

Zitting 1998-1999

8 december 1998

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIYN, GEZONDHEID EN GEZIN

Interpellatie van de heer Guy Swennen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de stand van zaken met betrekking tot de oprichting van de gezondheidsnetwerken of logo's

Vraag om uitleg van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de organisatie van borstkankerscreening

Vraag om uitleg van de heer Frank Creyelman tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de mogelijke import van besmettelijke ziekten door migranten en eventuele preventieve maatregelen terzake

Vraag om uitleg van de heer Marc Olivier tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de resultaten van de wetenschappelijke bevraging van de Rijksuniversiteit van Gent rond het experimenteelgedrag met drugs door jongeren

Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin

Dinsdag 8 december 1998

VOORZITTER : Mevrouw Trees Merckx-Van Goey

– *De interpellatie wordt gehouden om 15.42 uur.*

Interpellatie van de heer Guy Swennen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de stand van zaken met betrekking tot de oprichting van de gezondheidsnetwerken of LOGO's

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van de heer Swennen tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de stand van zaken met betrekking tot de oprichting van de gezondheidsnetwerken of LOGO's.

De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal het kort houden. Dat betekent niet dat mijn bezorgdheid niet groot is.

Hardnekkige geruchten wijzen erop dat de oprichting van de LOGO's helemaal niet vlot loopt. Men zegt dat het preventiebeleid in delen van Vlaanderen tot ongeveer nul is teruggelopen en vervangen door een soort organisatiebeleid in het kader van de start van de LOGO's. Er wordt blijkbaar een aantal spreekwoordelijke robbertjes gevochten, er is sprake van achterdocht en onduidelijkheid. Men spreekt zelfs van een lichte demotivatie omdat de reorganisatie zo lang uitdijt dat men niet aan operationele preventieprojecten toekomt.

Mijn oorspronkelijke bronnen situeren zich in Limburg en Antwerpen, maar de commotie stijgt ook in de andere provincies. Ik heb een artikel uit De Huisarts van 2 december jongstleden geanalyseerd. In een interview zegt dokter Bertels dat de artsen in Vlaams-Brabant zich moeten organiseren

om de LOGO's op te richten en zich niet mogen laten benvloeden door 'de verdeel- en heerstactiek van de overheid'. Hij vindt dat de LOGO's voor de meeste huisartsen een ver-van-mijn-bed-show zijn. Was de voorbereiding misschien onvoldoende? Volgens dokter Bertens is het voor zelfstandige huisartsen niet evident om zo een structuur op te starten met nauwelijks of helemaal geen hulp van de overheid. Bovendien zijn het alleen de huisartsen die zich engageren, de andere actoren zetten zich niet in. En ten slotte leeft er een conflict tussen het provinciebestuur en de huisartsen.

De VZW Hou Vol staat voor huisartsen en andere organisaties in de regio. Dit komt vrij provocerend over bij andere organisaties. Dit illustreert duidelijk het organisatorische kluwen van de LOGO's. Het inhoudelijke aspect komt op deze manier helemaal niet aan bod. Ik weet dat we in een overgangsfase zitten, maar dat is een zwak excuus.

Is dit een doorsnede van heel Vlaanderen of is dit een uitzondering? Ik aanvaard als verzachtende omstandigheid dat de aan de gang zijnde reorganisatie fundamenteel is. We hebben vernomen dat de Vlaamse regering op 19 december 1997 heeft beslist om via een besluit de preventieve gezondheidszorg in Vlaanderen drastisch te herordenen. De welbekende krachtlijnen waren de belangrijke herstructurering van het VIG en de heroriëntatie van de preventieve gezondheidszorg naar meer lokaal gerichte acties en actoren via nieuw op te richten LOGO's.

Mevrouw de minister, u zou een timing hebben vooropgesteld waarbij de LOGO's vanaf 1 mei 1998 operationeel moesten worden. Bovendien hebt u toegezegd dat de hervorming eind 1998 zou worden geëvalueerd in functie van een nieuw decreet dat het voornoemde besluit zou vervangen. Wat is de huidige stand van zaken? Hoeveel van de geprogrammeerde twintig LOGO's zijn op dit moment reeds formeel opgericht en hoeveel hou-

Swennen

den er zich reeds bezig met de realisatie van de vijf Vlaamse gezondheidsdoelstellingen ? Hoever staat het met de operationele, inhoudelijke preventieprojecten ?

Blijft u de toegezegde koppeling maken tussen een evaluatie van de concrete werking van de LOGO's en de verankering van deze hervorming in een nieuw decreet ? Kunt u ons beloven dat het parlement en de gezondheidsraad tijdig informatie terzake krijgen alsook de kans om deze evaluatie grondig in te zien en te bespreken voordat er nieuwe wetgevende initiatieven worden genomen ? Wie staat er in voor deze evaluatieopdracht ? Wat is de timing ?

In welke mate is de hervorming van het VIG reeds concreet doorgevoerd en wat zijn de toekomstplannen terzake ? Klopt het dat de meeste lokale preventieacties in Vlaanderen door de hervormingen zo goed als stilgevalen zijn ? Welke ontwerpen van decreet inzake de preventieve zorg zijn er nog in voorbereiding tijdens deze zittingsperiode ?

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de voorzitter, geachte collega's, de heer Swennen heeft een hele waslijst concrete en pertinente vragen gesteld.

Mevrouw de minister, ik heb nog één bijkomende vraag. Ik zou graag de inventaris krijgen van de moeilijkheden die men op dit ogenblik ondervindt bij het opstarten van bepaalde LOGO's. We kunnen het meeste leren uit de moeilijkheden en de regionale spreiding ervan. Doen er zich problemen voor op het niveau van de provincies ? Terzake hebben we allemaal gesprekspartners. Het interesseert me vooral of er regio's zijn waar de huisartsen moeilijk kunnen participeren of niet worden aanvaard als gesprekspartner.

In deze commissie is de moeizame samenwerking met Kind en Gezin al dikwijls aan bod gekomen. Vorige keer werd dit ook gesignaleerd aan de administrateur-generaal. Uiteindelijk zou de regioverantwoordelijke worden afgevaardigd. De versnippering en onduidelijkheid over de registratie van het vaccinatiebeleid blijft bestaan. Er wordt geen eenduidig antwoord gegeven. Kind en Gezin zou een vaccinatiedatabank oprichten waaruit het medisch schooltoezicht en de huisarts de gegevens moeten putten. Bovendien zou binnen Kind en Gezin een recallsysteem worden opgestart waarbij

alle kinderen een uitnodiging krijgen om zich te laten vaccineren.

Dit is in volledige tegenspraak met de centrale rol van de huisarts in de preventie. Als Kind en Gezin zelf de mensen uitnodigt voor de vaccinatie, bestaat het door u nagestreefde partnerschap niet. Kind en Gezin stelt zich tot doel de vaccinatiegraad te bevorderen en te verbeteren en richt daartoe een callcenter op. Mevrouw de minister, dit leidt toch niet tot een eenduidige visie op het preventiebeleid. Deze versnippering staat haaks op een coherent beleid. De vraag van de heer Swennen om ondersteuning door de overheid is terecht. De huisartsen kunnen geen volwaardige rol spelen indien ze geen doeltreffende registratiemogelijkheden hebben.

Het zou ook erg leerzaam zijn om nu reeds te beschikken over een lijstje van LOGO's die al functioneren. Ik merk dat u die lijst bij hebt. Ik vermoedde al dat u op mijn vraag voorbereid zou zijn. Verder zou het erg helpen als we zouden beschikken over een inventaris van moeilijkheden en knelpunten.

De voorzitter : Mevrouw de minister, ik zal hier zelf geen vragen stellen, omdat ik de meeste reeds naar aanleiding van de bespreking van de begroting heb gesteld. Tijdens de discussie over uw beleidsnota over de uitbouw van LOGO's hebben verschillende commissieleden daarover gesproken.

Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, geachte collega's, ik zou mijn antwoord hier tot drie minuten kunnen beperken. De eerste vraag van de heer Swennen en de laatste van mevrouw Avontroodt zijn nieuw. Alle andere vragen zijn reeds uitvoerig beantwoord. Die antwoorden zijn terug te vinden in het verslag van de begrotingsbespreking. Sommige commissieleden waren toen echter niet aanwezig en het interview met dokter Bertels was nog niet verschenen. Ik zal daarom toch proberen om enigszins volledig te antwoorden.

Op de vraag van de heer Swennen zou ik willen antwoorden met een verwijzing naar een interview met dokter Tony Swinnen in de Artsenkrant. Volgens hem verloopt de oprichting van de LOGO's uitstekend. Voorts vindt hij dat vandaag voor het eerst een ernstig uitgebouwd kader wordt gecreëerd. Die uitbouw is in Limburg trouwens volledig afgerond. Die provincie zal voor deze werking 21 miljoen frank extra ontvangen.

Demeester-De Meyer

Ik benadruk dat meerderheid en oppositie het erover eens zijn dat we veel meer aandacht moeten besteden aan preventie. We kunnen niet genoeg aan preventie doen. In de mate dat we dat in Vlaanderen zelf kunnen, doen we dat ook. Het is natuurlijk geen eenvoudige zaak om dat goed te doen, gegeven de bestaande structuren op Vlaams en federaal niveau. Een van de meest cruciale punten heb ik al twee jaar geleden onder de aandacht gebracht in mijn nota over de krijtlijnen rond de centrale rol van de huisarts. In feite moet de huisarts anders worden betaald. Zijn preventief optreden zou anders moeten worden gefinancierd, en we zouden moeten kunnen beschikken over een centraal dossier.

Stilaan geven we in Vlaanderen vorm aan een andere soort van gezondheidszorg. Enkele dagen geleden werd dat uitdrukkelijk erkend in een vrije tribune in De Morgen van de professoren De Maeseneer, Heyrman, Denekens en Van Royen. In het slot van het artikel staat dat we op een andere wijze zullen moeten werken, maar dat daarvoor tijd nodig is.

Ook ik droomde ervan dat tegen de zomer alle LOGO's zouden zijn opgericht. Maar ik heb ten slotte moeten aanvaarden dat het tempo van de oprichting wordt bepaald door de mensen die daarbij zijn betrokken. Dat is in wezen de juiste aanpak. Een nieuwe visie op preventie in de praktijk brengen, waarbij alle partners zijn betrokken, vraagt veel van de initiatiefnemers, maar ook van iedereen die het op het terrein moet waarmaken. Daarom hebben we bij het uitstippelen van de krijtlijnen van de preventieve rol van de huisarts een zo breed mogelijke discussie georganiseerd.

Het volstaat immers niet dat men structuren uitbouwt en de provincies een bepaald aantal miljoenen geeft. Er moet een breed draagvlak worden opgebouwd. Dat heeft ertoe geleid dat we uiteindelijk later dan gedroomd van start zijn kunnen gaan. Wat we vandaag realiseren, is neergeschreven in een artikel van 1982. Daarin werd voorgesteld om in Vlaanderen preventieve netwerken te creëren voor populaties tussen 100.000 en 200.000 mensen. Ik zal u dat artikel bezorgen. Er bestaan dus veel goede ideeën, maar men slaagt er niet altijd in om ze in praktijk om te zetten.

Laten we een evaluatie maken in het jaar 2002. Op dat ogenblik zullen we vijf jaar hebben gewerkt rond de vijf krijtlijnen en zijn de LOGO's opgericht. Als dan blijkt dat we ongelijk hebben gehad

om het tempo te laten bepalen door het werkveld zelf, kunnen we optreden. De bedenking dat er op het terrein zelf niets gebeurt, heb ik nergens gehoord. Ze komt misschien van degenen die het allemaal liever anders willen aanpakken. Men wil misschien wat meer dictatoriaal te werk gaan. Ik weet niet wie deze bedenkingen maakt, mijnheer Swennen. Ik stel enkel vast dat men zich op het terrein zelf, in de gemeenten dus, nog nooit zo betrokken heeft gevoeld bij de preventieve gezondheidszorg als vandaag.

Ik heb dat hier vorige keer ook gezegd. De lokale besturen worden er nu immers veel sterker bij betrokken. Dat debat moet worden gevoerd door de politici. Voor het eerst debatteren ze over de vraag of ze een frank, twee frank of drie frank ter beschikking stellen voor de preventieve gezondheidszorg.

Ik kan de situatie enkel beoordelen in de regio's die ik ken. Ik baseer me daarbij op wat dokter Swinnen, u welbekend, heeft gezegd. Hij zei dat het heel goed loopt en dat er voor het eerst een kader wordt gecreëerd. Ik heb het artikel niet bij me, maar als u wilt, kan ik het u bezorgen.

In de provincie Limburg maken ze er, zoals altijd, vrij snel werk van. Noord-Limburg, Zuid-Limburg, West-Limburg, het Maasland en Midden-Limburg starten voor het eind van het jaar volledig op. Ze zullen de convenant nog dit jaar afsluiten, afhankelijk van hun aantal inwoners : 132.000, 138.000, 168.000, 109.000 en 226.000 inwoners. Ik behoor niet tot degenen die zeggen dat er oorspronkelijk van 250.000 inwoners sprake was, en dat het er bijgevolg overal 250.000 moeten zijn. Als het werkveld me meedeelt dat het soepeler kan met een verandering, is dat voor mij goed. Ten eerste moet het besluit dan wel worden aangepast. Die aanpassing werd al voorbereid. Ten tweede moet worden nagegaan hoe de middelen worden verdeeld over de inwonersaantallen.

We proberen in te gaan op de voorstellen van het werkveld. Voor het eerst zullen we heel Vlaanderen coveren met preventieve gezondheidszorg. Ik ben op de hoogte van schitterende initiatieven van de WVVH en een aantal andere lokale organisaties voor gezondheidspreventie die worden gestimuleerd door het VIG. Dat waren heel verspreide acties. Er was bijvoorbeeld een vrij goede kern in Noord-Antwerpen, terwijl er in het zuiden van Antwerpen helemaal niets was. Ik kan u dat trouwens op de kaarten tonen. In een aantal delen van Vlaams-Brabant en Limburg was er een vrij grote activiteit. In Oost- en West-Vlaanderen nam

Demeester-De Meyer

daarentegen slechts sporadisch een aantal gemeenten deel.

In een jaar tijd hebben we bereikt dat alle gemeenten worden betrokken. Dat is enorm. Als het hier of daar wat langer duurt, is dat aan de gemeentebesturen te wijten. Het is vandaag wel nog te vroeg om een evaluatie te maken. We wachten daar beter nog vijf jaar mee.

Dokter Bertels heeft me een brief geschreven. Ik zal proberen daarop in te gaan. Dat is de enige regio in Vlaams-Brabant waar er nog een andere visie bestaat. Ik begrijp trouwens heel goed dat sommige mensen in Vlaanderen een andere visie hebben en het op hun manier willen doen. Maar we proberen de provincies er toch bij te betrekken. Tijdens een vergadering van deze commissie waren de vertegenwoordigers van de provincies aanwezig. Er werd toen heel duidelijk gezegd dat, in tegenstelling tot de krijtlijnen, de provincies moesten worden betrokken.

Ik probeer steeds nieuwe formules te zoeken voor een volledige betrokkenheid. We zijn daarin geslaagd. Oorspronkelijk was dat mijn visie niet, maar ik ben op dat vlak een echte democraat : als men denkt dat het beter gaat op een andere manier, dan doen we het ook op een ander manier. We zoeken de beste oplossing.

Er bestaat een probleem in die kleine regio met ongeveer 100.000 inwoners en een heel boeiende huisartsengroep. Volgens mij is dokter Bertels ook een heel interessant huisarts, die sterk betrokken is bij de zaak. Er moet wel nog worden gezocht naar een soepele houding. Nu zegt die VZW dat een derde huisarts moet zijn. We hebben de soepelheid gelaten om dat te laten groeien. Op zich heb ik daar niets tegen.

De provincie wil een grotere betrokkenheid van de andere partners. Ik kom hier bij de bezorgdheid van mevrouw Avontroodt, die sprak over Kind en Gezin. We moeten ook het probleem van de vaccinaties oplossen. We moeten rekening houden met dat heel boeiende gegeven in Vlaanderen. Er zijn allerlei dingen aanwezig. We moeten trachten gezamenlijk een oplossing te vinden om die structuren op te richten.

Ik geef toe dat ik van 15 mei of 1 juni 1998 droomde. Als op het eind van het jaar nog één provincie niet meedoet – Oost-Vlaanderen heeft beslist pas in januari of februari op te starten – dan wachten

we gewoon één jaartje. We moeten geduld oefenen en hen op gang laten komen. Ook in die regio's is de betrokkenheid van de gemeenten van fundamenteel belang. Ik ben op bezoek geweest in een aantal gemeenten om te horen hoe er wordt gereageerd. De reacties verschillen sterk, maar iedereen is geboeid. Als de schepen van Sociale Zaken en Gezondheidszorg een vrouw is, gaat het vrij snel. Als het geen vrouw is, duurt het soms wat langer.

Ik heb inderdaad in een aantal regio's verschillen vastgesteld. Vaak beseft het gemeentebestuur na een goed gezamenlijk gesprek dat wat wij voor ogen hebben goed is en wat zij voorstellen ook. Ik durf niet beweren dat de preventieactiviteiten ondertussen zijn gestaakt. Het zijn niet de LOGO's die deze activiteiten organiseren. Nee, de LOGO's zijn netwerken met facilitatoren, die als doel hebben de preventiegedachte ingang te doen vinden bij iedereen die hierin functioneert.

Ik zie wat bijvoorbeeld het VIG en de VAD ondertussen hebben georganiseerd. Nog maar een viertal weken geleden was ik in Elewijt, waar er sprake was van 200 tot 300 bemiddelaars. Ik heb u tijdens een vorige vergadering de brochures over dit project verstrekt. Het gaat over mensen die functioneren in al die preventieactiviteiten. In Elewijt werd specifiek gewerkt aan drugs- en alcoholpreventie. Wie ziet hoe dit allemaal beweegt, kan niet beweren dat de preventieactiviteiten het voorbije jaar zijn afgenomen. Integendeel, er is sprake van een veel grotere betrokkenheid. Die 200 mensen waarover ik het had zijn geen huisartsen – hoewel er wel een paar huisartsen deel van kunnen uitmaken – maar mensen van de politie, van MST's en van scholen. Die mensen komen specifiek met betrekking tot deze problematiek luisteren hoe men op lokaal vlak een dergelijke beweging mee kan ondersteunen.

Ik nodig u uit om daar aandacht voor te hebben, en niet zozeer voor die enkele criticasters die er steeds zullen zijn op het terrein. Wie luistert naar mensen die zich op deze wijze betrokken weten, merkt dat er een heel goede evolutie gaande is.

Natuurlijk klopt het dat we met een totaal nieuw project en een andere visie zijn begonnen. Veranderen is niet gemakkelijk. Toen ik wat meer parlementaire ervaring en regeringservaring had, had ik ook al geleerd dat er vaak meerdere jaren nodig zijn om iets te realiseren. Toen ik in 1974 in het parlement debuteerde, was het ook mijn bedoeling de wereld te veranderen. Ik dacht dat ik in 1976 en 1978 al heel wat zou hebben bereikt. Sommige van

Demeester-De Meyer

mijn dromen van toen heb ik pas kunnen verwezenlijken in 1985 of 1989. Veranderen gaat langzaam, ook op andere domeinen. U kunt het echter afmeten aan het klimaat op het terrein : uiteindelijk zullen we met een heel ingrijpende evolutie zijn begonnen. Maar nu moeten we het werkveld ten volle een rol laten spelen.

Mevrouw Avontroodt, u vroeg hoe men dat zal meten. Er is inderdaad sprake van een begeleidingsproces om het opstarten van de LOGO's met de facilitatoren mogelijk te maken. Dat vindt plaats onder leiding van een professor uit Antwerpen. Daar zal een vorm van evaluatie worden ingebouwd. Over een jaar of twee zal men zien wat daarvan de effecten zijn.

Verder denk ik dat ik de meeste van uw vragen reeds had beantwoord in de commissie. Ik heb hier de gegevens over de projecten die voor het jaareinde af zullen zijn. Ik zal ze overhandigen aan de commissievoorzitter die ze u zal bezorgen. Van wat hier is uitgetekend, zullen er zestien operationeel zijn voor het jaareinde. De rest zal in de loop van januari of februari operationeel worden. Indien ik parlamentslid was, zou ik me wellicht ook enigszins geprikkeld hebben afgevraagd wanneer dat nu zal gebeuren. Maar ik heb nu eenmaal aanvaard dat het tempo wordt bepaald door het werkveld, en daar ben ik eigenlijk blij om. Ik ben blij dat de WVVH kan bemiddelen op die plaatsen waar dit alles moeilijker ligt.

Maar ik moet ook het volgende zeggen, mijnheer Swennen. Iedereen weet dat de provincie een belangrijke rol speelt en wil spelen. Voor dat niveau is het natuurlijk niet aangenaam van sommige VZW's te vernemen dat deze autonoom, los van de provincie, willen opstarten. Een reactie van de provincie is dan vaak het ontnemen van subsidies. Een dergelijk dirigisme betreurt ik. Maar ook dat laat ik gebeuren. Ik laat die dingen groeien en ben er zeker van dat ze hun weg wel zullen vinden. De provincie kan immers toch een ondersteunende rol blijven spelen. In Limburg lukt dat altijd. Daar is men er sterk in om dat steeds onder de auspiciën van de provincie te laten plaatsvinden. Andere provincies moet men de tijd gunnen. Wij zullen terzake bemiddelen. We zullen niet voor het ene of het andere kiezen, maar we zullen dus zuiver een rol als bemiddelaar spelen.

Ik ga nog even specifiek in op uw vragen over het preventiedecreet. Ik heb gezegd dat ik nog twee decreten heb. Ten eerste is er dat over de centra

voor geestelijke gezondheidszorg. Dat werd vanmorgen goedgekeurd door de Vlaamse regering, na het ontvangen van de adviezen van de SERV en de VGR. Het wordt nu overgemaakt aan de Raad van State en aan de voorzitter van het Vlaams Parlement. Het is de bedoeling dat dit zo snel mogelijk door het parlement zal worden goedgekeurd.

Ten tweede heb ik het globale preventiedecreet in voorbereiding. Ik denk dat we dit niet meer in deze regeerperiode zullen kunnen invoeren, al blijf ik er wel aan werken. In de volgende regeerperiode moet men dan maar beslissen wat men ermee aanvangt. Hetzelfde heb ik vroeger trouwens al eens gedaan met het kwaliteitsdecreet.

Ik ben het er dus niet mee eens dat de lokale preventieacties in Vlaanderen zouden zijn stilgevallen. Dat is absoluut niet het geval. Rond de vijf kringlijnen zijn permanente werkgroepen bezig die nu gegevens ter beschikking zullen stellen. Deze gegevens zijn bestemd voor de LOGO's en voor alle andere belanghebbenden die daarom vragen. De werkgroep vaccinatie probeert deze problematiek op te lossen, zodat er een goede samenwerking kan worden gecreëerd met Kind en Gezin. Dit moeten we natuurlijk niet op een stoeve of dirigistische manier doen, maar wel op een bemiddelende manier, om op die manier een goed resultaat te halen.

De voorzitter : De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Mevrouw de voorzitter, ik zou eerst toch willen reageren op het subtiële sneetje dat ik van u heb gekregen. Ik wil erop wijzen dat ik mijn interpellatieverzoek al op 2 oktober heb ingediend. Ik ging er natuurlijk vanuit dat dit vrij snel aan de orde zou komen. Het is natuurlijk niet mijn schuld dat mijn interpellatie nu pas wordt behandeld. Ik weet dat u zich in het Bureau hebt verzet tegen het behandelen van mijn interpellatieverzoek als een interpellatie. Het is echter mijn goed recht om een interpellatie te houden over bepaalde zaken die ik opvang.

Daarnaast denk ik dat het niet meer dan normaal is dat ik niet altijd aanwezig kan zijn in de vergaderingen. Men kan mij toch echt niet verwijten dat ik niet mijn best zou doen om mijn werk als Vlaams volksvertegenwoordiger zo goed mogelijk te verrichten. Op het gepaste moment zal ik u nog wel eens zeggen waarom ik een bepaalde keer niet aanwezig was.

Mevrouw de minister, laat er geen misverstand zijn : ik heb niet gezegd dat er op dit moment al een volledige evaluatie zou moeten gebeuren. Ik

Swennen

heb ook niets afgebroken. Ik heb geen enkele suggestie in die zin gedaan over de operatie-LOGO. Ik heb alleen vragen gesteld over de stand van zaken, de moeilijkheden en de gevolgen van de invoering.

Als ik de vraag stel over het stilvallen van preventieacties, weet ik zeer goed dat de organisatoren van de preventieacties bezig blijven en ondertussen de LOGO's opstarten. Men heeft me echter wel het volgende gezegd. Door het feit dat de actoren die normaal bezig zijn en al hun energie steken in preventie en acties, nu al zo lang onledig zijn met de tribulaties rond de opstart, hebben ze bij het opstarten van inhoudelijke acties hun energie al verspeeld, en ze zijn die nog voortdurend aan het verspelen.

Ik heb dat eens nagegaan voor mijn provincie. Ik heb de lijst nu niet bij me, maar ik zal ze u bezorgen. De preventieacties in mijn provincie draaien echt wel op een vrij laag pitje. Dat zijn dan vooral acties die al dateren van vorig jaar, en nu gewoon doorlopen. Uit kringen van het Antwerpse provinciebestuur heeft men mij daarop gewezen.

Mevrouw de minister, u beschikt blijkbaar over een catalogus. U zou me die eens moeten geven. Dat ik de mosterd ga halen op het niveau van de provincie is niet toevallig en op zich ook niet verkeerd. Ik ben zelf zes jaar verantwoordelijk geweest voor volksgezondheid in de provincie Limburg. Ik heb zeer intensief samengewerkt met dokter Tony Swinnen. Dat is natuurlijk iemand die beslagen is in zijn sector, maar wel iemand die altijd vooral de nadruk legt op het goede nieuws.

U zegt vol overtuiging – en ik wil alleen op uw overtuiging afgaan – dat die initiatieven niet zijn stilgevallen. Hebt u echter een overzicht van de acties die bezig zijn en de voorbije twee jaar ook al bezig waren ? Ik heb me de laatste maanden verdiept in de literatuur hierover. Het is heel moeilijk een compact overzicht te krijgen van de preventieacties die op een bepaald ogenblik bezig zijn in Vlaanderen. Ik zal daar in de toekomst nog eens op terugkomen, maar ik heb daar echt moeite mee.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mijnheer Swennen, er is een onderscheid tussen de acties. Ik kan inderdaad ook een aantal vroegere acties opnoemen, waarvan ik heel duidelijk kan zeggen dat ze niet evidence-based waren. Ze kunnen wel worden geregistreerd als een bepaalde actie. Het grote verschil is dat men met de LOGO's zal kun-

nen meten wat er op het terrein gebeurt, ook al zullen we daarvoor nog heel wat tijd nodig hebben.

Op initiatief van de gemeenten zijn er in de voorbije periode tentoonstellingen georganiseerd over rugklachten, getiteld 'Mijn rug en ik', en over prostaatkanker, met als titel 'Achter het vijgenblad'. De eerste tentoonstelling was evidence-based, de tweede niet, al was die tweede ook wel interessant. Er is geen enkele activiteit stilgevallen over de screening van baarmoederhalskanker of over borstkankerscreening. U mag dus niet zeggen dat er acties zijn stilgevallen.

Onze doelstelling is dat alle preventiewerkers die hiermee bezig zijn de preventiehouding hoog in het vaandel voeren. Bovendien moeten ze rond vijf thema's werken die evidence-based zijn en waarbij men resultaten moet bereiken. Dat is een groot verschil met de aanpak waarbij men hier of daar de preventieacties onderzoekt.

De provincie Antwerpen had liefst gezien dat alle LOGO's van een regio in één VZW werden ondergebracht. In de Noorderkempen wenste men dat de LOGO's autonome VZW's waren. Men heeft de LOGO's toen gezegd dat ze in dat geval geen ondersteuning meer konden krijgen van de provincie. Ik betreur dat, maar ik ga me er niet mee bemoeien. Voor het overige denk ik niet er activiteiten zijn stil gevallen.

De heer Guy Swennen : Dat is dan uw overtuiging. Er is echter geen lijst van de preventieacties.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Die was er in het verleden ook niet.

De heer Guy Swennen : Dat is blijkbaar altijd zo geweest.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Juist daarom hebben we de LOGO's opgestart.

De heer Guy Swennen : U hebt geen LOGO's nodig om een goede inventaris op te stellen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Wie zal de inventaris maken als men niet weet wat er gebeurt in de verschillende gemeenten ?

De heer Guy Swennen : De provincies spelen op dat vlak al jaren een coördinerende rol. Het was perfect mogelijk om via de provincies een inventaris van de activiteiten op te stellen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Er was geen activiteit, noch in West-Vlaanderen, noch in Oost-Vlaanderen.

De heer Guy Swennen : Dat is een andere discussie. Men had de provincies kunnen activeren om dat te doen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat is een compleet andere discussie.

De voorzitter : Mijnheer Swennen, uw interpellatie is ingediend op 2 oktober 1998. Het Bureau heeft vergaderd op 19 oktober 1998. Uw interpellatie kon dus ten vroegste worden geagendeerd in de week van 26 oktober, maar toen waren er plenaire vergaderingen. De week daarna was er Allerheiligenreces, en de week daarna waren er begrotingsbesprekingen.

De heer Guy Swennen : Ik heb pech gehad. Ik verdedig me enkel tegen uw voorstelling van zaken.

De voorzitter : Normaal gezien wordt dit soort interpellaties dan toegevoegd aan de begroting.

De heer Guy Swennen : Het Bureau heeft twee maanden geleden gezegd dat het een interpellatie zou zijn. U kunt me moeilijk verwijten dat ze de commissie niet haalt.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat betekent dan ook dat de vragen en de teneur van uw interpellatie zijn voorbijgestreefd. Er zijn zestien LOGO's opgestart. Dit is het beste bewijs dat het geen loutere overtuiging is, maar een activiteit. Mijn bezoeken aan de gemeenten dateren van de laatste twee of drie maanden. Ik heb vastgesteld dat er een enorme vooruitgang op het terrein is.

De heer Guy Swennen : Als men een interpellatie pas twee maanden na het indienen ervan kan houden, is dit best mogelijk. Twee maanden na het opstarten kan het aanvoelen al heel anders zijn.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Yolande Avontroodt tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de organisatie van borstkankerscreening

De voorzitter : Aan de orde is de vraag om uitleg van mevrouw Avontroodt tot mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de organisatie van borstkankerscreening.

Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik ben blij dat deze vraag afzonderlijk werd geagendeerd omdat ze handelt over de organisatie van de screening. Tijdens de begrotingsbespreking hebben we stilgestaan bij de middelen die werden uitgetrokken voor het bereiken van de doelstelling, namelijk het verbeteren van de graad van participatie aan preventieve borstkankerscreening. Ik meen dat in deze commissie niemand problemen heeft met die doelstelling of met het feit dat eraan wordt gewerkt.

Er rijzen echter concrete en pertinente vragen omtrent de organisatie. Hoe meer tijd we ervoor hebben gekregen, hoe meer tijd men er op het terrein voor heeft kunnen maken en hoe meer verschillende inzichten zijn kunnen ontstaan. Op het terrein is zichtbaar hoe een aantal mensen naar elkaar toe groeien.

Ik wil graag vertrekken van een juist uitgangspunt. Mevrouw de minister, als dat uitgangspunt niet juist is, hoop ik dat het hier wordt gecorrigeerd. Ik bedoel hiermee de begincijfers, de doelstelling en de organisatie, vooral inzake concrete cijfers en gegevens.

We willen 75 percent van de vrouwen in de doelgroep bereiken. Momenteel zou het bereikte aantal 37 percent bedragen in heel Vlaanderen. Voor de verdeling van de middelen zou er een vast bedrag zijn per gescreende vrouw. De middelen zouden worden verdeeld over vijf regionale centra, vier universitaire en een niet-universitair in West-Vlaanderen. Dat zijn precies de centra die hebben deelgenomen aan de studie. De middelen die naar die centra gaan, zijn alleen bedoeld voor de organisatie van de screening, niet voor de betaling van de prestaties.

U werkt met een werkgroep van de administratie, het kabinet, experts van de regionale screeningscentra, de wetenschappelijke vereniging en de ziekteverzekering. Hier kom ik straks nog op terug, want dit blijft een van de cruciale punten in de organisatie van de borstkankerscreening. U streeft

Avontroodt

terecht naar kwaliteitseisen – ook daar zijn er nog vragen over – en u wilt registreren.

Wie staat eigenlijk centraal : de vrouw, de huisarts of de regionale screeningscentra ? Als we alles in een schema onderbrengen, dan blijken het de centra te zijn. We kunnen een aantal pijlen trekken die elkaar overlappen. Misschien kunt u er een mooier schema van maken, maar uiteindelijk wordt alles geconcentreerd op de regionale screeningscentra van de universiteiten van Leuven, Gent, Brussel en Antwerpen en het centrum in West-Vlaanderen.

Voor de input moeten de regionale screeningscentra gegevens krijgen van de ziekenfondsen – waar ik vragen bij heb -, het kankerregister en de antecedenten die al dan niet gegeven zijn. Daarnaast moeten gegevens uit het bevolkingsregister van de gemeente of de provincie aan de screeningscentra worden doorgegeven. De centra moeten dan de uitnodiging doen.

Dit lijkt me een vrij ingewikkelde constructie. U zei al dat het een schema is, waarmee in Nederland een participatiegraad van 80 percent werd bereikt, wat overeenkomt met uw doelstelling. Nu wilt u daar nog de LOGO's in betrekken, en via de LOGO's de gynaecologen en de huisartsen. Hun rol wordt echter gereduceerd. Zij mogen een uitspraak doen of de screening zal plaatshebben op het lokale niveau, ze mogen sensibiliseren, en ze krijgen het protocol.

Een van de meest cruciale vragen is of u voorstander blijft van een rechtstreekse toegang tot het systeem, zonder voorafgaande consultatie van de huisarts. Ik herhaal die vraag omdat een aantal enquêtes uitwijzen dat vrouwen liever eerst hun vertrouwensarts raadplegen. We hebben een beetje afstand kunnen nemen en we hebben de tijd gehad om studiemateriaal te verzamelen. Ik vergelijk de participatiegraad in de Rupelstreek met die in Gent. In Gent werkt men met een systeem van verwijzing, omdat men dat tot nu toe nog financierde via het Riziv. Er kwam dus eerst een verwijzing door de gynaecoloog of door de huisarts, en daarna pas de mammografie. In de Rupelstreek is er een rechtstreekse toegang. De participatiegraad ligt hoger in Gent hoewel men daar in tegenstelling tot de Rupelstreek remgeld moet betalen : in Gent bedraagt deze graad 54 percent, in de Rupelstreek 48 percent. Dit zijn gegevens die het overwegen waard zijn.

Een ander punt is dat de uitnodigingsbrief perfect kan worden gekoppeld aan op zijn minst het advies om eerst naar de huisarts te gaan. Waarom zeg ik dat ? Ten eerste wordt momenteel een model ontwikkeld en naar een consensus gestreefd omtrent een algemeen medisch dossier. Men wil dit koppelen aan de doelgroep van 50 tot 69 jaar. Dit model ligt voor. Laat ons voor eenmaal toch een zo coherent mogelijk beleid voeren. Aan deze consultatie kan men de andere mogelijkheden tot preventieve acties koppelen, precies bij deze leeftijdscategorie en specifiek ten aanzien van vrouwen, maar ook voor de mannen. We hebben deze preventieve acties hier al herhaaldelijk aan bod laten komen. U weet dat ik er erg achtersta vanwege het feit dat ze evidence based zijn. Men kan dit aanknopingspunt aangrijpen om vrouwen tegelijk te sensibiliseren om het klinisch onderzoek te ondergaan.

Bepaalde studies wijzen uit dat sommige kankers alleen voelbaar en niet zichtbaar zijn. Dat valt niet te loochenen. Een aantal vrouwen zal toch nog door de mazen van het net glippen. Ondanks een negatieve mammografie kan men toch nog positief zijn. De waarde van het klinisch onderzoek mag men dus niet onderschatten. De waarde van een voorafgaand onderhoud met de huisarts bestaat er mijns inziens precies in dat de drie andere thema's die voor vrouwen eveneens belangrijk zijn, meteen aan bod komen. Ik herhaal ze nog even : hart- en vaatziekten, osteoporose en depressie bij oudere vrouwen.

Uit meer dan twintig jaar buitenlands gezondheidspsychologisch onderzoek komt steeds opnieuw naar voren dat 'provider initiated programs' participatieverhogend kunnen werken. In de meeste van deze studies werd echter ook gesteld dat de zwakste schakel in zo een systeem soms de verwijzende arts zelf is. Ik wil gerust de hand in eigen boezem steken. Op het terrein is nog heel wat werk voor de boeg. De huisartsen zullen over preventie moeten worden opgeleid en gesensibiliseerd. Waar nodig zullen ze ook noties van preventie-economie moeten leren. Blijft u ondanks al deze argumenten toch het systeem van de rechtstreekse toegang promoten ?

Een tweede vraag betreft het aantal radiologische diensten waaraan u eventueel een kwaliteitslabel zou verlenen conform de Europese kwaliteitsnormen. Het systeem uit de multicenterstudie die in Gent is uitgewerkt, levert een groeiend aantal positieve resultaten. We zijn vertrokken van een participatiegraad van 20 percent in 1991 om te eindigen op 54 percent. Aanvankelijk waren maar 5,3 percent daarvan preventieve onderzoeken, nu liefst

Avontroodt

78 percent. Men kan er niet omheen dat een systeem met een voorafgaande verwijzing, een voorafgaand contact met de huisarts en het naar waarde schatten van de preventieve raadpleging van de huisarts zijn resultaten heeft bewezen.

Men heeft in Gent die participatie kunnen bereiken omdat alle radiologen meedraaien in het systeem. Niet alleen kwantitatieve normen zijn belangrijk : het komt er niet louter op aan om 5.000 onderzoeken te verrichten. Ook de deskundigheid is van tel. U moet daarvoor alleen maar het Gentse systeem bekijken om te merken dat de deskundigheid van de radiologen zeker kan verhogen.

Dan kom ik tot de centrale dubbele lezing. U stelt dat daarvoor alleen de regionale dienstencentra zullen worden ingeschakeld. Mijns inziens is dit geen absoluut noodzakelijk argument. Ik ben benieuwd naar uw antwoord op de vraag welke kwaliteitsnormen u zult hanteren. Kwaliteit staat voor mij in ieder geval niet gelijk met kwantiteit.

Ik heb ook nog een belangrijke vraag met betrekking tot de financiering, want dienaangaande bestaat op het terrein heel wat onduidelijkheid die moet worden weggenomen. Momenteel gebeurt die financiering enkel in Vlaams-Brabant uit eigen middelen. In de medisch-technische commissie voor de radiologie wordt daartoe een enveloppesysteem gehanteerd, maar bij een massale participatie zou die bestaande radiografie-enveloppe kunnen worden overschreden. In dat geval weten we echt niet meer waar we met die radiologienomenclatuur zullen eindigen. Mijn concrete vraag luidt dan ook of de preventieve mammografie gratis zal blijven. Zo ja, wie zal die dan financieren ? Indien dit uit Riziv-middelen zal komen, zullen die middelen dan worden geput uit de enveloppe waarin voor radiologie is voorzien ?

Verder had ik u willen vragen hoe het zit met het overleg. Hebt u met alle artsensorganisaties overleg gepleegd, of plant u dit in de nabije toekomst nog te doen ?

Wat zal de uiteindelijke rol zijn van de huisartsen in het kader van de borstkankerscreening ? Zal de rol van de huisartsen worden gereduceerd tot het sensibiliseren van de in aanmerking komende vrouwen ? Zult u de voorafgaande consult in aanmerking nemen ? Hoe zal de erkenning gebeuren van de radiologische centra ? Op welke concrete basis zal dit gebeuren ?

Is het opportuun mammobielen in te zetten in het kader van de borstkankerpreventie, als uit onderzoek blijkt dat de huidige apparatuur onderbenut wordt ? Op die vraag neem ik evenwel genoeg met het antwoord dat u in het kader van de bespreking van de LOGO's hebt gegeven.

En tot slot wou ik u met betrekking tot de tweede lezing vragen of u die enkel voorbehoudt voor de regionale screeningcentra.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, collega's, ook hier wens ik te verwijzen naar het antwoord dat ik reeds heb gegeven op een vraag van de heer De Groot, maar voor alle duidelijkheid zal ik alles nog eens op een rijtje zetten.

Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat we evidence-based moeten screenen en dat we moeten toezien op een optimale kwaliteit.

We hebben vastgesteld dat er in Vlaanderen wel veel preventieve screenings gebeuren, maar niet altijd per juiste groep. Daarnaast betekent meer kwaliteit dat de tweede lezing inderdaad gebeurt door gelijke beoordelaars. Dit betekent heel concreet dat de tweede lezing in één van de vijf centra moet gebeuren. Indien dit niet zo zou verlopen, kan ik onmogelijk een goede registratie bekomen en te weten komen wie reeds werd gescreend en of daarbij de juiste groepen werden gehanteerd. Ik heb u naar aanleiding van vorige interpellaties reeds vaak geantwoord dat niet steeds de juiste doelgroep wordt bereikt. Deze screening gebeurt niet altijd bij groepen waar dit evidence-based is.

Dan kom ik nu tot de participatie. Iedereen is het erover eens dat vooral de leeftijdsgroep van 50 tot 69 jaar moet worden bereikt. We zijn tot de vaststelling gekomen dat in Vlaanderen 37 percent wordt bereikt, terwijl dit in Nederland, met het systeem van de mammobiël, op 77 percent ligt. Ikzelf heb het idee van de mammobiël voor het eerst geuit op het preventiecongres van maart 1997 naar aanleiding van de toelichting van dit model door mevrouw Borst.

Sta mij toe nu even op de door u aangehaalde cijfers terug te komen : 54 percent voor Gent, tegenover 68 percent voor de Rupelstreek waarvan 48 percent via de Semi Mobiele Unit en 20 percent via de huisarts en de gynaecoloog. De cijfergegevens

Demeester-De Meyer

kunnen natuurlijk op verschillende manieren worden geïnterpreteerd.

Mevrouw Avontroodt, u pleit als het ware voor een benadering die voor 100 percent via de huisarts verloopt. Ik blijf pleiten voor de beide systemen. Een aantal vrouwen onder ons willen zelf bepalen welke preventieve weg ze nemen. De vrouwen die opteren voor een huisarts die hen daarna naar de radioloog verwijst, kunnen dit blijven doen. Dit is immers hun goed recht. De controle en registratie zijn heel belangrijk in ons systeem en daarom zal ook deze groep vrouwen naar een van de vijf centra moeten stappen voor de tweede lezing.

Het is jammer dat de heer Swennen even afwezig is. Hij legt immers altijd de nadruk op de zwakst bereikbare groep. Uit sociologisch onderzoek is gebleken dat meerdere tussenstappen de moeilijkst bereikbare groepen afschrikt. Laten we dus alstublieft de twee mogelijkheden behouden, zodat we zoveel mogelijk mensen bereiken uit de groepen die we wensen te bereiken.

Ik opteer dus voor een goede participatie van de radioloog, via de huisarts of de gynaecoloog of rechtstreeks via oproepen. Dit laatste systeem vind ik vrij goed. Van mijn gemeente heb ik onlangs zo een oproep ontvangen voor de screening van baarmoederhalskanker. De gemeente nodigde elke vrouw uit om deel te nemen aan een preventieve actie, tenzij ze het onderzoek regelmatig laat uitvoeren door de huisarts. Ik vind dit recallsysteem een goed initiatief dat kan blijven lopen.

Omdat de heer Swennen terug aanwezig is, herhaal ik nog even dat we opteren voor de keuze tussen een van beide mogelijkheden. De ene start bij de huisarts of gynaecoloog, de andere bij de mobiele of semi-mobiele unit. Het bestaan van beide mogelijkheden verzekert een betere bereikbaarheid van de zwakste groepen, want die opteren vooral voor een mogelijkheid zonder tussenstappen.

Ik vat even samen. Met ons systeem trachten we om vooral de vrouwen tussen 50 en 69 jaar te bereiken. We bieden hen twee mogelijkheden, maar om kwalitatieve redenen vindt de tweede lezing enkel in een regionaal screeningcentrum plaats. De centra moeten de kwaliteit van hun apparatuur garanderen met een kwaliteitslabel. Dit systeem verzekert een goede registratie.

Mevrouw Avontroodt, ik meen dat ik op uw laatste vraag over de financiering reeds een duidelijk ant-

woord heb gegeven. Momenteel bevat de enveloppe 400 miljoen frank. Via de middelen waarin we hebben voorzien, betalen we 800 frank per dossier voor de hele organisatie. Het bezoek aan de huisarts en de preventieve screening bij de radioloog vallen reeds onder de RIZIV. Op het moment dat de enveloppe te klein wordt door een stijging van het aantal vrouwen die zich laten screenen, zullen we moeten onderhandelen over een uitbreiding ervan.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord, maar uw redenering kan ook worden omgedraaid. U beweert dat de zwakste groepen enkel worden bereikt via een rechtstreekse uitnodiging. Ik betwijfel dit ten eerste. Bovendien zal net bij de zwakste groepen een meerwaarde ontstaan als voor een preventieve consultatie bij de huisarts wordt geopereerd. De huisarts kan immers ook aandacht besteden aan andere factoren en aan een integrale benadering. Ik begrijp niet waarom u hiertegen neen zegt.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw Avontroodt, dat doe ik niet, want wie zou ik zijn om daarover te oordelen ? Ik laat me leiden door studies en sociologisch onderzoek.

Ik verwijs even naar de preventieve actie waarover de heer Swennen het had. Ik kan garanderen dat de LOGO van Noord-Antwerpen enorme inspanningen moet leveren om de doelgroepen voor baarmoederhalskankerscreening te bereiken. In Brasschaat werkt men met een vrouwelijke huisarts van ongeveer zestig jaar om de migrantenvrouwen te bereiken, omdat zij het grootste vertrouwen genoot bij kansarmen en migranten. Ik vind dat een mooi voorbeeld.

Ik heb geen bezwaar tegen de huisartsen. U doet alsof ik dat wel heb. Er moeten twee sporen mogelijk zijn. Deze studie is opgestart door mevrouw Detiège en biedt een model dat goed werkt. Kijk maar naar de Rupelstreek. Waarom moeten we dit nu absoluut uitschakelen ? Ik begrijp u niet.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik heb niet gezegd dat dit systeem moet worden uitgeschakeld. Er moet een beleid voor de toekomst worden ontwikkeld. Ik pleit ervoor om bij de uitnodiging een advies van en een verwijzing naar de huisarts te voegen. Dat creëert een meerwaarde, ook voor de zwakste sociaal-economische groepen. Door dat niet te doen, gaan de mensen naar de bus voor een mammografie, maar ook niet meer dan dat.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik stel vast dat deze studie in het preventiecongres als model naar voren is geschoven om de zwakste groepen het makkelijkst te bereiken. Wie ben ik om daar iets aan te veranderen ? Er is hoe dan ook een terugkoppeling naar de huisarts. Hij wordt dus zeker niet uitgeschakeld. Dit systeem wordt mee voorgesteld door de wetenschappelijke vereniging voor huisartsen. Het wordt door een brede basis gedragen. Ik schakel noch de huisarts, noch de gynaecoloog, noch de radioloog uit. Ik vind niet dat ik één of ander systeem moet patroneren.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Ik wil nog even terugkomen op de financiering. Men moet betalen als men naar de radioloog gaat, maar de mammobiël werkt gratis.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik kan geen financieringssysteem uitdokteren waarbij ik een nieuwe stroom naar de radiologen ontwikkel.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Geen remgeld in de mammobiël en wel bij de radiologen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : In de mammobiël dragen de provincies bij.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Wordt dat uitgebreid ? Dat was alleen in Vlaams-Brabant zo. In Antwerpen zorgde het RIZIV voor de financiering.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat blijft zo.

Mevrouw Yolande Avontroodt : In Vlaams-Brabant betaalt de provincie de radiografie. Wat wordt het nu ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : In heel Vlaanderen zullen we 800 frank voor elke gescreeende vrouw betalen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : De mammobiël wordt dus betaald door de Vlaamse Gemeenschap ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Die 800 frank.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Het RIZIV betaalt bij de radioloog.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Neen, per gescreeende vrouw betalen we 800 frank.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Men betaalt de organisatie ervan ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Inderdaad.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Dus niet de prestatie. Wie betaalt die dan ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het RIZIV of de provincie, als die daartoe beslist.

De voorzitter : De heer De Groot heeft het woord.

De heer Etienne De Groot : Mevrouw de minister, u zegt dat verschillende tussenstappen drempelverhogend werken. Mijn ervaring leert me dat de huisartsen de patiënt vaak over de streep moeten trekken, omdat er nog heel veel preutse vrouwen zijn. Bij migrantenvrouwen bestaat het bijkomend probleem dat ze onvoldoende Nederlands begrijpen. Dat veroorzaakt een communicatieprobleem, wat ik betreurt.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Frank Creyelman tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de mogelijke import van besmettelijke ziekten door migranten en eventuele preventieve maatregelen terzake

De voorzitter : Aan de orde is de vraag om uitleg van de heer Creyelman tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de mogelijke import van besmettelijke ziekten door migranten en eventuele preventieve maatregelen terzake.

De heer Creyelman heeft het woord.

De heer Frank Creyelman : Mevrouw de minister, u vraagt zich misschien af waarom ik deze vraag stel. Ik kan u verzekeren dat ik geen snode bedoelingen heb of een zekere sfeer wil scheppen.

Deze zomer las ik in Turkije een artikel in een Nederlandse krant. Een recent Nederlands onderzoek bracht aan het licht dat jonge allochtone kinderen die met hun ouders op vakantie waren in Turkije of Marokko, voor een groot deel de jaarlijks in het najaar opduikende epidemie van hepatitis A of

Creyelman

geelzucht veroorzaken. Na hun terugkeer brengen deze kinderen de infectie over, eerst op hun directe omgeving en daarna verspreidt de ziekte zich verder. In de grote Nederlandse steden duikt ieder jaar rond augustus en september een dergelijke epidemie op.

Hepatitis A wordt al lang beschouwd als een importziekte, vooral uit Marokko en Turkije, maar het is bekend dat ook andere – en soms veel gevaarlijkere – ziekten via dezelfde weg ons land bereiken. Ook van longtuberculose wordt aangenomen dat de ziekte vooral uit Afrikaanse landen afkomstig is. Tbc is zeer besmettelijk, elk jaar komen er wereldwijd acht miljoen nieuwe gevallen bij, waarvan drie miljoen met dodelijke afloop. De behandeling van deze ziekten kost hopen geld. Het zou heel wat goedkoper zijn om de doelgroep te vaccineren tegen de meest voorkomende ziekten. Nederlandse onderzoekers pleiten voor de vaccinatie van alle nul- tot vijfjarigen uit de doelgroep.

De toestand in de grote Nederlandse steden komt min of meer overeen met de Vlaamse, al bevinden zich in Vlaanderen naar verhouding meer migranten uit Turkije en Marokko. Ik heb de volgende vragen voor u en reken op een antwoord zonder de traditionele verwijzingen naar racisme en dergelijke.

Wordt er in Vlaanderen onderzoek verricht naar de herkomst van bepaalde jaarlijks terugkerende epidemieën ? Zo ja, naar welke, en wat zijn de resultaten van die onderzoeken ? Worden de migranten via voorlichtingscampagnes gewezen op de mogelijkheid om zich te laten vaccineren tegen sommige in hun land van herkomst veel voorkomende ziekten ? Leveren die resultaat op ? Kan men ook in Vlaanderen niet overgaan tot verplichte vaccinatie voor migranten die regelmatig hun landen van herkomst bezoeken ?

De voorzitter : De heer De Groot heeft het woord.

De heer Etienne De Groot : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de toename van tbc heeft veel te maken met de toename van aidspatiënten. Men gaat zelfs omgekeerd te werk : men stelt een stijging van het aantal aidspatiënten vast aan de hand van de stijging van tbc-patiënten.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het is al veel langer bekend dat het toenemend intercontinentaal verkeer, niet alleen van migranten, een enorme invloed heeft op de verspreiding van infectieziekten. Reizen naar een ontwikkelingsland houdt meer risico's in. Migranten die naar hun land van herkomst reizen maken slechts een klein deel uit van die risicogroep. Het is eveneens bekend dat het hervatten van het schooljaar, wanneer kinderen na een relatief lange tijd weer dicht bij elkaar leven, een invloed heeft op het uitbreken van infectieziekten.

Het team gezondheidsinspectie van de Vlaamse Gemeenschap onderzoekt systematisch alle in Vlaanderen aangegeven gevallen van infectieziekten. De drie lijsten met overdraagbare aandoeningen, die door artsen en verantwoordelijken van klinische laboratoria moeten worden aangegeven, vindt men in het besluit van de Vlaamse regering van 19 april 1995. In dit besluit tot uitvoering van het decreet van 5 april 1995 betreffende de profylaxen van besmettelijke ziekten is ook hepatitis A opgenomen.

De bovenvermelde algemene invloeden komen uit onderzoeken van de gezondheidsinspectie niet manifest naar voren. We hebben niet kunnen vaststellen dat er specifieke problemen zouden zijn. Wel stelt men vaak vast dat de noodzakelijke sanitaire voorzieningen om hepatitis te vermijden – zoals sensorkranen, zeep en individuele handdoeken – in vele scholen en kinderdagverblijven ontbreken. Misschien moeten we daar in de toekomst meer aandacht aan besteden.

Grootschalige voorlichtingscampagnes voor reizigers en meer specifiek voor migranten heeft de overheid nog niet georganiseerd. Het is trouwens moeilijk om dat op grote schaal te doen.

Wel gaan de diensten momenteel na of er geen specifieke acties inzake hepatitis B kunnen worden ondernomen. Het sensibiliseren van de eerstelijnszorg in verband met het nut van vaccinaties van reizigers zou hiervan kunnen deel uitmaken. Wanneer de LOGO's optimaal functioneren, kunnen de huisartsen de mensen tijdens de vakantieperiodes op het bestaan van bepaalde risico's wijzen. Het zwaartepunt moet blijven liggen op het opleggen van structurele sanitaire vereisten voor gemeenschappen als scholen en crèches.

Er kan geen sprake zijn van een verplichte vaccinatie. Momenteel bestaat er in België enkel een algemene verplichte inenting tegen polio. Alle andere basis- en reisvaccinaties worden enkel aanbevolen.

Demeester-De Meyer

Het zou nuttig zijn de artsen nogmaals attent te maken op het belang hiervan. Er is geen enkele reden om van deze strategie af te wijken en tot bijkomende vaccinaties te verplichten.

In de praktijk ligt het trouwens niet voor de hand om de migranten die jaarlijks naar hun land van herkomst reizen, te identificeren en te bereiken. Bovendien is de inenting tegen hepatitis A relatief duur. Momenteel is het trouwens geen prioriteit om het vaccin gratis ter beschikking te stellen. De mij adviserende experts hebben mij dit bevestigd.

De voorzitter : De heer Creyelman heeft het woord.

De heer Frank Creyelman : Ik dank de minister voor haar duidelijk antwoord. Toch wens ik één zaak te relativiseren. U zegt dat niet enkel migranten maar ook wij op reis gaan naar streken waar de hygiënische omstandigheden niet dezelfde zijn als hier. Migrantten bezoeken echter meestal hun familie, die op een totaal andere manier leeft dan wij. De vaccinatie van die doelgroep zou wel degelijk enig effect kunnen opleveren.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Marc Olivier tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de resultaten van de wetenschappelijke bevraging van de Rijksuniversiteit van Gent rond het experimenteelgedrag met drugs door jongeren

De voorzitter : Aan de orde is de vraag om uitleg van de heer Olivier tot mevrouw Demeester, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over de resultaten van de wetenschappelijke bevraging van de Rijksuniversiteit van Gent rond het experimenteelgedrag met drugs door jongeren.

De heer Olivier heeft het woord.

De heer Marc Olivier : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, de Rijksuniversiteit van Gent heeft bij 8.000 jongeren gepeild naar hun experimenteelgedrag met drugs. Ruim een kwart van de jongens tussen vijftien en

zestien jaar geeft toe ooit drugs te hebben gebruikt. Voor de jongens tussen zeventien en achttien jaar loopt dit op tot meer dan 44 percent. In 1990 ging het om 12,3 percent. Bij de jongens tussen zeventien en achttien jaar heeft bijna de helft meer dan driemaal drugs gebruikt. Bij de vrouwelijke leeftijdgenoten gaat het om 34,5 percent. In 1990 was dit slechts 2,4 percent. Deze cijfers zijn onthutsend.

Op 1 april 1998 keurde het Vlaams Parlement een resolutie goed betreffende het optimaal inschakelen van de MST-PMS-centra in de drugspreventie. Hierin wordt de Vlaamse regering verzocht deze centra aan te zetten een uniforme registratie te installeren in overleg met de scholen en met respect voor de privacy van alle betrokkenen. Ook werd gevraagd een aanzet te geven tot de invoering van een participatieve risicoanalyse en de scholen te ondersteunen bij programma's tot doelgerichte drugspreventie.

Mevrouw de minister, het verheugt me dat binnenkort een grootschalige bevraging naar het gebruik van verslavende middelen in het secundair onderwijs van start gaat. Deze zal als basis dienen voor de uitwerking van een preventief drugsbeleid op maat van iedere school. De cijfers uit het wetenschappelijk onderzoek van de Rijksuniversiteit Gent bevestigen alleen maar de noodzaak van de dringende ontwikkeling van een preventief drugsactieplan op het niveau van iedere secundaire school. De anonieme bevraging die de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugsproblemen zal opzetten bij genteresseerde scholen, zal dan ook een basis vormen voor het uitstippelen van een preventief drugsactieplan.

Op het federaal niveau formuleerde de Kamerwerkgroep voor Drugs een aantal aanbevelingen. De Kamer keurde op 26 juni 1997 in plenaire vergadering een motie goed waarin de regering wordt gevraagd kennis te nemen van het verslag en onverkort te beginnen met de uitvoering van de geformuleerde aanbevelingen. Tevens vroeg men hierover overleg te plegen met alle bevoegde overheden om zo een geïntegreerd drugsbeleid te realiseren, en het initiatief te nemen tot de oprichting van een cel Drugsbeleid, samengesteld uit vertegenwoordigers van alle federale en andere bevoegde beleidsdepartementen. Deze cel zou binnen de zes maanden een eerste maal verslag moeten uitbrengen over de stand van zaken en jaarlijks de Kamer moeten inlichten.

Op 24 juni 1998 nam het Vlaams Parlement een met redenen omklede motie aan waarin het vraagt

Olivier

om in de begroting van 1999 meer middelen uit te trekken voor de verdere ontwikkeling van een efficiënt drugspreventiebeleid om specifieke acties te organiseren om een toename van het probleemgebruik te voorkomen en op te vangen en om de cel Drugsbeleid op te richten.

Binnen de Benelux werd een rapport opgemaakt met alle maatregelen die in de betrokken landen werden genomen. Ik heb dit verslag overgemaakt aan de voorzitter van deze commissie. Er werd een resolutie in opgenomen die volledig in de lijn ligt van wat in de Kamer en het Vlaams Parlement werd goedgekeurd.

Mevrouw de minister, binnen welke termijn plant u de concrete start van een doelgericht actieplan met betrekking tot de drugspreventie in de secundaire scholen ? Hoever staat de uitvoering van de motie die we op 24 juni 1998 hebben goedgekeurd ? Welke stappen zal de minister nemen bij de federale regering in het licht van onze motie en de dramatische resultaten van het onderzoek van de RUG ?

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, geachte collega's, ik moet hier toch herhalen wat ik al eerder heb gezegd. Veel elementen van mijn antwoord zijn al aan bod gekomen tijdens de begrotingsbesprekingen. Toch wil ik even in herinnering brengen dat het actieplan voor drugs bij het begin van de zittingsperiode is voorgesteld. Dit zevenpuntenplan is vooral op secundaire scholen gericht. Daarbij wordt uitgegaan van een algemene opvatting over drugbeleid op school.

We voeren dat plan uit via verschillende kanalen. Binnen de administratie voor onderwijs is een stuurgroep GVO opgestart. PMS en MST zijn daarbij betrokken. Preventiewerkers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en van het JAC, en stedelijke preventiewerkers zijn daarbij betrokken. Iedereen werkt aan de uitvoering van dat algemene concept. Ten behoeve van deze mensen heeft de VAD een hele reeks documenten uitgewerkt : een discussietekst, een draaiboek, begeleidersmappen. Leerkrachten werden opgeleid. Reeds twee keer heeft de VAD een uitwisselingsplatform georganiseerd, waarbij informatie wordt verspreid.

Daarnaast beschikken we in Vlaanderen over heel wat didactische pakketten, voor verschillende leeftijdsgroepen. Naast materiaal voor leerkrachten en leerlingen is ook in trainingen van leerkrachten voorzien. Het gaat dan om leefsleutels voor jongeren. Die pakketten vormen een onderdeel van het algemeen kader van een drugbeleid op school. Dat we drie jaren geleden dit actieplan zijn beginnen uit te voeren, betekent nog niet dat we er nu al de vruchten van kunnen plukken. De oorspronkelijke metingen van de RUG dateren van 1992. Die enquêtes zijn tweejaarlijks. In 1998 werden ze dus al voor de vierde keer gehouden. De ondervraagde groep wordt alsmaar groter.

De stand van zaken moet worden beoordeeld vanuit het inzicht dat het om een participatief proces gaat, dat niet van vandaag op morgen kan worden gerealiseerd. In dat verband kan ik verwijzen naar de participatieve risicoanalyse, die we hebben besproken tijdens de discussie over de begroting. Pas als de resultaten daarvan bekend zijn, kunnen we bepalen hoe de jaren nadien moet worden gewerkt.

Wat is de stand van zaken ? Het onderzoek is nu reeds uitgevoerd bij 1.200 leerlingen van negen scholen. Op dit ogenblik worden nog vele andere leerlingen erbij betrokken. De resultaten zullen worden gepubliceerd in Opkikker. Daarin zal de techniek van de participatieve risicoanalyse nog eens worden toegepast. Op een speelse wijze zullen we proberen om ouders, leerlingen en leraren bij de zaak te betrekken.

De deelnemende scholen hebben een rapport ontvangen met alle gegevens over de eigen school. In het kader van de Europese drugpreventieweek werden de scholen opgeroepen om aan de actie deel te nemen. Ongeveer 140 scholen hebben daarop gereageerd. Er is een grote respons. Ik denk dat we de scholen dat pakket permanent moeten aanbieden.

Welke stappen heb ik ondernomen bij de federale overheid ? Sinds 1996, en voor het laatst op 30 oktober 1998, heb ik in talloze brieven bij de federale collega's aangedrongen op onverwijld overleg tussen alle bevoegde overheden om een algemeen geventueerd drugbeleid te realiseren. Onlangs heeft de federale premier me geantwoord dat hij er werk van zou maken. De cel Drugbeleid, waarvan sprake in de motie van het Vlaams parlement, moet worden samengesteld met vertegenwoordigers van alle bevoegde departementen. Ik heb dat zo ook gemeld.

Demeester-De Meyer

Verder heb ik aangedrongen op de oprichting van een werkbare cel. In mijn brief heb ik letterlijk geschreven : 'Laat dit geen veelkoppig monster worden. Een zeven- of een achttal personen lijkt me een maximum'. Deze cel moet een beperkt maar duidelijk mandaat krijgen voor beleidscoördinatie, -voorbereiding, -uitvoering, -evaluatie en -bijsturing. Ik pleit daar al sinds 1996 voor. Na een jaar moeten ze iets kunnen voorleggen. Er moet ook een nauwkeurige afgrenzing komen ten opzichte van de politieke verantwoordelijkheid. De cel moet systematisch en gefaseerd werken. Een vijfjarenplan kan, maar er moet elk jaar iets worden bereikt. De cel wordt het best ondersteund door een stuurgroep waarin de deskundigen functioneren. De zeven moeten de zaak uitvoeren en erover beslissen. Er is wel geen aanvulling nodig. Het beleid moet op basis van juiste gegevens worden geconcipieerd. De verschillende overheden moeten hun gegevensverzameling op elkaar afstemmen om gepaste maatregelen te kunnen nemen. Ik blijf die boodschap doorgeven aan het federale niveau. Ik heb dat nog op 30 oktober 1998 gedaan, en zal ze binnenkort nogmaals herhalen.

De voorzitter : De heer Olivier heeft het woord.

De heer Marc Olivier : Met mijn vraag wilde ik al wat u doet in de verf zetten. Het is het ideale moment om een stap verder te zetten. Op federaal niveau is er de motie van de Kamer. Het Vlaams Parlement, Brussel, Wallonië en de Duitstalige Gemeenschap hebben hetzelfde gedaan. In de Benelux werd een resolutie goedgekeurd die kan worden gebruikt. Het probleem is dat er enorm veel gegevens voorhanden zijn die niet gevaloriseerd worden. Voor armoede stuurden we aan op een samenwerkingsakkoord. Waarom kunnen we ook hier geen cel oprichten ? We moeten ook zelf een initiatief nemen. Brieven schrijven helpt niet.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik kan moeilijk een initiatief nemen. Ik kan enkel vragen dat een interministeriële conferentie wordt samengeroepen, maar dat heeft geen zin. Een dergelijke conferentie is immers veel te groot en bereikt geen resultaten. Het is wel nodig dat iemand een cel opricht met een zevental heel invloedrijke personen. Ik richtte me daarvoor tot de premier.

Mijnheer Olivier, u beweerde terecht dat op Europees niveau heel wat documentatie aanwezig is. De VAD is rechtstreeks ingeschakeld in alle internationale organisaties. We werken zo goed mogelijk mee. De vragenlijsten worden altijd aan de internationale regels getoetst. We stellen vast dat federaal minister Colla plots en zonder enig overleg met Vlaanderen een initiatief neemt om iemand anders te sturen, terwijl de gemeenschappen aanwezig zijn in de Europese organen. We hadden de VAD nochtans ons volle vertrouwen gegeven. De samenwerking verloopt trouwens heel goed : we krijgen alle informatie, en de VAD werkt als een agency voor de Vlaamse overheid.

Plots gaat men anders te werk. Mijnheer Olivier, u moet van uw dubbel petje gebruik maken om dat eens aan te kaarten. Ik wil u al mijn correspondentie bezorgen. U kunt ook contact opnemen met de directeur van de VAD, want hij stelt ook vast dat de zaak bijzonder moeilijk is. Het preventief drugbeleid bevindt zich op het vlak van de gemeenschappen, in tegenstelling tot de andere zaken die federaal zijn.

De heer Marc Olivier : Ik neem de handschoen op.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

– *Het incident wordt gesloten om 17.33 uur.*
