap kan moeilijk uitspraken doen over het probleem van de onderfinanciering van de ziekenhuizen. De federale overheid betreft de gemeenschappen niet bij de beleidsvoering terzake.

Hoe zit het met de evaluatie van het kwaliteitsdecreet ? Op dit ogenblik werkt de administratie aan een rapport ten behoeve van het parlement. Zoals u weet, is in het kwaliteitsdecreet voorzien in een driejaarlijkse rapportering. Het parlement mag ervan uitgaan dat het rapport nog dit jaar zal worden ingediend. Het is belangrijk in dat kader te vermelden dat een ontwerp van decreet klaar is om de twee bestaande kwaliteitsdecreten over welzijn en gezondheid te harmoniseren. Centraal in dat ontwerp staat het recht op kwalitatieve zorg voor de gebruikers van de voorzieningen. Het spreekt voor zich dat preventie van ziekenhuisinfecties daarbij een belangrijk aandachtspunt zal blijven. Dat betekent evenwel niet dat bij de goedkeuring van een nieuw decreet de bestaande methode zal veranderen.

Ik vat samen. De problematiek van de ziekenhuisinfecties kennen we. We maken er ons zorgen over. We bouwen allerlei programma's uit om daaraan te verhelpen. Het zou echter fout zijn te beweren dat het in België op dat vlak veel erger is gesteld dan elders. Dat is wetenschappelijk niet bewezen. Wel is het duidelijk zo dat het in België slechter is ge-

steld met de behandeling van ziekenhuisinfecties wegens de te grote resistentie tegen antibiotica.

De voorzitter : Mevrouw van Kessel heeft het woord.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Ik moet dat antwoord nog eens goed overdenken. Er zijn drie soorten ziekenhuisinfecties. In het eerste geval verergert de toestand. In het tweede geval is de toestand verbeterd. Ongerustheid is nochtans op zijn plaats. Mensen vertellen ons dat het een ernstige zaak is. De financiering van de ziekenhuizen is inderdaad een federale aangelegenheid. Maar de financiering van de opvolging van het kwaliteitsdecreet is dat niet. Toen het kwaliteitsdecreet is goedgekeurd, is gezegd dat de bewaking van de kwaliteit inherent is aan de werking van een goed functionerend ziekenhuis. Er is toen gesteld dat daarvoor geen bijkomende middelen moesten worden uitgetrokken.

De kwaliteitscriteria halen en de ziekenhuisinfecties terugdringen is blijkbaar geen eenvoudige zaak. Het is ook een belangrijke zaak. Moet Vlaanderen daarvoor niet in bijkomende middelen voorzien ? Ik word bang als ik de ervaringen van de ziekenhuisinspecties hoor. Moeten we daar niet met zijn allen hard tegenaan gaan ? Het kwaliteitsdecreet biedt de mogelijkheid om daarvoor geld uit te geven. Ik vind dat we dat moeten doen.

De voorzitter : Minister Vogels heeft het woord.

Minister Mieke Vogels : Men lost niet altijd alles op door er meer geld tegenaan te gooien. We moeten eerst goed analyseren waar bepaalde ziekenhuisinfecties vandaan komen. Eigenlijk is het de bedoeling om via het kwaliteitsdecreet de intervisie tussen ziekenhuizen te bevorderen. Hoe komt het dat in ziekenhuis A meer infecties van een bepaalde soort voorkomen dan in ziekenhuis B, hoewel beide ziekenhuizen evenveel worden gefinancierd ? Dat heeft niets te maken met een tekort aan middelen maar met een verschillende werkorganisatie en het in acht nemen van hygiënische voorschriften. Het is een illusie te denken dat men alles met geld kan oplossen. Als we vandaag enkele miljarden extra in ziekenhuizen zouden pompen, is er geen enkele garantie dat er minder ziekenhuisinfecties zouden zijn. We moeten eerst het probleem goed in kaart brengen en verklaringen vinden.

De voorzitter : Mevrouw van Kessel heeft het woord.

Mevrouw Ingrid van Kessel : In Nederland is er een veel betere financiering van de ziekenhuishygiënebewaking. Intervisie is een goede zaak. Maar het is niet goed dat we afwachten. Ik wil de zaak niet dramatiseren, maar er sterven mensen omdat het probleem voortwoekert. We moeten echt optreden.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Koen Helsen tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de preventieve bestrijding van baarmoederhalskanker

De voorzitter : Aan de orde is de vraag om uitleg van de heer Helsen tot mevrouw Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de preventieve bestrijding van baarmoederhalskanker.

De heer Helsen heeft het woord.

De heer Koen Helsen : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, ik ben geen grote specialist van de preventieve bestrijding van baarmoederhalskanker. Een aantal cijfers spreken echter voor zich. Wereldwijd krijgen elk jaar 400.000 vrouwen baarmoederhalskanker. In de landen van de EU waren er dat in 1990 bijna 27.000. Datzelfde jaar zijn in de EU bijna 13.000 vrouwen overleden aan de gevolgen van deze kanker. In België werd in 1990 bij 569 vrouwen baarmoederhalskanker vastgesteld. Daarvan stierven er 341 aan de ziekte.

In 99,7 percent van de gevallen is het human papillomavirus oorzaak van deze kanker. Bij vroegtijdige detectie is de kans op genezing 100 percent. In België wordt voor de detectie enkel maar gebruik gemaakt van het uitstrijkje. Er is ook geen nationaal screeningsprogramma. Specialististen vestigen de aandacht op de HPV-test die hier niet wordt gebruikt. Die kan nochtans de aanwezigheid van het virus aantonen, zelfs voordat er celveranderingen plaatsvinden. De test heeft een accuraatheidspercentage van 50 tot 70 percent. Als de test in combinatie met het uitstrijkje zou worden gebruikt, zou men een veel beter resultaat krijgen.

Ik verwijs ook naar de visie van dokter Arbeyn, tewerkgesteld bij het WIV als coördinator voor nieuwe screeningsmethodes. Hij verwijst naar de resolutie die unaniem in het federaal parlement werd

goedgekeurd over een georganiseerde cervixkankerscreening in België en Europa. Hij zegt dat de overheid meer fondsen moet vrijmaken voor onderzoek naar de doeltreffendheid en het kosteneffect van de HPV-screening. Hij stelt dat de huidige screening heel wat tekorten heeft. Enerzijds is er een overscreening voor grote doelgroepen die niet of onvoldoende worden bereikt. Anderzijds leveren bepaalde laboratoria goed werk, maar is bij anderen de kwaliteit ronduit slecht. Over sommige laboratoria bestaan niet eens gegevens. Een georganiseerde screening zou driejaarlijks moeten gebeuren bij 24- tot 64-jarigen. Dat zou voldoende effect moeten sorteren. Het frequenter screenen biedt nauwelijks een meerwaarde.

Ook het Provinciaal Instituut voor Hygiëne dat in 1995 werd belast met de inrichting van een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, had de bedoeling een gezamenlijke campagne te voeren voor borstkanker- en baarmoederhalskankerscreening. Door het laat opstarten van de campagne van de borstkankerscreening, moet de baarmoederhalskankerscreening afzonderlijk worden uitgevoerd. Het is een gemiste kans om de screenings op hetzelfde moment te doen. Er zijn bovendien nog steeds geen richtlijnen voor het optimaliseren van het programma.

De introductie van de HPV-test zou het aantal overlijdens tengevolge van baarmoederhalskanker met een derde kunnen doen dalen. De bovenvermelde resolutie van mevrouw Avontroodt werd op 18 oktober 2001 goedgekeurd in de Kamer. De resolutie vraagt in overleg met de gemeenschappen een nationaal screeningsprogramma voor baarmoederhalskanker op te zetten door middel van een uitstrijkje, aangevuld met een HPV-test bij afwijkend resultaat. Andere aanbevelingen zijn het laten uitwerken van richtlijnen met betrekking tot de doelgroepen, de frequentie en kwaliteitsnormen voor de opsporingstest en het opzetten van een kwaliteitsbewakingssysteem en een opvolgingssysteem van patiënten.

Gezondheidszorg is een materie die verdeeld is tussen het federaal en gemeenschapsniveau. Er moet dringend worden samengewerkt. De borstkankerscreening heeft bewezen dat dit goed kan verlopen.

Vandaar, mevrouw de minister, dat ik u enkele concrete vragen wil stellen. Wat is uw standpunt ten aanzien van dergelijke screening ? Is Vlaanderen bereid mee te werken aan een nationaal screeningsprogramma ? Bent u bereid dit aan te kaarten

Helsen

op de interministeriële conferentie Volksgezondheid of is dat al gebeurd ?

De voorzitter : Mevrouw van Kessel heeft het woord.

Mevrouw Ingrid van Kessel : Mevrouw de minister, het is niet de eerste keer dat deze problematiek aan de orde komt. Ik heb begrepen dat er veel te veel uitstrijkjes worden genomen en veel te vaak. De vrouw in kwestie krijgt dan te horen dat als ze geen bericht krijgt, alles in orde is. Dat blijkt echter helemaal niet zo te zijn. De uitstrijkjes worden ook niet altijd op de goede manier genomen. Er moet dus gecorrigeerd worden en Vlaanderen moet daartoe het initiatief nemen.

De voorzitter : Minister Vogels heeft het woord.

Minister Mieke Vogels : Mevrouw de voorzitter, dames en heren, mevrouw De Martelaer heeft op 18 oktober een vraag gesteld over deze problematiek naar aanleiding van de Vrouwendag in november met als thema 'Vrouw en Gezondheid'. Er is niet zo veel nieuws te melden sinds die datum, maar ik wil toch een recente stand van zaken geven.

Ter herinnering van de commissieleden ga ik even terug naar het verleden. De Vlaamse overheid heeft in 1994 de Europese aanbevelingen voor de kwaliteitsbewaking in baarmoederhalskankeropsporing ter harte genomen en heeft er toen voor gekozen de Vlaamse provincies aan te moedigen campagnes inzake georganiseerde baarmoederhalskankeropsporing op het getouw te zetten.

Tot op vandaag ondersteunt de Vlaamse Gemeenschap de provincies om dit spoor verder uit te werken. In Vlaanderen wordt naar schatting 82 percent van de doelgroep bereikt, wat 10 percent hoger zou liggen dan in de andere landsdelen. In Vlaanderen loopt dit dus vrij goed.

De Vlaamse gezondheidsindicatoren van het jaar 1999 leren ons dat jaarlijks maximaal 60 vrouwenlevens kunnen worden gered door vroegtijdige detectie en medische interventie van baarmoederhalskanker. Het is natuurlijk altijd de moeite waard om levens te redden, maar gewoon ter vergelijking : dit is tienmaal minder dan voor borstkanker.

Bij mijn aantreden in 1999 heb ik de administratie gevraagd een werkgroep te vormen met het oog op

het verstrekken van een advies over de verdere aanpak van de baarmoederhalsscreening. In 2000 heb ik de rapporten ontvangen van deze werkgroep. Mijn antwoord is voor een belangrijk deel gebaseerd op de bevindingen van die werkgroep.

De werkgroep zegt dat men zich inschrijft in de Europese aanbeveling dat gynaecologen en huisartsen om de 3 jaar een uitstrijkje moeten nemen bij vrouwen tussen 25 en 64 jaar. Er is echter dringend een aanpak nodig om overscreening te vermijden en om de kwaliteit van de screening te verhogen.

Dit loopt een beetje parallel met de borstkankerscreening, waar we ook een evenwicht moeten vinden tussen het aantal vals-positieve of vals-negatieve gevallen. Hier bij de baarmoederhalskankerscreening zit men enigszins met dezelfde problematiek.

Daarom willen we naar analogie met de borstkankerscreening een systeem opzetten waarbij de cytologische laboratoria – de laboratoria die de onderzoeken van de uitstrijkjes doen – slechts door de Vlaamse Gemeenschap zouden worden erkend als ze aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden voldoen. Op dit moment gebeurt dat ook voor de borstkankerscreening. Alleen bepaalde radiologen zijn erkend om die preventieve screening te doen.

Ook naar analogie met de borstkankerscreening zouden we een systeem van systematische dubbele lezing invoeren. Dit houdt in dat de laboresultaten door twee verschillende deskundigen worden geïnterpreteerd.

De gegevenstransmissie naar huisartsen, gynaecologen en screeningscentra zou moeten gebeuren volgens een door de Vlaamse overheid – op advies van de Vlaamse stuurgroep – bepaald model, met inachtnaam van de wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Op die manier kunnen de gegevens systematisch worden bijgehouden en kan men volgen welke vrouwen driejaarlijks dit preventief onderzoek ondergaan.

U weet dat de borstkankerscreening gestart is. Eigenlijk starten we nu met het tweede spoor. In het hele systeem werken we met twee sporen : huisarts, gynaecoloog en het rechtstreeks aanschrijven. In een derde stap zullen de Logo's dan specifieke acties ondernemen om zo veel mogelijk vrouwen te bereiken. Op dit moment evalueren we dit voor borstkankerscreening. De bedoeling is om hetzelfde systeem toe te passen voor de baarmoederhalsscreening.

Vogels

Wat betreft de opsporing van het humaan papillomavirus ter aanvulling van het uitstrijkje, kan ik alleen maar herhalen dat op dit moment deze test nog niet evidence-based is. Ik kan hierbij verwijzen naar een brief van Belgische experts terzake in het gerenommeerd medisch tijdschrift *The Lancet* van februari 2002. Die experts maken duidelijk hun ervaringen kenbaar en maken zo ook duidelijk dat die test niet op punt staat.

Bepaalde types van het humaan papillomavirus zijn een belangrijke factor bij het ontstaan van baarmoederhalskanker. De huidige HPV-tests zijn weliswaar gevoeliger dan het uitstrijkje en dringen het aantal vals-negatieven dus terug, maar deze tests slagen er nog niet in om een tijdelijke en onschadelijke van een blijvende en gevaarlijke HPV-infectie te onderscheiden. Dit betekent dus dat die test ongelooflijk veel vals-positieve resultaten zou opleveren, zeker bij jongere vrouwen. Dit leidt dan weer tot onnodige onderzoeken en ongerustheid. Om die reden stelt men dat deze test nog altijd niet evidence-based is.

Het is dus lang niet zeker dat de resolutie – op initiatief van mevrouw Avontroodt – van 18 oktober 2001 de beste methode aangeeft. Op dit moment is er trouwens een onderzoek bezig naar een vaccin tegen HPV, maar een effectief vaccin zal waarschijnlijk nog 10 tot 20 jaar op zich laten wachten.

Tot slot kan ik nog iets zeggen over enerzijds de verantwoordelijkheid van de Vlaamse en anderzijds de verantwoordelijkheid van de federale overheid. Mijns inziens is het ondubbelzinnig zo dat de Vlaamse regering bevoegd is voor preventie. Als het gaat over screeningsprogramma's, gaat het over secundaire preventie. Dat is onbetwistbaar een verantwoordelijkheid van de Vlaamse Gemeenschap en dus ook van de Vlaamse overheid.

Aan de andere kant weten we heel goed dat we een goede organisatie onmogelijk kunnen realiseren zonder dat er duidelijke afspraken zijn met de federale overheid in het kader van enerzijds screeningsterugbetalingsnummers en anderzijds meer diagnostische screeningsnummers.

Het zal nodig zijn om met de federale overheid te onderhandelen over de financiering en terugbetaling van verschillende prestaties door het Riziv.

In het kader van de interministeriële conferentie Volksgezondheid werd een werkgroep borstkankerscreening opgericht. In deze werkgroep hebben

mijn vertegenwoordigers het probleem van de baarmoederhalskankerscreening al aangehaald. De suggestie om naar analogie met de borstkankerscreening een reflectie te starten is door de interministeriële conferentie aanvaard.

Er was ook een informeel contact met de federale overheid, die zeker niet afwijzend reageert. Toch was de voorlopige conclusie om eerst het grote project van de borstkankerscreening tot een goed einde te brengen, en dan pas te starten met de voorbereidingen voor een bijsturing op het vlak van de baarmoederhalskankerscreening.

Ik hou nog in beraad of het zinvol is om de baarmoederhalskankerscreening te agenderen op de eerstvolgende interministeriële conferentie Volksgezondheid. Als dit gebeurt, moeten er immers perspectieven zijn om op korte termijn de drie maatregelen die ik voorstelde te realiseren, namelijk de aanpassingen aan de Riziv-financiering, de kwaliteitsverbetering en de registratie.

De voorzitter : De heer Helsen heeft het woord.

De heer Koen Helsen : Mevrouw de voorzitter, ik ben verheugd dat hierover wordt gepraat, maar ik vind dat er in navolging van de borstkankerscreening, vlugger resultaat zou moeten zijn.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Mieke Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de gevolgen van televisiegeweld

De voorzitter : Aan de orde is de vraag om uitleg van mevrouw Merckx-Van Goey tot mevrouw Vogels, Vlaams minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke Kansen, over de gevolgen van televisiegeweld.

Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, twee feiten zijn aanleiding om de regering te ondervragen over haar beleid en visie inzake het televisie- en videokijken. Enerzijds is dat de publicatie in het wetenschappelijk tijdschrift 'Science' van de resultaten van een onderzoek dat werd gevoerd door de Colombia University en het New York State Psy-

Merckx-Van Goey

chiatric Institute. Jongeren die meer dan een uur per dag televisiekijken, maken meer kans op gewelddadig gedrag later, zegt het onderzoek. Anderzijds stellen we vast dat er in Vlaanderen een zeer groot aanbod is van de klassieke en de nieuwe media. Het wordt voor jong en oud almaar gemakkelijker en aantrekkelijker om zich alleen op die media te verlaten voor nieuwsgaring en recreatie.

In Vlaanderen erkennen we al lang het onderzoek van professor Elchardus over televisiekijken. Hij stelt dat mensen die veel tv-kijken minder sociaal betrokken zijn, een minder positief beeld hebben van de samenleving en zich minder inzetten voor anderen. Zich alleen verlaten op commerciële tv, zonder de correctie van discussie met anderen, leidt ertoe dat mensen al het getoonde voor waar aannemen, maar duidelijk ook banger zijn dan de rest van de samenleving. We kunnen er niet onderuit dat de media bovenmatig veel aandacht besteden aan incidenten. Spijtig genoeg lijkt enkel het negatieve nieuwswaarde te hebben.

Niet voor niets stellen we ons vragen over hoe hierin kan worden gestuurd. Het is niet onze bedoeling om de media of de vele nieuwe technologieën te demoniseren, ze zijn er ten onzen bate. Het is wel een uitdaging om tijdig een publiek debat te voeren over hoe een evenwicht kan worden bewaard tussen enerzijds de vrijheid van informatie, de aansprakelijkheid van de media in het brengen van juiste beelden, en anderzijds de waarborgen die noodzakelijk zijn voor een evenwichtige, emotionele, cognitieve evolutie van kinderen.

Het onderzoek heeft voor het eerst in de geschiedenis het effect van tv-geweld op lange termijn nagegaan. Meer dan 700 jongeren en hun moeders werden tijdens een periode van 17 jaar op regelmatige tijdstippen ondervraagd over hun kijkgedrag. Criminele activiteiten van de onderzochte personen werden nagegaan in de gerechtelijke archieven. De resultaten zijn op zijn minst opmerkelijk.

Jongeren die meer dan één uur per dag tv-kijken, lopen een verhoogd risico om zich als puber of jonge twintiger agressief te gedragen. Bij jongens uit de link tussen veel tv-kijken en de persoonlijke criminele activiteiten zich vooral tijdens de tienerjaren. Bij meisjes wordt het effect pas enkele jaren later duidelijk. Ook de aard van het geweld verschilt. Jongens vertalen televisiekijken vooral in aanvallen en vechtpartijen met verwondingen, meisjes gaan veeleer diefstallen plegen, dreigementen uiten en fysiek geweld plegen.

Om de resultaten van het onderzoek zo objectief en precies mogelijk te maken, gingen de onderzoekers ook na in welke mate de agressiviteit van de jongeren werd beïnvloed door andere factoren. Zo werd de mate van verwaarlozing, laag gezinsinkomen, onveilige buurt of psychische problemen nagegaan. Zelfs nadat al die factoren werden onderzocht, stelden de onderzoekers vast dat tv-kijken een duidelijk effect heeft op de jongeren.

Het onderzoek dat in Science werd gepubliceerd, was niet het eerste dat het verband tussen televisiekijken en geweld onderzocht.

Er zijn ook voldoende voorbeelden voorhanden van jongeren die leeftijdgenoten mishandelen of zelfs doden nadat ze een gewelddadige film hebben gezien. Ik hoef maar te verwijzen naar de tweejarige James Bulger die enkele jaren geleden in Engeland werd ontvoerd en vermoord door twee achtjarigen. Die jongens verklaarden achteraf dat ze geïnspireerd waren door een gewelfilm.

Zelfs het op het eerste zicht onschuldige programma 'Tom&Jerry' kan kwalijke gevolgen hebben. Uit de Amerikaanse studie blijkt dat op zondagochtend veel meer ongevallen gebeuren nadat kinderen afleveringen hebben gezien van de avonturen van de bekende poes en muis en hetzelfde willen uitproberen in de huiskamer.

Het is onze taak om ons over dit thema te buigen en om na te gaan hoe we de negatieve gevolgen kunnen vermijden. Sinds enige tijd wordt bij de aankondiging van films al vermeld voor welke leeftijd ze geschikt zijn. Zou het echter niet beter zijn om verder te gaan in de selectie van de programma's die worden uitgezonden op momenten dat veel jongeren voor het televisietoestel zitten?

De beelden die we tijdens het journaal voorgeschoteld krijgen, worden ook steeds gewelddadiger. Oorlog en rampen zijn er altijd al geweest, maar sinds kort lijkt er geen enkele schroom meer te bestaan voor het tonen van gewelddadige beelden. Vroeger werd voorzichtig omgesprongen met beelden van schotwonden, lijken en van gevolgen van explosies, maar nu worden ze als dagelijkse kost voorgeschoteld, ook op uren waarop jonge kinderen voor de buis zitten.

In de meeste Europese lidstaten waren televisie en radio gedurende lange tijd het monopolie van de overheidsdienst. Toen besliste de staat wat kon worden uitgezonden. Omwille van de opkomst van commerciële tv-zenders werd de Europese richtlijn 'Televisie zonder grenzen' uitgewerkt. Volgens die

Merckx-Van Goeij

richtlijn is het in alle lidstaten wettelijk vereist om een akoestisch waarschuwingssignaal toe te voegen aan programma's met materiaal dat schadelijk is voor minderjarigen. Daarnaast moet gedurende de hele uitzending een visueel symbool worden getoond. Het zou nuttig zijn om eens na te gaan of de Vlaamse overheid haar verantwoordelijkheid opneemt. In de eerste plaats moet worden nagegaan of de gemaakte afspraken worden nagekomen. Daarna moet worden onderzocht of er maatregelen kunnen worden opgelegd om onaangepaste programma's zoveel mogelijk van het scherm te weren op de ogenblikken dat kinderen televisie kijken.

Het heeft natuurlijk weinig zin om een nieuwe maatregel op te stellen voor televisie als die niet ook geldt voor video. Na zoveel jaren bestaat er alleen nog maar een regel voor pornovideo's waarin kinderen jonger dan 16 worden vertoond. De bepaling werd ingevoerd via de wet ter bestrijding van de mensenhandel. Een aan de filmkeuring gelijklopende regeling bestaat voor video's nog steeds niet. Het zou zeker geen overbodige luxe zijn om een minimumleeftijdsgrens in te voeren voor gewelddadige films. Net zoals er een duidelijke grens bestaat tussen erotiek en porno, bestaat er ook een groot verschil tussen gewelddadige films en echte horror. De bestaande filmkeuringscommissie, die onder de bevoegdheid van de minister valt, hanteert deze grenzen trouwens al bij het bepalen van het al dan niet voor kinderen toegankelijk zijn van films in het commerciële circuit.

Op een weliswaar iets andere wijze moeten de mogelijkheden worden onderzocht voor het beteugelen van misbruiken via porno of geweld. Een tijdje geleden konden we in de krant een verhaal lezen over de zogenaamde LAN-party's. Het gaat over ondergrondse bijeenkomsten van jongeren die elkaar een heel weekend lang of gedurende minstens 48 uur, via de computer zo snel en gruwelijk mogelijk het hoekje om helpen. Ook voor videospelletjes bestaat er nauwelijks regulering. Slechts in 9 lidstaten bestaan er juridische bepalingen voor de classificatie van videospellen of bestaat er een vorm van zelfregulering door de video-industrie. Dergelijke producten worden snel verspreid via internet en reclame, maar toch bestaat in ons land geen enkele regeling terzake. Dat de video-industrie zelf is gestart met een pan-Europees zelfreguleringsproject toont alvast de nood ervan aan.

Uiteraard zijn en blijven de ouders verantwoordelijk voor het welzijn van hun kinderen. Dat wil ech-

ter niet zeggen dat aanbieders en distributeurs van audiovisuele producten en de wetgever helemaal geen verantwoordelijkheid hebben. Het is meer dan ooit belangrijk om op een verantwoorde wijze te leren omgaan met de media en de nieuwe technologieën. Beeldvorming, het leren omgaan met een beeldcultuur, weerbaarheidstraining, inzicht verwerven in de trukendoos van de media en het voorzien van montages van makkelijk te misleiden beelden zijn niet alleen nuttig voor jongeren, maar ook voor het bredere publiek. We willen bijvoorbeeld allemaal wel eens weten wat de invloed is van reclame.

Mevrouw de minister, wat denkt u over de toch wel opmerkelijke resultaten van het onderzoek? Hoe denkt u iets te kunnen veranderen? Welke initiatieven stelt u voor vanuit uw bevoegdheden voor welzijn en preventie?

U bent ook verantwoordelijk voor de integrale jeugdzorg. Ik neem aan dat u met die achtergrond al aan concrete voorstellen denkt.

Hebt u plannen voor het invoeren van een leeftijdsgrens voor het huren van geweldvideo's? Bepaalde films worden immers door de filmkeuringscommissie als Kinderen Niet Toegelaten bestempeld, maar toch kunnen kinderen de films enkele weken of maanden later makkelijk op video lenen. Hebt u initiatieven in petto?

Denkt u aan andere manieren om de geweldstroom die via de tv of ander media op kinderen afkomt, in te perken? Hoe wilt u dit concreet aanpakken?

Ten slotte, weet u of, na het onderzoek in de Verenigde Staten, de problematiek ook werd behandeld in onderzoeken die in ons land zijn uitgevoerd? Blijkt hetzelfde uit de rapportering die u van vertrouwensartsen krijgt?

De voorzitter : De heer Roegiers heeft het woord.

De heer Jan Roegiers : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik sluit me aan bij de vraag van mevrouw Merckx. De problematiek die zij aankaart, is inderdaad niet te onderschatten. Ik wens in de eerste plaats de hypocrisie te hekelen in de samenleving. We hebben wel allerlei regeltjes bedacht voor blootfilms en pornofilms, maar tot nu toe hebben we geen visie ontwikkeld op geweld in de film of in andere media.

Mevrouw Merckx heeft in haar uitgebreide vraag om uitleg reeds een aantal zaken genoemd. Het

Roegiers

zou inderdaad goed zijn die dingen te onderzoeken of er een overleg over te beginnen. Bij de Nederlandse zenders bijvoorbeeld wordt er bij de aanvang van de film aangekondigd vanaf welke leeftijd de getoonde film geschikt is. De Franstalige en de Franse zenders plaatsen een permanent icoontje op het scherm dat aangeeft voor welke leeftijd de film geschikt is. Voor wat betreft de televisie kan een en ander dus worden geregeld.

Het lijkt me echter moeilijk om dingen te verbieden in videotheken. We moeten daar wellicht wat verstandiger te werk gaan. Immers, op het internet is gewoon alles te vinden. Ik bedoel dan niet de seks, maar vooral het geweld. Ook voor boeken is het moeilijk. In de boeken van een gerespecteerd schrijver als Jef Geeraerts is te lezen hoe een moord in elkaar te steken. We moeten ons dus hoeden voor een absurde regelgeving.

Mevrouw de minister, u hebt enige tijd geleden gezegd dat u bezig was met hervormingsplannen voor de filmkeuringscommissie. Hoever staat het daarmee ?

De voorzitter : De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik ben niet degene die zal pleiten voor het zonder meer tonen van geweld- of pornofilms op de televisie tijdens de uren waarop ook minderjarigen en kinderen kijken. De vraagsteller heeft gedeeltelijk gelijk dat er momenteel op de televisie een loopje wordt genomen met de goede smaak.

Toch komt haar betoog me wat overdreven voor. Ik ken het onderzoek waarnaar ze verwijst niet, maar ik geloof er ook niet veel van. Toen ik kind was, toonde de BRT de Amerikaanse serie Batman. We keken er als kinderen naar uit om die serie te kunnen bekijken. Toen het echter zover was, bleek ze ongeschikt te zijn voor kinderen. We mochten dan ook niet kijken. Mijn ontgoocheling was toen zeer groot, zo groot dat ik het me nog steeds herinner. Volgens de stelling van de vraagsteller heb ik geluk gehad, want als ik had mogen kijken, dan zat ik misschien al lang in de gevangenis.

We moeten wat realiteitszin aan de dag leggen. Het lijkt me wat overdreven zomaar te zeggen dat kinderen die meer dan een uur per dag naar de televisie kijken, later agressiever zullen zijn en meer risico lopen terecht te komen in de criminaliteit. Ook

mijn jongste zoon had dan al lang in de gevangenis moeten zitten. Al van bij het ontstaan van de televisie wordt geprobeerd alles en nog wat in de schoenen van het, toen nieuwe, medium te schuiven. Dat werd ook geprobeerd bij de opkomst van de computerspelletjes. Ze zouden ongezond zijn en tot epilepsie leiden. Achteraf bleek het bijlange niet zo'n vaart te lopen.

Dezelfde discussie wordt al jarenlang gevoerd over het zogenaamde pedagogisch onverantwoord speelgoed. Waarmee mogen kinderen spelen, en waarmee niet ? Als jongens cowboy en indiaan spelen, zet dat dan aan tot agressief gedrag ? Het is allemaal sterk overdreven, en we mogen de discussie dus niet op de spits drijven.

Ik wil hiermee echter niet gezegd hebben dat er geen normen moeten zijn voor het uitzenduur en de programmatie.

De voorzitter : Minister Vogels heeft het woord.

Minister Mieke Vogels : Mevrouw de voorzitter, collega's, ik keek vroeger naar Kapitein Zeppos en ik ben in de politiek terecht gekomen. Misschien is er een verband, mijnheer Strackx, en bent u bij het Vlaams Blok terecht gekomen omdat u niet naar Batman mocht kijken. (*Gelach*)

Het onderzoek waar mevrouw Merckx naar verwees, is een ernstig onderzoek. Gedurende 17 jaar werden 707 personen gevolgd. Bij dit soort onderzoek rijst natuurlijk meteen de vraag van de kip en het ei. Is televisie de oorzaak van het geweld, of kijken gewelddadige mensen gemiddeld meer naar televisieprogramma's met agressieve beelden ? Hoe dan ook, zelfs als er rekening wordt gehouden met een aantal kruisinvloeden blijft de stelling van dit onderzoek overeind. Mensen die vaak naar gewelddadige programma's op tv kijken, vertonen later ook meer gewelddadig gedrag.

Dit is trouwens niet de eerste studie die tot die resultaten komt. Ik herinner me een grootschalig Unesco-onderzoek uit 1998, uitgevoerd door professor Groebel van de universiteit van Utrecht. Die studie concludeerde dat tv-geweld, met gemiddeld vijf tot tien agressieve daden per uur, bijdraagt aan een wereldwijde agressieve cultuur.

Ook in 2001 kwam een studie van de Stanford University in Californië tot een soortgelijke conclusie. De onderzoekers hebben toen een rechtstreeks verband aangetoond tussen agressie bij scholieren en gewelddadige televisieprogramma's en computerspelletjes. Kinderen bleken agressiever gedrag

Vogels

te vertonen naarmate ze via tv en computerspellen meer met geweld werden geconfronteerd.

Deze studie is dus niet losstaand. Er zijn steeds meer wetenschappelijke gegevens die de stelling onderbouwen die mevrouw Merckx naar voren heeft gebracht. Natuurlijk, de vaststelling en het wetenschappelijk onderzoek is één kwestie ; de vraag wat ik aan die feiten wil veranderen, is een andere kwestie.

Als minister van Welzijn ben ik natuurlijk voor een wereld zonder agressie, waar kinderen en volwassenen gezond en geborgen kunnen opgroeien. Ik besef echter ook heel goed dat ik als Vlaams minister geen tovermiddel heb tegen het fenomeen 'agressie' dat wereldwijd door de geglobaliseerde media op ons wordt afgestuurd.

Ik geloof niet dat het nemen van puur restrictieve maatregelen, zoals verboden, wetten en speciale apparatuur, kinderen volledig kan beschermen tegen agressie op tv. Ik geloof veel meer in zelfregulering door de mediasector, zoals nu in Nederland succesvol wordt toegepast.

Ook geloof ik in de waarde van mediaopvoeding – of noem het beeldalfabetisering waarbij kinderen van jongsaf beelden leren begrijpen en interpreteren. Met die vaardigheden en kennis over de media en de beeldcultuur kunnen ze volgens mij veel beter de confrontatie aan met reclame, agressie, manipulatie, enzovoort.

Ik wil wel benadrukken dat het voorkomen van agressie bij kinderen en jongeren niet enkel een taak van de overheid en dus bijvoorbeeld ook van scholen is. Ook de ouders spelen hier een belangrijke rol. Ik meen dat ouders hun kinderen best begeleiden bij de keuze van de tv-programma's en bij het bekijken van mogelijk schadelijke beelden.

Mevrouw Merckx, uw vraag lijkt te suggereren dat er binnen mijn bevoegdheden een verbod zou bestaan op het verhuren van pornovideo's aan kinderen onder een bepaalde leeftijdsgrens. Dat is niet zo. Wel is het zo dat er in 1920 in het kader van de jeugdbescherming een wet is aangenomen om voorafgaandelijk bioscoopfilms te keuren die voor kinderen al dan niet toegankelijk zijn. Sindsdien is deze wet niet meer gewijzigd : dus over videofilms zegt ze niets. Het verbod om porno te verhuren aan minderjarigen spruit eerder voort uit andere wetten, die vallen onder Justitie, bijvoorbeeld het aanzetten tot ontucht, en dergelijke meer.

Ik kader uw vraag in een noodzakelijke hervorming van de wet op de filmkeuring uit 1920. Ik zou willen evolueren naar een systeem van zelfregulering door de mediasector zelf, waarbij de overheid het wettelijke kader bepaalt en waarbij de media-producenten zelf verantwoordelijk worden voor het adviseren van de kijker over mogelijke schadelijke beelden in bioscoopfilms, video's, videospellen en tv-programma's. Uiteraard moet de overheid een controle uitoefenen op die zelfregulering en moet de burger een klachtmogelijkheid krijgen.

In Nederland bestaat inderdaad het zeer succesvolle systeem 'Kijkwijzer', waarbij de kijker van tv-fictie, bioscoopfilms, videogames en videofilms uitvoerig wordt geïnformeerd over mogelijk schadelijke inhoud voor kinderen, en dit op het vlak van angst, seks, geweld, discriminatie en drugsmisbruik. Tegelijk geeft een leeftijdsaanduiding aan voor welke leeftijdscategorie de film geschikt is. Het systeem werkt met eenvoudige pictogrammen, zodat ook kinderen onmiddellijk begrijpen welke inhoud ze kunnen verwachten bij een bepaalde film of bij een bepaald programma of spelletje.

Voor elk van de domeinen kan men tot een verschillende leeftijdsaanduiding komen. Ik geef een voorbeeld. Tekenfilms zoals Tom & Jerry bevatten veel geweld en agressie, maar toch zal dat geen aanleiding geven tot een leeftijdsaanduiding '16+'. Het onderzoek waarnaar u verwijst, dat op zondagmorgen meer agressie in het huishouden voorkomt na het zien van tekenfilms als Tom & Jerry, zou wel eens te maken kunnen hebben met het feit dat de ouders op dat moment nog kat en muis spelen in bed. Als de kat van huis is, dansen de muizen. Als de kinderen het huis voor zichzelf hebben, stellen ze zich misschien iets agressiever op dan wanneer de ouders erbij zijn. Het expliciete geweld van bijvoorbeeld een film met Schwarzenegger zal daarentegen wel aanleiding geven tot een globale '16+'-beoordeling.

De wet uit 1920 kent geen videofilms, videogames of internet. Dat wil ik uiteraard veranderen. In mijn beleidsbrief 2002 had ik inderdaad aangekondigd dat er een hervorming zou komen van de commissie die zich bezighoudt met de toepassing van de wet van 1920. Die commissie is intussen opnieuw geïnstalleerd in een nieuwe samenstelling. De voorzitter heeft zijn beleidsnota voorgesteld aan de nieuwe commissieleden en we zijn op dit moment bezig met de uitwerking van het kader, zoals het in Nederland voorkomt.

We mogen niet de illusie hebben dat we vanuit Vlaanderen een impact kunnen hebben op het aan-

Vogels

bod van beelden die we liever niet zouden hebben, en die leiden tot een normvervaging. Er bestaan op dit moment Europese regels die alle tv-zenders moeten naleven, en die een aantal verboden en verplichtingen opleggen over de media-inhoud, ter bescherming van de morele en fysieke integriteit van kinderen.

De overheid heeft een verantwoordelijkheid, maar ik geloof meer in een preventieve en opvoedende aanpak, waarbij kinderen en jongeren geweld en agressie in beelden kunnen interpreteren, waarbij kinderen kunnen kiezen voor kwalitatieve programma's, waarbij kinderen goede televisie van slechte kunnen onderscheiden en waarbij kinderen leren dat de getoonde werkelijkheid op tv niet altijd overeenstemt met de echte werkelijkheid.

De overheid moet zich trouwens niet op alle vlakken bemoeien met het privé-leven van haar burgers en moet de opvoeding niet van de ouders overnemen. Het is evenmin de taak van de overheid om alle mogelijke vormen van geweld via speelgoed te verbieden. Het is de verantwoordelijkheid van de ouders om speelgoed dat aanleiding kan geven tot geweld, al dan niet aan te kopen.

Er zijn me geen gegevens bekend over andere onderzoeken hierover in ons land.

De voorzitter : Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey : Ik stel vast dat de stelling uit het onderzoek overeind blijft. Me-

vrouw de minister, ik ga wel akkoord met u dat het belangrijker is om preventief te werken en ervoor te zorgen dat jongeren, maar ook senioren, weerbaarder worden tegen en kennis krijgen van het functioneren van de media. Wie enkel op de media is aangewezen, krijgt alleen een afspiegeling van de realiteit. Ik hoop dat er hiervoor in het budget voldoende middelen zullen worden vrijgemaakt.

Het is ook belangrijk dat we kritisch blijven ten aanzien van de commercie in de media. Mevrouw de minister, ik hoop dat de voorzitter van de nieuwe filmkeuringscommissie handelt in de lijn van wat u voorstelt, dat er zo snel mogelijk een gelijk-schakeling komt van de controle op films en video's. Op dit moment is dat een leemte.

Mevrouw de minister, ik hoop dat u en minister Van Mechelen dit punt op Europees niveau zullen opvolgen. Maandag was ik in het Italiaans parlement. In de voormiddag werd er een discussie gevoerd over 'il bambino virtuale'. De parlementsleden hadden het over hun verwachtingen ten aanzien van de overheid ter bescherming, maar niet ter betutteling van jongeren. De geluiden die ik er heb gehoord, komen overeen met de onze. Misschien is het goed om op Europees niveau het voortouw te nemen.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

– *Het incident wordt gesloten om 15.45 uur.*
