

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



Zitting 2007-2008

9 oktober 2007

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

INHOUD

Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de gezinsondersteunende pleegzorg (GOP)	1
Vraag om uitleg van mevrouw Sonja Claes tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitbouw van de palliatieve zorg voor personen met een handicap	3
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de doelmatigheid van campagnes inzake partnergeweld	5
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitvoering van het Vlaams actieplan ter bestrijding van zelfmoord	
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rol van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) in suïcidepreventie	9
Vraag om uitleg van de heer Mark Demesmaecker tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nederlandsonkundige MUG-interventie te Pamel (Roosdaal)	14
Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van een recent onderzoek naar mondhygiëne bij kleine kinderen	18

Voorzitter: de heer Luc Martens

Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de gezinsondersteunende pleegzorg (GOP)

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, geachte leden, de gezinsondersteunende pleegzorg (GOP) is een heel kleine sector binnen de welzijnssector en binnen de pleegzorg. Zoals u allen immers wel bekend is, zijn er diverse vormen van pleegzorg. Hier gaat het echter over een zeer specifieke vorm. Door deze pleegzorg kunnen kinderen tot twaalf jaar voor een korte tijd – een paar weken, een paar maanden – in een pleeggezin worden opgevangen en begeleid. Belangrijk is daarbij dat de ouders maximale zeggenschap behouden over alle elementen inzake de plaatsing van hun kinderen. Het is de bedoeling preventief op te treden en zo diepgaande problemen te voorkomen. Elk gezin kan wel eens in een crisissituatie belanden. Daar speelt deze vorm van ondersteuning op in.

Het is niet echt een nieuwe vorm: in 1985 erkende de Vlaamse overheid al vier diensten als dienst voor GOP. Deze sector is trouwens ontstaan uit het vrijwilligerswerk. Sinds 1997 is er voor het eerst een zekere financiële ondersteuning gekomen. Een zekere professionalisering bleek immers noodzakelijk. Ook waren de opdrachten uitgebreider geworden en kwam er meer vraag. In 1997 werd, na lang aandringen, want zo gaat dat, voor het eerst aan elke dienst een jaarlijkse toelage van 1,5 miljoen frank uitgekeerd, ongeacht het aantal begeleidingen, ouders enzovoort. Het ging over een forfaitaire subsidie.

Mijnheer de minister, in 2003 werd door een van uw voorgangers een definitieve regeling voorgesteld. Dit dateert al van de vorige zittingsperiode. In die regeling werden 2004 en 2005 als overgangsjaren omschreven. De verwachting was dat er in 2006, 21 jaar na het ontstaan hiervan, eindelijk een definitieve regeling zou komen, met een behoorlijke personeelsomkadering en een sterke erkenning.

De diensten in kwestie willen niet alleen die erkenning. Ze willen ook verder evolueren, groeien en investeren in die werkvorm. Dat kunnen ze immers zomaar niet meer doen zonder die ondersteuning. Ze hebben overschot van gelijk: het is aan de overheid om hier een adequaat antwoord op te geven. Ik weet niet of het te maken heeft met de kleine schaal van deze sector, maar deze mensen zijn diverse malen met een kluitje in het riet gestuurd. In

2005 en 2006 werden allerlei regelingen beloofd, maar telkens en zonder duidelijke motivering, zo luidt het bij hen, werd dit overleg over de definitieve regeling gestaakt.

In 2006 werd dan voor het eerst beloofd dat er extra financiële steun zou komen voor die organisaties. Er was sprake van 200.000 euro. Dan moesten die diensten er wel een extra opdracht bij nemen, namelijk een werking met steungezinnen. Ook in dat kader werd gesproken over het recurrent subsidiëren van de diensten.

Het was de bedoeling te professionaliseren en het personeelsbestand te laten aangroeien van 10 tot 15 en op termijn tot 22 voltijdse equivalenten (VTE). Ze menen die personeelsbezetting nodig te hebben om hun werk goed te doen. Dat was in oktober 2006. Nu is het oktober 2007, een heel jaar later. Ik heb deze vraag opgesteld op basis van gegevens die ik eind juni had. Toen had elke dienst al een voorschot gekregen van 7000 euro. Ondertussen zijn er al een aantal stappen gezet, die niet verwerkt zijn in mijn vraag. Straks zult u daar ongetwijfeld de precieze informatie over geven, mijnheer de minister. Ik ben overigens blij dat er wel degelijk stappen worden gezet. Het ligt voor de hand dat die organisaties met die 7000 euro niet de door hen gewenste ontwikkeling kunnen doormaken. De organisaties zelf hebben dus 2007 beschouwd als het zoveelste verloren jaar, veeleer als een jaar van achteruitgang dan van vooruitgang. Ze zeggen dat dit, ondanks alles, voor de samenleving een zeer goedkope vorm van hulpverlening is. Ik steun hen wat dat betreft. De kostprijs bedraagt minder dan een vierde van die van een residentiële plaatsing. Ook door zijn preventieve waarde is deze vorm van hulpverlening echt niet te verwaarlozen.

Er is hierover wat onderzoek gebeurd. Er is veel over gepubliceerd. Ik verwijs naar het jongste nummer van Onder Dak, het blad van de pleegzorgsector. Ik weet dat de pleegzorgproblematiek u na aan het hart ligt, mijnheer de minister. U hebt er onlangs contact mee gehad. Deze sector heeft nog een aantal andere specifieke problemen. Zo is er de problematiek van de pleegouders en hun statuut. Dat is echter voer voor een andere discussie, die deels ook op een andere plaats moet worden gevoerd. Ik wil maar aangeven dat er op dat terrein nog veel werk te doen is. Dit is maar een klein bouwsteentje van een groter te bouwen huis.

Minister Vervotte maakte in het Globaal Plan de expliciete beleidskeuze om ook daar ruimte te maken voor deze werkvorm. De organisaties zijn echter bang dat dit maar in het plan zal kunnen worden ingepast als er opnieuw een aantal extra opdrachten worden uitge-

voerd. Ze zijn wel bereid om dit te doen, maar als de extra honorering moet dienen om die extra opdrachten uit te voeren, dan is dat geen antwoord op de noden die zij vandaag hebben.

Mijnheer de minister, wanneer zullen de beloofde noodzakelijke middelen om de huidige werking te financieren worden gestort? Wanneer en volgens welke modaliteiten zullen de beloofde bijkomende middelen worden gegeven? Hoe staat het op langere termijn met een definitieve erkenning en een bijbehorende aangepaste financiering?

De voorzitter: De heer Dehaene heeft het woord.

De heer Tom Dehaene: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik sluit me aan bij de heer Caron, meer specifiek over de meerwaarde van de projecten. Het is vreemd – maar daar hebt u geen schuld aan, mijnheer de minister – dat GOP al 22 jaar bestaat en nog steeds elk jaar moet wachten op een besluit om te weten hoeveel middelen er uitgetrokken worden. Uiteraard krijgen die mensen wel op tijd een signaal, maar ik kan me inbeelden dat er aangenamer werkomgevingen bestaan. Die financiële onzekerheid moet erg vervelend zijn.

Ik sluit me vooral aan bij de laatste vraag van de heer Caron. Laat ons zo snel mogelijk een structurele financiering uitwerken. Laat ons ten minste zo snel mogelijk zekerheid bieden voor 2008, zodat de GOP zich kan wijden aan haar taak, namelijk het zoeken van tijdelijke opvangplaatsen.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer Caron, u vestigt in de week van de pleegzorg onze aandacht op een van de goedkopere vormen van pleegzorg. Ze zijn goedkoper voor de samenleving. Als we dit soort preventieve zorg niet ontwikkelen en steunen, zullen we meer behoefte hebben aan duurdere vormen van pleegzorg.

In vergelijking met andere Europese landen hebben wij nog een stevige achterstand in de ontwikkeling van de pleegzorg. We hebben de cijfers bekeken en vastgesteld dat de bestandpleegzorg, om het met een lelijk woord te zeggen, niet stijgt. Er is dus echt wel nood aan incentives om dit soort maatschappelijk engagement te bevorderen.

Een deel van uw vraag is intussen door de actualiteit ingehaald. De sector heeft in 2007 wel degelijk bijkomende middelen gekregen. De vrees dat 2007 een verloren jaar zou zijn, is niet terecht. Vanuit het Globaal Plan Jeugdzorg werd 200.000 euro extra toegekend aan de GOP. Dat heeft geleid tot 5 extra VTE's. Een voorwaarde om deze middelen te bekomen was het integreren van de werking met steungezinnen. Die werkvorm is deze groepen niet helemaal vreemd wel integendeel, aangezien er nu ook al gewerkt wordt met pleeggezinnen die voor kortere, onderbroken periodes pleegkinderen of -gasten opvangen.

Dankzij het vervullen van die voorwaarde heeft de Vlaamse Regering op 22 juni 2007 beslist een subsidie aan GOP toe te kennen. Naar aanleiding van deze beslissing werd een overeenkomst opgesteld tussen Kind en Gezin en de diensten voor GOP. In de loop van de maand juli werd een eerste schijf uitbetaald. Een tweede schijf van twintig percent volgde in oktober. Het saldo van tien percent zal worden uitbetaald nadat Kind en Gezin het financieel verslag en het werkingsverslag van de dienst ontvangen heeft.

De modaliteiten van de subsidiëring zijn vastgelegd in artikel 10 van de overeenkomst die met elke dienst werd afgesloten. Het gaat over evidente zaken zoals het formuleren van de kernopdrachten, het vastleggen van samenwerkingsafspraken met de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKG's) en het aanleveren van gegevens aan Kind en Gezin met het oog op een evaluatie van het project.

Ik formuleer een antwoord op uw laatste vraag over de middellange termijn. Binnen Kind en Gezin zit er een werkgroep met vertegenwoordigers van de vier diensten, een vertegenwoordiger van de Federatie Gezinsplaatsing en van Kind en Gezin, die de evolutie in de sector opvolgt. De werkgroep buigt zich momenteel over een verdere positionering van deze GOP binnen het welzijnslandschap. Het is waar dat de GOP een belangrijke preventieve werkvorm is, maar er is wel iets meer duidelijkheid nodig rond de verhouding ten opzichte van andere vormen van pleegzorg en van preventieve gezinsondersteuning zoals de CKG's.

U hebt beiden terecht aangegeven dat we een dienst niet tientallen jaren lang op een projectmatige manier kunnen steunen, terwijl we met zijn allen vinden dat het om een nuttige werkvorm gaat. Het sociaal rendement ligt hoger dan bij veel andere intensievere vormen van zorg voor kinderen en jongeren in deze situatie. Ik ben het met u eens, mijnheer Dehaene, dat we moeten kiezen voor een structurele subsidiëring. Ik wil dat op een ordentelijke manier doen. Daarom heb ik de werkgroep gevraagd om haast te maken met het inschatten van de voorwaarden voor een dergelijke subsidiëring. U hebt het zelf aangegeven, het is niet uitgesloten dat daarbij nog extra verwachtingen worden geformuleerd. De sector heeft zich de laatste jaren met heel veel engagement staande weten te houden en verdient onze aandacht en ons respect. We gaan samen met de sector de voorwaarden voor een structurele ondersteuning bespreken en bepalen. Ik kom zo snel mogelijk terug met de resultaten van dat overleg.

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mijnheer de minister, ik dank u voor uw duidelijk en goed antwoord. Ik kan me alleen aansluiten bij de zorg om verder te werken, zodat de

criteria, de rolbepaling en de verhouding ten opzichte van preventieve gezinsondersteuning duidelijk zijn.

Ik heb op zich niets tegen extra verwachtingen of extra voorwaarden en opdrachten, als die in het verlengde liggen, aansluiten bij de expertise van de organisatie en bij de maatschappelijke noden.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Sonja Claes tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitbouw van de palliatieve zorg voor personen met een handicap

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, beste collega's, ik denk dat we allemaal weten dat het aantal ouder wordende personen met een handicap toeneemt.

Ik herinner me dat we twintig jaar geleden niet spraken over volwassen mentaal gehandicapten. Vandaag zien we een serieuze veroudering, ook binnen deze sector en moeten we ons ook stilaan voorbereiden op palliatieve zorgen binnen deze sector. Als we de hele sector voor ogen nemen, zien we dat de vooruitgang van de geneeskunde en een betere gezondheidszorg ervoor zorgen dat het aantal personen met een handicap dat een hogere leeftijd bereikt enorm toeneemt.

Op drie jaar tijd steeg het aantal personen ouder dan vijftig jaar in de tehuizen voor niet-werkenden, nursing, van 20 naar 24 percent. In de tehuizen voor werkenden steeg het aantal oudere personen met een handicap van 22 naar 31 percent. De grootste stijging – van 25 naar 40 percent – zagen we in de tehuizen voor niet-werkenden, bezigheid.

Ook in Nederland heeft men onderzoek gedaan naar de manier waarop men omgaat met palliatieve zorgen binnen de gehandicaptensector. Zeker ten aanzien van personen met een verstandelijke handicap merkt men in het Nederlandse onderzoek dat er speciale maatregelen genomen moeten worden als we voor personen met een mentale handicap de gepaste palliatieve zorgen willen aanbieden.

Het agogische model dat gebruikt wordt om te communiceren met personen met een handicap, volstaat vaak niet als men het over palliatieve zorgsituaties heeft. Ook de medische kennis in de voorzieningen voor mensen met een handicap is meestal niet van dien aard dat men heel goed weet welke handelingen men moet stellen op het ogenblik dat patiënten of personen met een handicap palliatief zijn.

Sommige netwerken palliatieve zorg in Vlaanderen proberen in de mate van het mogelijke een antwoord te geven door overlegplatforms aan te bieden of door gepaste vorming aan te bieden aan de sector voor personen met een handicap. Mijnheer de minister, het lijkt me raadzaam dat die samenwerking ook wordt verankerd en een structurele vorm krijgt.

De mogelijke partners in de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve zorg worden bepaald door artikel 5 van het Koninklijk Besluit (KB). De voorzieningen voor personen met een handicap werden daarbij niet opgenomen.

Mijnheer de minister, ik wil u vragen om dit tijdens de interministeriële conferentie te agenderen, zodanig dat netwerken in de palliatieve zorg ook actief kunnen zijn in de voorzieningen voor personen met een handicap.

Aan de palliatieve samenwerkingsverbanden zijn ook palliatieve equipes verbonden. Het KB bepaalt dat die palliatieve equipes vooral ondersteunend ingezet moeten worden in de eerstelijnsgezondheidszorg. We merken dat die equipes ook ingezet worden in thuisondersteunende en thuisvervangende omgevingen. Ik denk dat op dat vlak ook een aanpassing nodig is, zodat dit structureel kan worden verankerd.

Mijnheer de minister, uw voorganger, mevrouw Vervotte, maakte een link tussen palliatieve zorg en chronisch zieken. Ik vind dat geen goede link, want chronische patiënten hebben toch een andere finaliteit dan palliatieve zorgen. Voor palliatieve zorgen gaat het vooral om een niet-acuut terminaal ziekteprofiel. Mijnheer de minister, wat is uw visie over de link tussen palliatieve zorgen en chronische zorgen?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mijnheer de voorzitter, onze fractie wil de terechte bekommernissen van mevrouw Claes mee ondersteunen.

Het is inderdaad een feit dat ook bij mensen met een handicap de vergrijzing toeneemt en dat er sprake is van veroudering. Er wordt dan ook terecht aandacht gevraagd voor meer ondersteuning binnen de palliatieve zorg.

Mevrouw Claes, u hebt er terecht naar verwezen dat het niet hoofdzakelijk een Vlaamse bevoegdheid is om er structureel iets aan te doen. Toch kunnen er binnen dit domein enkele maatregelen worden genomen.

Mijnheer de minister, het is hoofdzakelijk de bevoegdheid van uw federale collega's. Ik hoop dan ook dat u tijdens een volgende interministeriële conferentie aandacht wilt vragen voor deze problematiek, om een

uitbreiding van de maatregelen te bekomen. Mevrouw Claes, u hebt een aantal maatregelen opgesomd, maar als we verder zouden gaan met het onderzoek, zouden nog een aantal andere structurele maatregelen genomen kunnen worden. Mijnheer de minister, u moet hier uiteraard niet alleen aandacht voor vragen, maar het dossier ook opvolgen en erover waken dat er fundamenteel iets gebeurt.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Geachte leden, ik wil graag een algemene opmerking maken. In de Vlaamse en federale wetgeving en reglementering maakt men in de palliatieve zorgverlening geen onderscheid voor tussen verschillende categorieën. Men vertrekt vanuit een holistische benadering. Een categoriale benadering houdt ook een risico in. U stelt dat weliswaar niet zo voor, u vraagt aandacht voor een bijzondere categorie en ik zal ingaan op uw vragen. Maar het is toch belangrijk om te zeggen dat we over palliatieve zorg holistisch moeten spreken, vanuit de benadering dat eenieder die geconfronteerd wordt met die situatie, onze aandacht verdient. Vervolgens wil ik ingaan op de vraag of men ten aanzien van personen met een handicap niet wat extra dingen moeten doen.

Verder bestrijkt de palliatieve zorg in mijn visie, die ook gehandhaafd wordt binnen de Vlaamse Regering, meer dan de terminale fase. We zullen op zoek moeten gaan naar een nieuw woord. Men spreekt steeds meer over 'supportieve' zorg. In mijn antwoord op uw derde vraag ga ik daar op door. We moeten opletten voor de definitie van palliatieve zorg als de terminale fase.

Een derde algemene opmerking is dat palliatieve zorg, in een omgeving waar de patiënt verblijft, door iedereen moet kunnen worden toegepast, waar nodig met deskundige ondersteuning. Het is belangrijk dat in alle mogelijke zorgsettings – onder meer thuis, in het ziekenhuis, in de regionale ondersteuningspunten kwaliteitszorg (ROP's) en in de rust- en verzorgingstehuizen (RVT) – een palliatieve zorgcultuur groeit. Mevrouw Claes vraagt terecht aandacht voor de particulariteit van een categoriale groep. We moeten altijd in het achterhoofd houden dat de palliatieve zorg holistisch moet worden benaderd in het beleid en dat ze ruimer moet worden gezien dan alleen de terminale fase. We mogen hoe dan ook niet spreken van teams van palliatieve experten. Er moet een zorgcultuur groeien waarbij in het geheel van de zorg een expertise aanwezig is ten aanzien van iedereen die wordt geconfronteerd met de mens die aan het lijden is omdat hij dicht bij zijn levenseinde is.

In uw vraag over de partners in de samenwerkingsverbanden palliatieve zorg verwijst u naar artikel 5 van het KB van 19 juni 1997. Mevrouw Claes, ik zal een lang antwoord kort maken. Ik verwijs naar het artikel 7 van

datzelfde besluit. Dat bepaalt dat: "instellingen en diensten, bedoeld in het vorige lid, die hun medewerking wensen te verlenen aan de in dit besluit omschreven doelstellingen, ook na het afsluiten van bedoelde overeenkomst tot het samenwerkingsverband kunnen toetreden." Dat betekent in mensentaal dat voorzieningen waar personen met een handicap verblijven, door deze bepaling absoluut niet uitgesloten worden. U vraagt of we niet moeten aandringen op een aanpassing. Het enige gevolg van die aanpassing zou kunnen zijn dat de participatie daardoor verplicht wordt. Het is zeker niet zo dat de voorzieningen vandaag niet kunnen participeren. Het is misschien goed dat we aan de voorzieningen duidelijk maken dat ze, overeenkomstig dat KB, perfect in staat zijn om rond die tafel te zitten en dat er geen speciale reglementaire aanpassing nodig is om hen daarbij te betrekken.

In uw tweede vraag gaat u in op de samenwerkingsverbanden met palliatieve equipes. U wijst erop dat ze alleen ondersteunend werken ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg. U vindt het aangewezen dat de expertise van die equipes ook in voorzieningen voor personen met een handicap kunnen worden aangewend. Ik kom terug op mijn eerste basisbedenking. De Vlaamse overheid ondersteunt palliatieve netwerken. Mevrouw Dillen heeft er terecht op gewezen dat we, in termen van budgettaire massa, niet mogen doen alsof we grote inspanningen leveren. Ik wil wel insisteren op het feit dat we binnen de Vlaamse bevoegdheden het laatste jaar een enorme uitbreiding hebben gedaan. De palliatieve netwerken die door de Vlaamse overheid worden ondersteund, moeten de zorg- en hulpverlening rond de patiënt zo efficiënt mogelijk maken voor alle palliatieve patiënten. De multidisciplinaire begeleidingsequipes geven adviezen over palliatieve verzorging aan de verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn. Ze verlenen ook psychologische en morele steun aan de patiënt, aan zijn verwanten en eventueel aan de verzorgingsverstrekkers van de eerste lijn. Alle palliatieve patiënten kunnen een beroep doen op een multidisciplinaire begeleidingsequipe.

Het netwerk heeft eveneens een opgave in de deskundigheidsbevordering van de zorgverleners. Er is dus geen nieuwe reglementering of dienstverlening nodig om dat toegankelijk te maken voor personen met een handicap. U zegt dat het binnen de expertiseontwikkeling wijs is voor die categorie extra aandacht te hebben. Ik wil dat onderschrijven. Ik ben echter niet van plan om dat categoriaal te benaderen. U vraagt dat ook niet echt. Ik stem met u in dat dat een aandachtspunt moet zijn, maar liefst binnen de thans bestaande mogelijkheden.

Ik ga met u wat rustiger van gedachten wisselen over iets wat heel belangrijk is en dat de uitspraak van voormalig minister Vervotte verklaart. Een chronische aan-

doening staat inderdaad niet gelijk met een palliatieve zorgsituatie. Ongeneesbaar wil niet zeggen onbehandelbaar. Wel is de huidige RIZIV-definitie van palliatie voorbijgestreefd. Ik zeg dat niet omdat ik het beter weet maar omdat ik luister en lees wat de Wereldgezondheidsorganisatie daarover te vertellen heeft.

De huidige RIZIV-definitie is te veel beperkt tot de logica van de stervensbegeleiding in de allerlaatste maanden. Men schrijft: “Een patiënt die lijdt aan één of meerdere irreversibele aandoeningen, die ongunstig evolueert en bij wie therapeutische ingrepen en revaliderende therapieën geen invloed meer hebben en bij wie de prognose van de aandoening slecht is en het overlijden op relatief korte termijn wordt verwacht, met name bij een levensverwachtingsduur van meer dan 24 uur en minder dan 3 maanden.” Die definitie bestempel ik als achterhaald omdat ze tussen palliatie en stervensbegeleiding een gelijkheidsteken zet. Vandaag stellen we vast dat palliatieve zorg een benadering is die de levenskwaliteit van patiënten die worden geconfronteerd met een levensbedreigende aandoening, moet verbeteren door middel van preventie en die het lijden moet verminderen door een vroegdetectie en een grondige evaluatie en behandeling van pijn en andere fysische, psychosociale en spirituele problemen.

In mensentaal wil dit zeggen dat wat we supportieve zorg zijn gaan noemen, te maken heeft met het ogenblik waarop we voor het eerst met een levensbedreigende diagnose worden geconfronteerd. Vanaf dan is er nood aan psychosociale begeleiding. Enkele weken geleden heeft de Vlaamse Liga tegen Kanker onze aandacht gevestigd op de psychosociale rechten van de kankerpatiënt. Die gelden niet alleen in een palliatieve situatie, maar ook als door een diagnose in zijn levensfundamenten wordt bedreigd, omdat men niet zeker is wat de uitkomst zal zijn, ook al bestaan er in sommige gevallen behoorlijke overlevingskansen. Op dat moment voelt men zich bedreigd en heeft men nood aan een supportieve zorg.

De definitie die palliatie beperkt tot de laatste fase is om verschillende redenen problematisch, onder andere omdat we de resterende levensverwachting niet goed kunnen voorspellen. Ook de huisartsen signaleren ons dat. Het aantal dagen verwachte levensduur wordt gemiddeld met 60 percent overschat. Wellicht heeft dat ook met psychologie te maken. Als men in een overschatte logica zit, zijn de drie maanden die – voor het RIZIV – de grens zijn voor de definitie van palliatie, te beperkt. Als men een te optimistische diagnose heeft gekregen, valt men buiten de mazen van het net dat de laatste drie maanden wil ondersteunen. We moeten daarvan afstappen. Voormalig minister Vervotte heeft dat bij eerdere antwoorden laten aanvoelen. Ze wilde overstappen van het palliatieve naar het supportieve.

Ik pleit voor twee beleidsbijsturingen. De ondersteuning van de patiënt en zijn omgeving, psychisch, lichamelijk,

sociaal, zelfs existentieel en spiritueel, moet beginnen vanaf de diagnose van een levensbedreigende chronische ziekte of aandoening, en niet alleen in de laatste maanden.

Alle patiënten moeten worden ondersteund op basis van hun noden en niet op basis van hun diagnose. De supportieve zorg moet minder ziektespecifiek zijn. Vandaag is dat vooral kankergebonden. Het is niet nodig om dat te beperken op basis van een precieze diagnose van de ziekte waarmee men wordt geconfronteerd. Het moet ruimer worden afgestemd op de reële noden die voor vele aandoeningen vrij identiek zijn. De verruiming van de doelgroep is essentieel vanuit het rechtvaardigheidsprincipe. In het jargon noemt men dat de generieke palliatieve zorg. Ik ondersteun dat.

Mijn voorgangster heeft het initiatief genomen om dit probleem op de interministeriële conferentie te brengen. De interministeriële werkgroep is belast om dit verder uit te werken. Als de federale regering in de komende maanden in een andere positie zit, als ze niet langer ontslagnemend is, maar in volle kracht, dan zal die werkgroep sneller werk kunnen maken van de aanbevelingen die we hebben geformuleerd.

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: Mijnheer de minister, ik ben het volledig met u eens. Er moeten inderdaad geen aparte teams zijn voor verschillende doelgroepen, waarvan personen met een handicap er één is. We moeten nadenken over de manier waarop we die specifieke doelgroep, waar we toch anders mee communiceren, kunnen ondersteunen. Ik wil dit aandachtspunt benadrukken voor de toekomst.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de doelmatigheid van campagnes inzake partnergeweld

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ‘Geweldenaar voor partnergeweld riskeert celstraf’, ‘Zestien maanden voor partnergeweld’, ‘Agressie tegen ex-partner kost man celstraf’, ‘Stop het geweld tegen vrouwen’. Het zijn slechts enkele krantenkoppen uit een helaas veel groter geheel van artikels die ik de laatste maand heb teruggevonden.

Bijna dagelijks worden we via de media geconfronteerd met een of andere vorm van partnergeweld.

Meestal zijn vrouwen hiervan het slachtoffer. Maar vaak durven ze weinig te ondernemen, om diverse redenen. Om een gewelddadige partner te verlaten, hebben vrouwen een spreekwoordelijke druppel nodig. Vaak valt die pas als er levens in gevaar zijn of als een derde zich ermee bemoeit. Er zijn de laatste jaren campagnes geweest over partnergeweld, maar deze bereiken te weinig slachtoffers, zo blijkt uit recent universitair onderzoek. Slechts een minderheid van de slachtoffers van familiegeweld komt in de hulpverlening terecht. Vrouwen die de stap wel zetten, doen dit pas als het geweld zo uit de hand is gelopen dat ze niet anders kunnen. Voor kinderloze vrouwen is de druppel vaak een doodsb bedreiging of een plotse verandering in de vorm van het geweld.

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

Het is algemeen geweten dat vrouwen met kinderen het ergste geweld op hun eigen persoon laten gebeuren om de kinderen niet te schaden. Het is pas als de man de kinderen bedreigt, dat ze voor het eerst de stap naar de hulpverlening durven te zetten. In de praktijk blijkt dat ze zelfs daarvoor nog een stimulans moeten krijgen van een derde.

Vrouwen die geweld binnen het huwelijk ‘normaal’ vinden, komen uit alle klassen en hebben allerlei verschillende achtergronden. Uit onderzoek is duidelijk gebleken dat de inmenging van een extern persoon heel belangrijk is. Natuurlijk moet die persoon dit ook te weten komen of daartoe in de mogelijkheid worden gesteld, anders is hulpverlening natuurlijk onmogelijk.

In ieder geval is het belangrijk dat de hulpverlening zo toegankelijk mogelijk is of dat ze dat alleszins zou moeten worden. Er worden vandaag al grote inspanningen gedaan. In het verleden hebben we in deze commissie al meermaals de gelegenheid gehad om te debatteren over deze problematiek. Helaas zijn de inspanningen onvoldoende.

Nochtans blijkt dat er levens kunnen worden gered door zo snel mogelijk door te verwijzen naar de hulpverlening. Er zijn campagnes gevoerd. Ik heb er al naar verwezen. Uit het onderzoek is echter gebleken dat deze campagnes qua doeltreffendheid voor verbetering vatbaar zijn. Belangrijk is zo veel mogelijk inspanningen te leveren om de campagnes rond partnergeweld zo goed mogelijk de beoogde doelgroepen te laten bereiken.

Mijnheer de minister, welke inspanningen zijn er gedaan om de campagnes rond partnergeweld zo goed mogelijk de beoogde doelgroepen te laten bereiken? Zijn er al onderzoeken gedaan – en dan heb ik het niet over universitair onderzoek, maar over beleidsonderzoek – naar de doeltreffendheid van deze campagnes? Uit recent onderzoek blijkt dat deze campagnes qua doeltreffendheid voor verbetering vatbaar zijn. Zult u initiatieven

nemen om hierop in te gaan? De inmenging van een extern persoon is heel belangrijk bij deze problematiek. Nochtans blijkt dat het vaak moeilijk is om de stap te zetten naar de bestaande hulpverlening. Er worden vragen gesteld over de toegankelijkheid ervan. Worden er inspanningen gedaan om die toegankelijkheid te bevorderen?

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: Mijnheer de voorzitter, in de provincie Limburg zijn er heel wat preventieve acties inzake partnergeweld. Het allerbelangrijkste gevolg van die acties was dat we rond de tafel zijn gaan zitten met justitie, politie en de welzijnssector. We hebben een draaiboek ontwikkeld om die drie verschillende sectoren beter op elkaar af te stemmen. Nu werken we op de volgende wijze. Wanneer de politie wordt geconfronteerd met partnergeweld in een gezin, wordt aan die mensen gevraagd of ze bereid zijn hulpverlening te krijgen. Als ze bereid zijn een beroep te doen op de hulpverlening, worden ze er automatisch naar doorverwezen door de politiediensten. Dat staat in een draaiboek, zodat alle politiediensten en de hele welzijnssector in onze provincie op die wijze begint te werken. Ik zeg “begint te werken” omdat dit een nieuw model is. Deze afspraken zijn het gevolg van de uitgebreide preventieve acties van de voorbije jaren in onze provincie.

Dan is er nog een tweede project in hetzelfde kader. We hebben gemerkt dat heel veel partnergeweld samenhangt met situaties waarbij kinderen betrokken zijn, zoals het bezoekrecht. Het feit dat onvoldoende precies is omschreven hoe moet worden omgegaan met het bezoekrecht van kinderen vormt heel vaak de aanzet van een conflict tussen partners. Daarom werd met justitie afgesproken dat de regeling met betrekking tot kinderen veel duidelijker zou worden omschreven. Dat belangrijke project is momenteel in uitvoering.

Dat lijken me de belangrijke dingen. Preventie is belangrijk om de aandacht te vestigen op dit probleem en om erop te wijzen dat vrouwen die worden geconfronteerd met partnergeweld, daar niet beschaamd over moeten zijn en er aangifte van moeten doen. Mijn ervaring van de voorbije periode leert me echter dat het veel belangrijker is dat er goede afspraken zijn tussen de diverse sectoren. We merkten immers dat de hulpverleners veel te laat werden ingeschakeld. Dat is heel erg belangrijk.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mevrouw de voorzitter, om te beginnen wil ik benadrukken dat de meeste campagnes rond partnergeweld tot nu toe zijn opgezet door andere overheden, namelijk door de federale overheid, al dan niet in samenwerking met de gemeenschappen, door

de provincie en door privéorganisaties. Zo heeft de federale overheid, in samenspraak met de gemeenschappen, tussen december 2001 en januari 2002 een affichecampagne gelanceerd om geweld tegen vrouwen onder de aandacht te brengen. Het telefoonnummer van de centra voor teleonthaal werd op deze affiches vermeld. Een evaluatie voor de Federatie van Tele-Onthaaldiensten leert ons dat de centra voor teleonthaal in de campagneperiode gemiddeld 122 oproepen per maand ontvingen in verband met partnergeweld. In de voorgaande periode, van januari tot en met november 2001, ging het over 84 oproepen per maand. Dat is dus een toename met meer dan 44 percent tijdens de campagneperiode. Dat is dus een vorm van effectiviteitsmeting. Van alle oproepen kwam 95 percent van vrouwen die het slachtoffer waren van geweld door hun mannelijke partner.

Voor het overige kan ik ook signaleren dat de Vlaamse overheid in de loop van de vorige zittingsperiode nog een campagne heeft gevoerd over geweld in relaties voor de doelgroep van de adolescenten. De doeltreffendheid van die campagne is niet geëvalueerd.

Mevrouw Dillen, u verwees in uw vraag naar krantenartikels om erop te wijzen dat partnergeweld vaak in de kijker komt. Toen ik dat hoorde, dacht ik aan iets dat straks nog ter sprake zal komen, wanneer we het zullen hebben over de suïcidepreventie. Verontschuldig me voor die zijsprong. Journalisten mogen berichten over suïcide. Ze krijgen echter het advies om meteen ook de beschikbare hulpverleningsvormen onder de aandacht te brengen. Het is nu eenmaal zo dat de berichtgeving over suïcide in sommige gevallen aanleiding kan geven tot nieuwe probleemsituaties. Een journalist is op dat ogenblik verantwoordelijk en goed bezig als hij niet alleen bericht over de situatie op zich, maar ook verwijst naar de hulpverlening. Dat geldt bij uitbreiding ook voor de berichtgeving over partnergeweld. De mensen van de media hebben een eigen verantwoordelijkheid en maken dit soort zaken het best zelf onder elkaar uit, via een soort zelfregulering. Als overheidsvertegenwoordiger voel ik me niet geroepen om te gaan dicteren wat ze moeten schrijven. Dat lijkt me echter ook een kans om de aandacht te vestigen op telefoonnummers van hulplijnen. Artikels over partnergeweld worden nu eenmaal gelezen door vrouwen – en soms misschien ook door mannen – die worden geconfronteerd met deze vorm van geweld.

U verwees naar een recent onderzoek, dat u heel netjes als “universitair onderzoek” hebt omschreven. Het gaat over een eindverhandeling van een student. Die heeft voor die eindverhandeling tien slachtoffers van partnergeweld en vijf hulpverleners ondervraagd.

Het gaat over een document van enkele tientallen bladzijden. Ik ga daar niet het statuut van wetenschappelijk onderzoek aan toekennen. Wel trekt die eindverhandeling twee belangrijke conclusies, waarmee ik rekening

wil houden, omdat ze stroken met wat ons gezond verstand ons ingeeft. Een aanbeveling is partnergeweld uit de taboesfeer te halen en het ontoelaatbare ervan bespreekbaar te maken. Dat helpt de slachtoffers om eraan te ontsnappen. Mevrouw Claes heeft daar al op gewezen. We moeten voorkomen dat het slachtoffer met een schuldgevoel wordt opgezadeld, dat ze begint te denken dat het aan haar ligt. Neen, er moet duidelijk worden gemaakt dat wie het slachtoffer is van partnergeweld alle recht en reden heeft om daarmee naar buiten te komen en zich op geen enkele wijze door een vorm van taboe belet moet voelen om daarover te spreken. Een andere conclusie is dat er moet worden gezorgd voor toegankelijke en beschikbare hulpverlening. Dat is een verstandig en juist advies.

Als er echter in het algemeen wordt gezegd dat de campagnes qua doeltreffendheid voor verbetering vatbaar zijn, vind ik niet dat ik daarmee al een evaluatie in handen heb. Ik stel wel samen met u vast dat er weinig wordt geëvalueerd bij dit soort campagnes. Ik sluit niet uit dat ik ter zake zelf nog een initiatief zal nemen vóór het einde van deze zittingsperiode, om de aandacht te vestigen op deze problematiek. Ik zal er dan ook extra aandachtig op toekijken, ook aan de hand van wat u me vandaag hebt verteld, dat er toch een soort nulmeting zou plaatsvinden en dat zou worden gekeken of dergelijke campagnes voldoende effectief en dus verantwoord zijn. Er wordt immers geld besteed aan het communiceren hiervan. We mogen dan ook vragen of dit een effect heeft gehad.

Dan kom ik tot de derde vraag, over de inmenging van externe personen. U hebt gelijk: uit het besproken onderzoek blijkt dat een cruciaal element in de innerlijke omslag van het slachtoffer erin bestaat dat een andere persoon – een familielid, een vriendin, een huisarts, een maatschappelijk werker – erop wijst dat het geweld ontoelaatbaar is en moet ophouden. Vaak is het nodig dat iemand het slachtoffer wakker schudt, zodat die beseft dat iets ontlaatable is. We moeten jammer genoeg vaststellen dat te veel vrouwen iets gedogen. Voor buitenstaanders kan dat onverklaarbaar zijn, maar er is een complete psychologische context die verklaart waarom ze lang in dergelijke gewelddadige relaties blijven. Ik deel dus dit uitgangspunt met u en met de persoon die deze kleine studie heeft gemaakt.

– *De heer Luc Martens treedt opnieuw als voorzitter op.*

Ook is een goede opvang door politie en hulpverlening nodig. Ik wijs op de extra investering van ongeveer 665.000 euro in de centra voor algemeen welzijnswerk (CAW) voor de versterking van de aanpak van intra-familiaal geweld. Dat bedrag is gereserveerd in de begroting 2006 en vervolgens recurrent gemaakt. De CAW's beschikken immers over diverse werkvormen,

die bijdragen tot de aanpak van intrafamiliaal geweld: vluchthuizen, vrouwenopvang, gezins- en relatiebegeleiding, crisisopvang, slachtofferhulp, justitieel welzijnswerk, bemiddeling enzovoort.

Het is de bedoeling dat de CAW's hun huidige aanbod sterker en nog gericht gaan inzetten in situaties van partnergeweld. Aan de CAW's werd opgedragen een duidelijk en toegankelijk aanspreekpunt te creëren, waar zowel de burgers als de diensten van politie en parket en andere welzijns- en gezondheidsdiensten een hulpvraag kunnen stellen naar aanleiding van intrafamiliaal geweld. Van de CAW's zal ik verwachten dat ze daar actief en hardnekkig op zullen ingaan. Ze mogen dus niet te snel loslaten. Dat lijkt me nodig. Ze mogen niet te snel stellen dat ze het hulpverleningsaanbod hebben gesignaleerd en dat het nu aan het slachtoffer is om zelf de stap te zetten. Ik denk dat er sprake is van een zodanige concrete psychologische situatie dat er in de hulpverlening een zekere hardnekkigheid nodig is. Die werkwijze moet ervoor zorgen dat de slachtoffers snel worden geholpen. Momenteel zijn de CAW's volop bezig hun hulpaanbod ten aanzien van slachtoffers en daders van intrafamiliaal geweld zo te organiseren.

Ik vernoemde daarnet ook de daders. Ik ga er immers vanuit dat – binnen de logica van het CAW – ook het betrekken van de daders bij datgene waartoe ze aanleiding hebben gegeven, in sommige gevallen heilzaam kan zijn. Zoals u weet, is de werking van de centra voor algemeen welzijnswerk gebaseerd op vrijwilligheid. Dit is dus niet altijd van toepassing.

De eerste resultaten daarvan worden stilaan zichtbaar. De CAW-medewerkers krijgen een bijkomende opleiding over de aspecten van de problematiek van partnergeweld. In meerdere gerechtelijke arrondissementen worden samenwerkingsprotocollen afgesloten tussen parket, politie en hulpverlening. Mevrouw Claes heeft er terecht op gewezen: de zones met zo'n protocol melden mij een opmerkelijke stijging van het aantal aangiftes van partnergeweld. Ik probeer deze eeuwige paradox te aanvaarden. Als de politiek zoiets aanpakt, stijgt het aantal meldingen en krijgt men kritiek. Zolang men dat niet verwacht met het objectieve aantal gevallen van geweld zal ik de kritiek wel incasseren en telkens opnieuw uitleggen dat de aandacht voor een fenomeen meer gevallen aan het licht brengt, wat de indruk wekt dat het fenomeen zelf groeit.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Ik dank u voor uw uitvoerige antwoord, mijnheer de minister. Ik ben blij dat u nog tijdens deze regeerperiode een aantal initiatieven zal nemen. We zullen dat met veel interesse volgen.

Uw laatste opmerking klopt, maar wij zullen u nooit bekritisseren omdat u dit fenomeen aanpakt. Ik ben blij

dat er de laatste jaren extra inspanningen worden geleverd voor de CAW's. Ik ben blij dat steeds meer vrouwen naar een CAW durven stappen.

Mijnheer de minister, als advocaat word ik geregeld met partnergeweld geconfronteerd. Het komt voor in alle lagen van de bevolking. Het heeft niets te maken met geld, opleiding of sociale status. Veel vrouwen zijn beschaamd om erover te praten. Als ze op consultatie komen omwille van overspel, voelen ze zich helemaal niet beschaamd. Dat is blijkbaar evident geworden. Overspel durven ze bekendmaken aan hun raadsman, hun familie en vrienden. Over geweld kunnen ze met moeite vertellen binnen de beslotenheid van een advocatenkantoor. Ook daar moet iets aan gedaan worden.

Uw opmerking over de media is terecht. U hebt groot gelijk, een politicus moet niet aan een journalist vertellen wat hij moet schrijven. Dat zouden we niet eens in ons hoofd durven te halen. Veel journalisten zijn echter niet op de hoogte van het onderwerp. Misschien zou het wel nuttig zijn de media te informeren. Het zou een goed idee zijn om bij spectaculaire gevallen van partnergeweld wat meer achtergrond te geven.

Tot slot, het Limburgse initiatief dat mevrouw Claes schetste, is werkelijk schitterend. Bestaat een dergelijk project ook in andere provincies? Ik geloof niet dat het in Antwerpen bestaat. We zouden in elke provincie een draaiboek kunnen uitwerken met alle actoren. Ofwel moeten we nagaan of het Limburgse model gekopieerd kan worden.

De voorzitter: Mevrouw Claes heeft het woord.

Mevrouw Sonja Claes: Vorige week vond er in Limburg een studiedag plaats. Men had het er over de vroegere aanpak, over de huidige resultaten en over een mogelijke nieuwe aanpak. Ik zal de documenten overmaken aan de commissiesecretaris.

Die samenwerking tussen de diensten heb ik gerealiseerd samen met procureur Rubens en ik ben daar fier op.

Ik geloof dat voormalig minister Vervotte rond het Limburgse model zou werken. Ik weet niet of dat gebeurd is. Het is in elk geval nog nieuw. Het is in de afgelopen drie jaar uitgewerkt en nu pas in praktijk omgezet. Op de studiedag bleek dat zowel welzijn, justitie als politie erg enthousiast zijn.

Ik vind dat het resultaat van een campagne niet gemeten kan worden. Een aangifte gebeurt vaak naar aanleiding van een campagne of een krantenartikel. Als dit het resultaat is, mogen we daar allemaal samen fier op zijn.

Minister Steven Vanackere: Ik doe momenteel een provinciale ronde. Ik heb deze morgen met senator

Thijs gesproken. Ik ben helemaal niet tegen het idee om goede provinciale initiatieven uit te breiden naar heel Vlaanderen. Limburg is vaak een voorloper. Alle provincies kunnen van elkaar leren.

We meten de resultaten van een campagne alleen om te weten of er meer meldingen zijn. De meting van het aantal gevallen van partnergeweld vergt een heel ander soort onderzoek. De metingen waar we het over hebben, peilen naar de toegankelijkheid van het nummer van de hulplijn. In 2001 leidde de campagne van de federale overheid – in samenwerking met de gemeenschappen – tot een stijging van het aantal meldingen van meer dan 40 percent. Hoe dat evolueert in de maanden en jaren daarna kunt u ook nalezen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de uitvoering van het Vlaams actieplan ter bestrijding van zelfmoord

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rol van de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) in suïcidepreventie

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mijnheer de minister, 10 september was de werelddag tegen zelfdoding. Naar aanleiding hiervan werd opnieuw – helaas een jaarlijkse gebeurtenis – een lijst van trieste cijfers bekendgemaakt of werd de trend van de vorige jaren bevestigd.

In de landen van de Europese Unie (EU) sterven er jaarlijks 18 per 100.000 mannen en 6 per 100.000 vrouwen ten gevolge van zelfmoord. De EU behoort tot de regio's met de hoogste zelfmoordcijfers ter wereld. Helaas scoort Vlaanderen nog slechter en ligt het cijfer 50 percent hoger dan het gemiddelde binnen de EU: 27 op 100.000 mannen en 10 op 100.000 vrouwen. De cijfers over zelfdoding in Vlaanderen zijn dramatisch. Finland is de Europese koploper, op de voet gevolgd door Vlaanderen met gemiddeld 7 zelfmoorden per dag. Voor twintigers en dertigers en bij mannen ook voor veertigers is zelfdoding de belangrijkste doodsoorzaak. Voor jongeren is het na verkeersongelukken de tweede belangrijkste doodsoorzaak. Het zijn triestige, indrukwekkende cijfers. Hieruit moeten we besluiten trekken en telkens opnieuw beklemtonen dat zelfdoding een belangrijk gezondheidsprobleem is in Vlaanderen.

Er is een Vlaams Actieplan 2006-2010 ter preventie van zelfdoding. Hierin staan initiatieven die de verwezenlijking van de gezondheidsdoelstelling rond zelfmoordpreventie moeten helpen realiseren. Er zijn budgetten vrijgemaakt die het verwezenlijken van deze doelstellingen moeten ondersteunen. Uit de media hebben we mogen vernemen dat u anderhalf miljoen euro vrijmaakt om de preventie verder uit te werken. Dit is positief. We willen graag meer informatie over de concrete invulling. Uit alle cijfers en gegevens blijkt dat het belangrijk is om dit dossier zeer nauwlettend te volgen en onmiddellijk bij te sturen indien blijkt dat de vooropgezette doelstellingen niet kunnen worden gerealiseerd.

Opvallend is dat bij senioren steeds meer zelfmoorden voorkomen. Volgens de Vlaamse dienst voor zelfmoordpreventie is dit niet verwonderlijk: 65-plussers zien vaak hun houvast in het leven wegglijpen, ze verliezen hun werk, hun vrienden, hun status, hun partner, vaak zelfs hun huis. Ze worden afhankelijker van anderen naarmate ze ouder worden, en niet iedereen kan die veranderingen aan. Het is van belang om in uw preventiebeleid extra aandacht te besteden aan deze groep.

Uit Vlaams onderzoek is gebleken dat één op dertig personen die een poging tot zelfmoord heeft ondernomen, binnen het jaar overlijdt door zelfmoord. Het risico is vooral groot bij die personen die zonder professionele begeleiding het ziekenhuis verlaten. Op dat punt moeten we extra inspanningen leveren. Wie het ziekenhuis verlaat, moet ondersteuning krijgen en van dichtbij worden opgevolgd om een nieuwe poging te voorkomen. Opnieuw zou ik kunnen verwijzen naar het Limburgse model. We hebben het er twee jaar geleden al over gehad. Sindsdien heb ik daar nog weinig over vernomen. Het proefproject was interessant en verdient navolging.

Omwille van diverse factoren is preventie van zelfdoding bijzonder moeilijk. Er heerst nog steeds een taboesfeer rond. De hulpverlening is vaak ontoereikend en niet altijd voldoende bekend. We kampen met een ontstellend gebrek aan kinder- en jeugdpsychiaters. Ondanks de inspanningen zijn de CAW's onvoldoende bekend en onvoldoende toegankelijk, zeker voor jongeren.

Ik wil het nog hebben over de rol van de media. We kunnen onmogelijk alle oorzaken van zelfdoding in kaart brengen. Terecht wordt gesteld dat de media hierin een aanzienlijke verantwoordelijkheid dragen. Uit verschillende onderzoeken is namelijk gebleken dat er een link is tussen media en zelfdoding. Ik denk dat we ook mogen vragen dat de media verantwoordelijkheid opnemen. We weten allemaal dat het risico op imitatie na een spectaculair artikel over zelfdoding afhankelijk is van het aantal details dat wordt gegeven, van de romantisering van zelfdoding en van de context die wordt geschetst.

In 2004 heeft de Werkgroep Verder, een vzw die zich inzet voor de nabestaanden van zelfdoding, een folder uitgegeven om journalisten te sensibiliseren over de levens die ze kunnen redden met gepaste berichtgeving. Uit onderzoek is gebleken dat deze actie te weinig effect heeft gehad. Het is misschien nuttig om deze aanbevelingen opnieuw te lanceren, om zo de pers op haar verantwoordelijkheid te wijzen.

Mijnheer de minister, u wilt het zelfdodingscijfer tegen 2010 met 8 percent verlagen in vergelijking met 2000. Ik denk trouwens dat de hele Vlaamse overheid en het hele parlement dat wil. We hebben daarvoor een actieplan, maar uit de cijfers die bekend zijn gemaakt naar aanleiding van de werelddag tegen zelfdoding, blijkt dat er toch niet veel vooruitgang is geboekt op het terrein.

Welke initiatieven zult u nemen om er meer aandacht aan te besteden? Wat zijn uw prioriteiten in het kader van dit preventiebeleid? U hebt een aantal bijkomende financiële middelen vrijgemaakt om de preventie optimaal te bevorderen. Ik had graag meer informatie gekregen over de concrete invulling.

Uit onderzoek is gebleken dat er een link bestaat tussen de media en zelfdoding. Hebt u al overleg gepleegd met de minister van Media, om na te gaan hoe er binnen de Vlaamse media een strategie uitgewerkt kan worden die mee positieve stimuli biedt aan het Vlaams Actieplan ter bestrijding van zelfdoding?

Vanaf 65 jaar, zo blijkt uit cijfers, verdrievoudigt het aantal zelfdodingen. Ik denk dat een goede campagne hier op haar plaats zou zijn. Een goede campagne moet extra aandacht besteden aan de familie, aan de omgeving en uiteraard ook aan de hulpverleners die een belangrijke taak kunnen hebben. Als zij tijdig de ogen openen, zo stellen experts, kan worden ingegrepen. Mijnheer de minister, hebt u initiatieven genomen om hier werk van te maken?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Mijnheer de voorzitter, ik wil me graag aansluiten bij de uiteenzetting van mevrouw Dillen, want een aantal van mijn vragen komen inderdaad overeen.

Onze Vlaamse Regering heeft zich geëngageerd om depressie en suïcide op een gecoördineerde manier aan te pakken. Dat heeft geleid tot een zesde gezondheidsdoelstelling, die stelt dat de sterfte door zelfdoding tegen 2010 met 8 percent moet verminderen. Daarvoor is het actieplan suïcidepreventie opgesteld, dat steunt op vijf strategieën. Mijnheer de minister, ondertussen hebt u ook al bekendgemaakt dat u het budget voor suïcidepreventie zult verdrievoudigen.

In ons Vlaams regeerakkoord staat, inzake zelfmoordpreventie, ook het volgende: “Via een meerjarenplanning

versterken we het aanbod in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG), onder meer met het oog op zelfmoordpreventie en het behandelen van depressies. We besteden prioritair aandacht aan de uitbreiding van de regio's met blinde vlakken en het wegwerken van de wachtlijsten voor kinderen en jongeren.”

De Vlaamse Regering engageert zich dus om de structurele hulpverleningscapaciteit in onze CGG's te verhogen.

Het Vlaams Parlement zette deze passage uit het Vlaams regeerakkoord kracht bij door de motie van 21 december 2005 aan te nemen, waarin wordt gesteld: “een budgettair perspectief te creëren voor de verruiming van de opvang- en behandelcapaciteit in onze CGG's, in het kader van de meerjarenovereenkomsten 2006-2008, om zo beter tegemoet te komen aan de behoefte van de doelgroepen, in het bijzonder van kinderen, jongeren en ouderen.”

Mijnheer de minister, heel wat initiatieven in het kader van het Vlaams Actieplan zijn al in de voorbereidingsfase of zijn in werking. Wat is de stand van zaken betreffende de uitvoering van de acties zoals omschreven in het Vlaams Actieplan?

Wilt u nieuwe accenten leggen voor de uitvoering van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie? Zo ja, welke accenten zijn dat?

Welke concrete maatregelen zullen worden genomen om de hulpverleningscapaciteit in de CGG's verder structureel uit te breiden, conform het regeerakkoord en onze goedgekeurde motie?

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mijnheer de voorzitter, ik wil me bij de vorige sprekers aansluiten, want ik deel de zorg voor dit thema. Mevrouw Jans, ik denk inderdaad dat CGG's een heel belangrijke rol hebben in de preventieve aanpak van deze gezondheidsdoelstelling. Mijnheer de minister, uit de inleiding van mijn collega's heb ik begrepen dat er hard aan gewerkt zal worden en ik heb daar ook vertrouwen in.

Ik vraag me af of we ook niet kunnen werken met een flankerend beleid ten aanzien van een aantal zijdelings betrokken organisaties. De media kunnen hierbij een grote rol spelen. Uit wetenschappelijk onderzoek is duidelijk gebleken dat de manier waarop de berichtgeving rond die thema's verloopt ook het gedrag van mensen kan beïnvloeden. In dat verband had ik deze zomer een persoonlijke ervaring met een goede vriend.

Ik wil mijn particuliere situatie niet uitvergroten, maar ik denk wel dat omgevingsfactoren een rol spelen.

Hulpverlening kan heel dichtbij of heel ver weg zijn voor mensen. Op de een of andere manier moeten we partners zoeken om de hulpverlening op het crisismoment dichterbij te brengen. Bij suicide is het crisismoment vaak diep en kort. Dat vereist een soort directe interventie of directe hulpverlening.

Ik vraag me af of de media geen bijdrage kunnen leveren om die brug korter en lager te maken, zodat ze sneller te overbruggen is. Er zijn een aantal hulpverleningsinstrumenten die blijkbaar ook drempels hebben. We kunnen nadenken en onderzoeken of een aantal organisaties, en ik denk daarbij aan de media, een rol kunnen spelen om dat crisismoment te overbruggen, zodat we deze belangrijke gezondheidsdoelstelling beter kunnen realiseren.

De heer Luc Martens: Mijnheer de minister, ik denk dat men terecht verwijst naar de media, want er blijkt inderdaad een soort imitatiegedrag te ontstaan. Er wordt iets gepresenteerd en men voelt zich geroepen om dat na te bootsen.

Inwerken op de media is niet alleen voor dit thema relevant. Ook inzake de beeldvorming over de slanke lijfjes – wat verband houdt met het ontstaan van anorexia – dragen de media verantwoordelijkheid. Er zijn nog veel andere voorbeelden te noemen.

Als we het hebben over de media, rijst de vraag of we ze moeten aanspreken over een ‘code de bonne conduite’, waarbij ze zich engageren om meer accuraat om te gaan met een aantal maatschappelijk waardevolle dingen en zich niet te laten misleiden door de koopcijfers, de goede titel of het sterke beeld. Ik denk dat dat een globale uitdaging is voor de media.

Voor zelfmoord zijn er vele redenen. Die kunnen bij de persoon zelf liggen, maar ook in de context die activeert wat in de persoon aanwezig is.

De uitzichtloosheid heeft voor sommige mensen, zeker voor 65-plussers, vaak ook te maken met de angst om in een fase van nutteloosheid te komen. Velen leven in een vrij uitzichtloze situatie, zijn beperkt in hun actiemogelijkheden, hebben weinig middelen, zijn relationeel vereenzaamd enzovoort.

Ik denk dat het – los van wat men dag in dat uit kan doen via flankerend beleid, via andere organisaties en via CGG's – een uitdaging is voor alle ministers en voor het hele beleid om te werken aan een maatschappelijke context die veel minder provoceert om dit soort daden te stellen.

Ik ben een beetje bang om al te veel te verwachten van een specifiek beleid. Daarmee wil ik niet zeggen dat het niet moet bestaan, maar het specifieke beleid zal altijd tekortschieten als men niet op een meer systematische manier op het geheel inwerkt.

Als we in eigen land kijken naar de regionale verschillen, moeten we ons afvragen hoe dat komt. Ik denk aan de Westhoek. Is dat toevallig? Ligt dat aan de klei? Nee, dat ligt aan de uitzichtloosheid van de situatie van vele landbouwers daar, want zij hebben vaak een enorme schuldenlast en problemen met de opvolging.

De media zouden veel meer een positieve bijdrage kunnen leveren. We moeten een specifiek beleid voeren, maar dat zal altijd mislukken als de brede context er niet is. Dat is mijn mening, maar roep me tot de orde als ik het fout zou hebben.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer de voorzitter, heel veel zaken die hier al zijn gezegd, zijn meer dan behartigenswaardig. Ik probeer repliek te geven op de gestelde vragen, maar ik riskeer om sommige dingen te herhalen.

Op zeker ogenblik, bij de bekendmaking van een aantal maatregelen, heb ik zelf verwezen naar het feit dat we, na Finland, in West-Europa het land zijn met het hoogste aantal suicides per inwoner. Mevrouw Dillen, uit uw vraagstelling zou kunnen blijken dat het over heel Europa gaat, maar het ging om West-Europa. Met Slovenië, Hongarije en de Baltische staten zijn er nog een aantal landen die, jammer genoeg, een nog hoger suicidecijfer hebben dan Vlaanderen. Zelfs als we ons laten voorafgaan door Finland en die andere landen, stellen we vast dat drie zelfdodingen per dag in Vlaanderen – voor België is het cijfer uiteraard nog wat hoger – fenomenaal veel is en veel te veel.

Mevrouw Dillen, als u zegt dat de realisatie van de doelstelling van de Vlaamse Regering niet goed opschiet, wil ik toch zeggen dat het actieplan is goedgekeurd op 19 juli 2007. We formuleren onze ambitie ten aanzien van een suicideniveau van het jaar 2000, maar voor een belangrijk deel rekenen we natuurlijk op de acties die in het kader van het actieplan naar voren worden geschoven en voor een knik moeten zorgen.

Ik sta eerst even stil bij de verschillende strategieën van het actieplan. Het zijn er vijf, maar op sommige ga ik niet meteen in, omdat ze deel uitmaken van een andere vraag.

Er is eerst en vooral een strategie nodig rond de bevordering van de geestelijke gezondheid in het algemeen. De assertiviteit om met een aantal zaken – bijvoorbeeld pesten op school – om te gaan, om een hulpvraag te formuleren en om alternatieven te zien voor de keuze voor het M-woord moet worden bevorderd. We schijnen te moeten spreken over zelfdoding en suicide en niet over zelfmoord, want dat woord wordt als culpabi-

liserend gezien. Ik merk echter op dat wij ook soms in de fout gaan.

Het tonen van de alternatieven voor suïcide heeft eerst en vooral te maken met een algemene context die de geestelijke gezondheid bevordert. Dat is een eerste strategie. De projecthouder van dit onderdeel is het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG). Het VIG zal een aantal campagnes ontwikkelen, zoals nu 'fit in je hoofd, goed in je vel'. Zoals de voorzitter heeft gezegd, moet je niet meteen binnenvallen in een klas en vragen: "Wie denkt er aan zelfdoding en wat gaan we daaraan doen?" Het heeft veel meer te maken met het creëren van een klimaat waarin die stap in de piramide van keuzes, zeer laat in overweging wordt genomen.

Een tweede as is zorgen voor een strategie van laagdrempelige telezorg en voor een project van onlinehulpverlening waarbij men het aantal vrijwilligers wil uitbreiden vanuit het Centrum ter Preventie van Zelfmoord. De aanbeveling wordt blijkbaar in de sector niet helemaal ter harte genomen, want dan zou het 'preventie van zelfdoding' moeten heten. De Zelfmoordlijn wordt gecontinueerd. Vandaag is die twee avonden in de week beschikbaar. Het zal u niet verbazen dat ik deze wil uitbreiden. Je kunt moeilijk zeggen aan de mensen: als je met zulke gevoelens rondloopt, zouden we het liefst hebben dat dat op een dinsdag of een donderdag gebeurt. U voelt wel aan dat in dergelijke aangelegenheden het hulpantwoord breder beschikbaar moet zijn. Dat is een van mijn prioriteiten in de tweede as.

De derde as is een strategie rond deskundigheidsbevordering en netwerking ten aanzien van mensen die worden geconfronteerd met herkenbare signalen van iemand die in de risicogroep zit. Vooreerst is er een project met betrekking tot de deskundigheidsbevordering van de huisartsen. Het zal sommige – of alle – leden een genoegen doen dat ik ook hier weer vind dat huisartsen een van de actoren zijn die signalen kunnen oppikken. De deskundigheidsbevordering van de huisarts is een project via e-learning, met als doelstelling een zeshonderdtal huisartsen te bereiken tegen het einde van dit jaar. Het kan eventueel veralgemeend worden als we zien dat het effect heeft. Er zijn trouwens nu al 533 huisartsen in het project gestapt. Er is geen zware tijdsinspanning van de huisarts voor nodig. Er wordt geleerd om naar een aantal signalen te kijken zodat men weet wat er moet gebeuren om een stap in de goede richting te zetten voor de hulpvrager.

Deskundigheidsbevordering moet er ook komen via echte vormingen die wat tijdsintensiever zijn. Domus Medica geeft die vorming. We zetten deze voort binnen het bestaande convenant met Domus Medica.

Binnen de strategie van deskundigheidsbevordering is er ook de zorg voor personen met een depressie. Het gaat

over een project van het onderzoekscentrum Leuvense Universiteit-Caritas Samenwerkingsverband (LUCAS) en het project van de Europese Alliantie tegen Depressie (European Alliance against Depression-EAAD), dat nu afgelopen is. Het eindrapport bevat interessante resultaten. Een samenvatting van dat rapport kunt u lezen op de website van het agentschap. We evalueren met de onderzoekers de haalbaarheid van het voortzetten en uitbreiden van dat project naar andere CGG's.

De vierde as is de strategie met betrekking tot het vermijden van het uitlokken van zelfdoding door een heel accurate strategie in de richting van de media. Daar ga ik in mijn antwoord op de volgende vraag verder op in.

De vijfde en laatste as is een strategie van zorg voor risicogroepen. U hebt zelf gewezen op het fenomeen van de suïcidepogers die bij een volgende poging dan toch slagen. We hebben een project dat zich richt op mensen die via de spoedgevallen in een situatie van detecteerbaarheid komen. We hebben met een aantal ziekenhuizen een instrument ontwikkeld, namelijk het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO). Dat is tot stand is gekomen met de volgende ziekenhuizen: Algemeen Ziekenhuis (AZ) Sint-Jan Brugge, Universitair Ziekenhuis (UZ) Gent, Ziekenhuis Oost-Limburg (ZOL) Genk, Virga Jesse Hasselt, AZ Maas en Kempen Maaseik en Sint-Trudo in Sint-Truiden. Met deze ziekenhuizen loopt een project met aandacht voor de detectie van suïcidepogers, het volgen ervan en het verwijzen naar een vorm van hulpverlening. Dat is een strategie ten aanzien van de risicogroepen die we allicht moeten veralgemenen.

Ook in de logica van het doelgroepenbeleid naar risicogroepen wil ik wijzen op een project dat nog aan de gang is en te maken heeft met vroege detectie van schizofrene psychose. Er is een team samengesteld met de zeer tot de verbeelding sprekende naam VDIP: vroegdetectie –diagnose en -interventie bij psychose. Het komt erop neer dat men experts in deze problematiek samenbrengt om strategieën te ontwikkelen die bruikbaar zijn in verschillende CGG's en andere omgevingen.

Wat minder in de logica ligt van het opvolgen van de suïcidepogers, is dat de Vlaamse Gemeenschap een strategie ontwikkelt ten aanzien van de nabestaanden. Mensen die in hun familie of omgeving worden geconfronteerd met een suïcide, ervaren ook een aanslag op hun eigen beleving van wat een normale uitweg is in het geval van acute ernstige problemen. Aandacht voor de gespreksgroepen van nabestaanden en voor het professionaliseren van de ondersteuning van de nabestaanden reken ik ook tot het attent zijn voor risicogroepen.

Met het project Mindfulness-Based Cognitive Therapy, een project dat loopt tot februari 2008, en met een project in verband met kinderen van ouders met psychiatri-

sche problemen (KOPP) trachten we de aandacht voor suïcide binnen de logica van de hulpverlening te brengen.

Met deze vijf assen heb ik ongeveer gesitueerd wat we nu doen en zinnens zijn verder te doen. Dat is vooral het continueren van het beleid waarvoor mijn voorgangster zich persoonlijk zwaar heeft geëngageerd. Het is haar verdienste dat in Vlaanderen onder de aandacht te hebben gebracht. Wat ik nu vertel is voor een belangrijk deel het oogsten van inspanningen van mijn voorgangster.

Zelf wil ik het komende jaar het accent leggen op extra aandacht voor het bevorderen van de geestelijke gezondheid in het onderwijs. Er is een overleg opgestart tussen mijn kabinet en dat van mijn collega voor Onderwijs, om na te gaan hoe we strategieën kunnen ontwikkelen op twee assen. De as naar de leerlingen moet in de eerste strategie van de algemene geestelijke gezondheidsbevordering zitten. Men moet dus geen lesuur besteden aan 'het woord'. Dat is niet wijs. We moeten naar strategieën zoeken in verband met pesten, uitsluiting en dergelijke, die een algemeen klimaat creëren dat de geestelijke gezondheid bevordert. Ten aanzien van de leerkrachten en de mensen die professioneel in contact komen met jongeren, werken we aan de professionalisering en aan het bevorderen van de deskundigheid. Zo kan de as van de deskundigheidsbevordering leerkrachten en dergelijke weerbaarder maken zodat ze weten wat ze moeten doen wanneer ze risicovolle signalen zien.

Ik kom nu bij de vraag over de link tussen media en zelfdoding. Ik haast me, zeker met een journaliste in de zaal, erop te wijzen dat we in geen geval aan culpabilisering willen doen. Samen met vertegenwoordigers uit de media, namelijk de Vlaamse Vereniging van Beroepsjournalisten en de Raad voor de Journalistiek, hebben we gewerkt aan een reeks van aanbevelingen ten aanzien van de journalistieke wereld. Eerder deden we al een poging om de media te wijzen op de copycat-logica. Op een bepaald ogenblik heeft men in Wenen onder journalisten beslist om niet langer de omstandigheden te vertellen wanneer er een zelfdoding gebeurde in het metronetwerk. Daardoor is er een fenomenale daling vastgesteld van het aantal zelfdodingen in de metro van Wenen.

Op basis van die wetenschappelijk onderbouwde fenomenen heeft men binnen de beroepsgroep een aantal regels bepaald voor een 'code de bonne conduite'. Dat heeft positieve gevolgen gehad. Daarnaast wil ik verwijzen met mijn actie naar de media. Ik wil ook benadrukken dat het belangrijk is zelfdoding niet te romantiseren. Er zijn een aantal 'don't's', maar veel belangrijker is dat de hulpverleningskanalen zo veel mogelijk worden vermeld in de verslaggeving over fenomenen van zelfdoding. Het verhaal van het kopiëren komt op het ogenblik dat men iets leest en dat men er geen enkel alternatief naast ziet, zoals het bestaan van een telefoonlijn waar je met dat soort van problemen heen kan.

In tegenstelling tot de vorige keer, zullen we de campagne verder opvolgen. De eerste campagne van 2004 was een folder en daar bleef het bij. Ik begrijp dat journalisten elke dag vers nieuws moeten maken. De folder ligt de eerste dag boven op hun bureau, de volgende dag wat lager en daarna in een schuif. Wanneer er dan weer iets gebeurt, is die al weg. Door de samenwerking met de Werkgroep Verder, zorgen we ervoor dat journalisten blijvend geïnformeerd zullen worden over de manier waarop men het publiek kan informeren over de beschikbare hulp. Ik heb dat niet besproken met de minister van Media. Vermits de journalisten zelf verantwoordelijkheid wilden nemen, heb ik rechtstreeks met hen contact opgenomen en daardoor met een goed resultaat iets kunnen doen waarbij we niet belerend overkomen en waarbij de journalisten het grotendeels zelf hebben gedaan.

Zelfdoding komt in absolute cijfers het meest voor bij 65-plussers. Als je de cijfers in verhouding tot andere doodsoorzaken bekijkt, overlijden meer mensen boven de 65 jaar om andere redenen. Mannen tussen 25 en 49 jaar sterven het vaakst door zelfdoding, het is de eerste oorzaak van overlijden. Bij mannen tussen 25 en 29 jaar is maar liefst 35 procent van de overlijdens te wijten aan zelfdoding. Ook vrouwen tussen 20 en 34 jaar sterven het vaakst door zelfdoding. Tussen 35 en 39 jaar is het aantal zelfdodingen even groot als het aantal overlijdens door borstkanker. Bij de jongeren tussen 10 en 25 jaar is in 2005 het aantal verkeersongevallen gestegen waardoor zelfdoding naar de tweede plaats is verschoven. Die cijfers tonen aan waarom het goed is dat we in dit parlement stilstaan bij dit fenomeen. We kunnen vaststellen dat er nog veel werk aan de winkel is.

Mevrouw Dillen, ik aarzel om dit thema ten aanzien van de 65-plussers op een andere, krachtigere of meer geïnspireerde manier aan te pakken. Ik zie niet goed in waarom ik bij de vijf assen een deel zou toevoegen voor deze groep. Elke leeftijdsgroep heeft zijn taal. Het bereiken van de doelgroepen en de taal die je daarbij hanteert verschilt niet alleen op basis van leeftijd, maar ook van opleidingsniveau of geslacht. Er zijn tal van onderscheiden te bedenken. Elke hulpverlener moet trachten zich in de huid van de betrokkene te plaatsen om rekening te houden met wat die persoon bezighoudt. Ik wil daar niet categoriaal in worden.

Mevrouw Jans, in uitvoering van het regeerakkoord is de hulpverleningscapaciteit in de CGG-sector de voorbije twee jaren structureel uitgebreid. In 2006 werden er twaalf voltijdse functies gecreëerd in uitvoering van de maatregel uitbreidingsbeleid van het Vlaams Intersectoraal Akkoord (VIA) 2006-2011. Bij de toekenning van deze twaalf voltijdse functies werd uitdrukkelijk gesteld dat ze aangewend moesten worden voor de uitbreiding van de hulpverleningscapaciteit.

Midden 2007 is een tweede contingent personeelsuitbreidingen goedgekeurd. Zes voltijdse functies zijn

toegevoegd aan de sector voor uitbreiding van de gespecialiseerde hulpverlening in het kader van de behandeling en de begeleiding van daderhulp. Daarnaast werd in september 2007 een personeelsuitbreiding goedgekeurd van vijf voltijdse functies voor drugspreventie, en in 2008 en 2009 zullen opnieuw jaarlijks zes voltijds equivalenten (VTE) worden toegekend in het licht van het VIA-akkoord.

Daarnaast heb ik voor 2008 nog een bijkomend krediet verworven waardoor ik supplementair tien VTE's kan toekennen aan de CGG's. Ik wil dat ook gedeeltelijk gebruiken om te zorgen dat een aantal regionale scheeffrekkingen worden dichtgereden. Dat betekent dat we in 2008 een uitbreiding met zestien VTE's kunnen realiseren.

Al die personeelsuitbreidingen zijn gericht op de versterking van de hulpverleningscapaciteit in de CGG-sector. Bij de toekenning van uitbreidingen zal rekening worden gehouden met de bestaande ongelijkheid van capaciteit in verhouding tot de bevolking en het al dan niet gericht zijn op specifieke doelgroepen.

In het kader van het Vlaams actieplan suïcidepreventie werd aan de CGG's, de LOGO's en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg een oproep gedaan voor het indienen van projectvoorstellen rond de locoregionale uitwerking van het Vlaams actieplan. In dat kader werden ook bijkomende financiële middelen gepland. Die oproep is nu aan de gang. Verschillende potentiële partners zijn al bezig met het opmaken van hun voorstellen. We zullen die zo gauw mogelijk evalueren om de middelen te kunnen toekennen.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Mijnheer de minister, u hebt gezegd dat er pas in juni wordt gestemd over het Vlaams Actieplan 2006-2010. Dat is juist, maar in de beleidsnota en de jaarlijkse beleidsbrieven van uw voorganger zijn die duidelijke doelstellingen ook opgenomen. Inmiddels zijn we drie jaar verder. Ik wens u succes met de uitvoering van dit plan, maar de voorbije drie jaar hebben we geen positieve ombuiging van de cijfers gezien.

Minister Steven Vanackere: We kijken naar de toekomst en zien dat we nu beschikken over driemaal het vroegere budget. We hebben een actieplan dat wordt gedragen door het parlement en de regering en we gaan aan de slag. Ik dank u voor uw aanmoediging.

De heer Erik Tack: Mijnheer de minister, waar kan ik het e-learningproject vinden?

Minister Steven Vanackere: U zei dat er al 533 artsen meedoen en dat er plaats is voor 600. U wilt dat zeker monitoren? Voor het e-learningproject van het Interuniversitair Centrum Huisartsenopleiding (ICHO) hebben

we het letterwoord iTOL (internet Ondersteunde Thematische Opleidingslijn) gevonden. Ik ben ervan overtuigd dat u de juiste gegevens vindt als u dat deze letterwoorden googelt.

De voorzitter: De heer Caron heeft het woord.

De heer Bart Caron: Mijnheer de minister, u had het over de uitbreiding van de Zelfmoordlijn, maar het is me ontgaan of u dat geconcretiseerd hebt.

Minister Steven Vanackere: Nog niet, maar ik ben het van plan. Ik wil een deel van de middelen gebruiken om de twee momenten per week uit te breiden.

De heer Bart Caron: Gezien de crisissituaties waarin mensen verkeren, pleit ik voor een maximalisering. Ik begrijp dat dit middelen vereist, maar ik denk dat dit een heel adequate manier is.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer Caron, u bent het met mij eens dat we een evenwicht moeten hantieren. We moeten voldoende aandacht schenken aan de eerste as, het voorkomen van het probleem aan de bron. Teleonthaal is een belangrijk moment. Mensen met psychologische problemen zetten telkens opnieuw een stap in een omgekeerde piramide. De stap om naar een zelfmoordpreventielijn te bellen gebeurt als mensen al in de trechter zitten. Uiteraard moeten we dat voldoende onderbouwen. Met een boutade heb ik gezegd: we zullen dan dinsdag en donderdag voor u klaarstaan. Eigenlijk moeten we altijd klaarstaan, maar we moeten er ook voor zorgen dat de middelen worden gehanteerd om de bron van de problemen aan te pakken. Als we bij de preventie van zelfdoding alles zouden inzetten op een telefoonlijn en voor het overige niets ondernemen, dan zijn we fout bezig.

Ik moet naar een evenwicht zoeken. Daarom wil ik hier niet klaar en duidelijk aankondigen dat ik dat wil veralgemenen naar elke werkdag. Ik wil eerst nagaan of ik mijn verdriedubbelde middelen goed besteed door evenwichtig op alle vijf de assen in te zetten.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van de heer Mark Demesmaeker tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nederlands-onkundige MUG-interventie te Pamel (Roosdaal)

De voorzitter: De heer Demesmaeker heeft het woord.

De heer Mark Demesmaeker: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, in augustus 2007 werd

me een incident ter ore gebracht dat kan dienen als voorbeeld voor wat in de Vlaamse Rand rond Brussel nog altijd dagelijkse kost is. Dit incident heeft de pers gehaald, maar het is slechts het topje van de ijsberg.

Naar aanleiding van een gaslek was er begin augustus een evacuatie van een rusthuis in Pamel. De 102 bewoners van het rusthuis moesten worden geëvacueerd nadat een aannemer een gasleiding had geraakt. De ontruiming verliep vlot. Alle hulpdiensten waren snel ter plaatse en het Medisch Interventieplan werkte naar behoren, maar op de evaluatievergadering, die nog dezelfde dag plaatsvond, weerklonk ergernis over de interventie van het medisch urgentieteam van het Erasmusziekenhuis in Anderlecht.

De vrouwelijke spoedarts sprak geen woord Nederlands. Ze leek op geen enkel ogenblik iets te begrijpen van de interventie. Ze kon geen gesprek aangaan met de oudjes. Een verpleger trad op als tolk. Alle deelnemers aan de interventie hekelden dat tijdens de evaluatievergadering. Ook het gemeentebestuur van Roosdaal, waarvan Pamel een deelgemeente is, en de directeur van het rusthuis dringen aan op actie.

De diensten van de Medische Urgentie Groep (MUG) van Jette en zelfs van Aalst zijn perfect tweetalig. Onlangs zag ik een realityshow op tv waarin het ziekenhuis van Oostende werd getoond. Ook daar bleek men perfect tweetalig te zijn. Franstalige patiënten uit Brussel werden in het Frans geholpen, wat ook normaal is. Het omgekeerde lijkt echter niet te willen lukken, zeker niet in het Erasmusziekenhuis, dat op de grens ligt van Anderlecht en Sint-Pieters-Leeuw in Vlaanderen. Dat is geen alleenstaand geval. In de regio Halle-Lennik blijken dergelijke incidenten nog steeds schering en inslag te zijn. U moet maar eens een steekproef doen bij rusthuizen, diensten van het Rode Kruis enzovoort.

Ik verwijs ook naar de bevindingen van Reginald Moreels, gezondheidsinspecteur in Vlaams-Brabant en Nederlandstalig Brussel, in april vorig jaar. Hij wees toen op het belang van hulpverlening in de eigen taal. Dat behoeft geen verdere uitleg. Een degelijke communicatie tussen patiënten en artsen is heel belangrijk, zodat ze elkaar ten minste kunnen begrijpen.

In het verleden zijn inspanningen gebeurd, ook vanuit de Vlaamse Regering, bijvoorbeeld in het project van het Paramedische Interventie Team (PIT) in de regio Halle. Dat loopt nu al een tijdje. Mijnheer de minister, hoe evalueert u dit project tussentijds? Hoe zal het in de toekomst voortgaan? Het gaat over de toepassing van de taalwet door de MUG-diensten die vanuit Brusselse ziekenhuizen vertrekken en uitrukken naar verschillende gemeenten in Vlaams-Brabant. Daardoor zijn ze onderworpen aan de toepassing van de taalwetgeving. Daardoor zijn ze verplicht tweetalig, maar in de praktijk is dat niet zo.

Mijnheer de minister, welke concrete maatregelen kunnen we nemen om de onwillige Brusselse ziekenhuisdirecties erop te wijzen dat ze de taalwetgeving moeten respecteren? Ik verwijs nog eens naar het taalproject van het Brusselse Huis van het Nederlands, dat een tijd geleden werd aangekondigd en dat ook al enige tijd loopt. Hoe loopt het project met de taallessen van het Huis van het Nederlands op de werkvloer aan het personeel van de urgentiediensten dat met de MUG-diensten uitrukt? Hoe komt het dat we daar op het terrein zo bitter weinig van merken? Hoe komt het dat dit geen enkel effect heeft op een betere dienstverlening? Kwaliteit van dienstverlening heeft met veel zaken te maken, maar ook met het taalgebruik en met het recht op een dienstverlening in de eigen taal.

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Het is een deontologische plicht van elke hulpverlener, zowel arts als verpleegkundige, al het mogelijke te doen om zich de taal eigen te maken van het grondgebied waarop hij of zij werkzaam is. Dit probleem werd hier al verschillende keren aangehaald. Als we over honderd jaar deze commissie zouden kunnen bekijken, dan vrees ik dat diezelfde problemen nog altijd ter sprake zouden komen. Er beweegt niets in de problematiek dat heel wat Franstalige artsen manifest blijven weigeren om zich in het Nederlands uit te drukken of zich het Nederlands eigen te maken, ook al worden ze ingezet om op Vlaams grondgebied de geneeskunde te beoefenen.

Heel wat artsen, binnen een MUG-dienst of in een andere context, spreken onze taal niet. Ik vraag me af hoe dat deontologisch mogelijk is. Ik weet eigenlijk niet of het in de plichtenleer van de Orde van geneesheren staat. Misschien zou het nuttig zijn dat na te kijken. Mijnheer de minister, ik weet niet of het tot uw bevoegdheden behoort, maar mocht het er niet in staan, zou het misschien nuttig zijn om dit probleem aan te kaarten bij de Orde van geneesheren. Zo zou kunnen worden voorgesteld in de plichtenleer op te nemen dat wie de geneeskunde wil beoefenen, zich de taal van het grondgebied waarop hij werkzaam is eigen moet maken.

Ondanks mijn politiek duidelijke keuze, heb ik er geen enkel probleem mee gehad om, toen ik geneeskunde studeerde, een aantal stages af te werken in een gebied waar Frans de voertaal was, precies opdat ik het Frans machtig zou worden. Ik was immers van plan me te vestigen in een stad met faciliteiten voor de Franstaligen en wou in alle omstandigheden de taal voldoende beheersen, zodat ik bij interventies, dringend of niet, goed zou kunnen begrijpen waar de mensen last van hadden. Als iemand de taal niet machtig is, kan hij immers onmogelijk goed de geneeskunde beoefenen. Ik stel dus voor de Orde van geneesheren te contacteren en te bekijken of er zo geen schot in de zaak kan

komen. Zo zouden artsen persoonlijk aansprakelijk kunnen worden gesteld als ze manifest weigeren Nederlands te spreken of te leren wanneer ze hier de geneeskunde willen bedrijven.

De voorzitter: De heer Van Nieuwenhuysen heeft het woord.

De heer Luk Van Nieuwenhuysen: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de jongste twee tot drie jaar hebben we hier regelmatig uiteenzettingen gehad over deze problematiek. Toen ging het meer bepaald over de MUG in de regio Halle. Telkens werd er toen op gewezen dat de problematiek veel verder reikt dan dat. Het gaat niet alleen over de MUG, maar over de hulpdiensten in het algemeen. Er is ook de problematiek van de taaltoestanden in de ziekenhuizen waar de slachtoffers heen worden gevoerd. In de meeste gevallen is dat dan in Brussel. Het gaat niet alleen over de regio Halle, maar in feite over de hele Vlaams-Brabantse gordel, en ook daarbuiten: uit Voeren komen er regelmatig klachten over het taalgebruik bij de hulpdiensten. We hebben een aantal maanden geleden ook nog een concreet geval gehad aan de andere kant van Vlaanderen, in Mesen. Sinds de invoering van de Geografische Informatie Systemen (GIS), wordt daar de dichtstbijzijnde ambulance opgeroepen, zodat het regelmatig gaat over ploegen uit Komen die Nederlandsonkundig zijn, hoewel dit een faciliteitengemeente is.

Het is dus eigenlijk een heel ruime problematiek. Uw voorganger heeft in mei in deze commissie nog verklaard dat, mee op vraag van de Vereniging der Ziekenhuizen, het dossier van de taalproblematiek zou worden geïntegreerd in de taken van de interkabinettenwerkgroep die werkt rond het thema ombudsdiensten Rechten van de patiënt. Er zou een akkoord bestaan tussen de federale overheid en de gewesten om een protocol af te sluiten op basis waarvan alle patiëntenklachten, dus ook de taalklachten, zouden worden samengebracht in een centraal meldpunt. Tegen juni van volgend jaar zou dat rond moeten zijn. Dat is natuurlijk maar een heel klein stapje verder. Mijnheer de minister, ik zou u dus willen vragen dat u zich zou opstellen als belangenbehartiger van de Vlaamse slachtoffers en patiënten uit de Vlaamse Rand.

In het jaarverslag van 2006 van de Task Force Vlaamse Rand lees ik dat het paramedisch interventieteam van Halle op zes maanden tijd 804 interventies heeft gedaan. Uit steekproeven blijkt dat tussen 7 en 11 percent van de slachtoffers in feite in aanmerking kwam voor een MUG-interventie, met een arts erbij. Dat betekent dat elke maand een tiental slachtoffers niet de hulpverlening krijgen waarop ze eigenlijk recht hebben. Mochten ze elders in Vlaanderen een ongeluk hebben, dan zouden ze een betere dienstverlening krijgen dan in Halle. Het paramedisch interventieteam bestaat ondertussen een jaar, dacht ik. Is er ter zake voorzien in een evaluatie?

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer Demesmaeker, uw onderliggende boodschap was dat de deontologische plichten van de hulpverlener, impliceren dat hij zich de taal van diegene die hij wil helpen, zo veel mogelijk eigen zou trachten te maken, in elke context. De heer Tack expliciteerde dit nog. Ik vind dat samen met u. Toen ons door een aantal mensen van de Europese instanties werd gevraagd waarom we daar zo op aandringen, hebben we er eensgezind op gewezen dat het ook gaat over een sociaal recht. Het gaat eerst en vooral over een sociale bezorgdheid over de kwaliteit van de hulpverlenersrelatie. Diegene die zich in de zwakkere positie bevindt, heeft het recht om ervan uit te gaan dat diegene die hem op dat ogenblik komt helpen, en zich dus in de sterkere positie bevindt, echte inspanningen zou doen voor het verwerven en spreken van de taal van diegene die de hulp nodig heeft.

Ik wil de aanleiding van deze discussie even in herinnering brengen. We zouden hier uiteraard met grote regelmaat dit debat kunnen herhalen. Er is sprake van een interventie die is gebeurd onder de supervisie van een arts van het Universitair Ziekenhuis (UZ) Brussel, het vroegere AZ VUB (Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit Brussel). Daar rijst er uiteraard geen enkel probleem met betrekking tot de taalkennis. Het klopt dat de MUG van het Erasmusziekenhuis is opgeroepen, omdat dat de dichtstbijzijnde was. De arts van die ploeg was Nederlandsonkundig, maar de verpleegkundige sprak wel Nederlands. Ik heb een verslag gekregen van heel deze operatie. Als minister van Volksgezondheid krijg ik immers inzage in wat er is gebeurd, opdat ik de kwaliteit van de interventie zou kunnen beoordelen. In dat verslag werd opgemerkt dat op geen enkel ogenblik mensen in gevaar zijn geweest door deze situatie. Ik zeg dat voor wat het waard is. Natuurlijk kunnen we ons samen afvragen wat er zou zijn gebeurd als bij die evacuatie iemand ten val was gekomen. Dit gebeurde dus onder de supervisie van iemand van UZ Brussel. De MUG-interventie was in dit concrete geval niet nodig geweest, zo bleek naderhand.

Er werd gevraagd hoe dit dan mogelijk is. Ik wil herhalen wat ik hier ook al eens heb gezegd als volksvertegenwoordiger. Ik ben er immers nog steeds van overtuigd dat dit een deel van het probleem is, tenzij men me het tegendeel bewijst. Het is me ooit eens meege-deeld door een Nederlandstalige OCMW-voorzitter in Brussel – er is er maar één – die zelf ook verantwoordelijk is voor een ziekenhuisomgeving. Hij zei me dat een tweetalige verpleegster – maar dit kan ook worden toegepast op andere gevallen – die met het Selorattest (Selor: Selectie en Oriëntatie) actief is in een Brussels ziekenhuis, per jaar 1500 euro bruto minder verdient dan een eentalige verpleegster in Vlaams- of Waals-Brabant. Ik heb nog niet kunnen verifiëren of dit klopt.

Met andere woorden, zelfs als iemand tweetalig is en dat kan aantonen met een Selorattest, dan is de inkomensituatie in een Brussels ziekenhuis nog zo dat hij er eigenlijk voordeel bij heeft te gaan werken in een Waals- of Vlaams-Brabants ziekenhuis. We zouden daar bij gelegenheid eens moeten op terugkomen.

Mocht ik de vraag sneller hebben gekregen, dan zou ik dit zeker eens goed hebben laten natrekken. Ik heb u gezegd wie mijn bron is. Het is een verstandig man, die geen enkele reden heeft om verhaaltjes op te hangen. Wat hij zegt, is in zeker opzicht ook aannemelijk. Hoewel die ziekenhuizen met dezelfde soort ligdagprijzen worden gefinancierd, is het personeelsbeleid in elk ziekenhuis deels de verantwoordelijkheid van het management. Wie veel wil besteden aan omkaderend of logistiek personeel, zal hoe dan ook de eindjes aan elkaar moeten knopen, bijvoorbeeld door het verplegend personeel anders en minder te betalen dan wat gebruikelijk is in de onmiddellijke omgeving.

Ik heb me laten vertellen dat de berekening van die man in grote lijnen klopt als we in Vlaams- en Waals-Brabant ook kijken naar andere arbeidsvoorwaarden, zoals maaltijdcheques. Een deel van de verklaring is dus ongetwijfeld dat er, bij de rekrutering onvoldoende stimulansen worden gegeven om als tweetalige in de hoofdstad te komen werken.

Mijnheer Van Nieuwenhuysen, het is inderdaad zo dat het dossier van de taalproblematiek, mee op vraag van de Vereniging der Ziekenhuizen, is geïntegreerd in de taken van de interkabinettenwerkgroep die werkt rond de thematiek van de ombudsdiensten 'Rechten van de patiënt'. Het dossier is wel degelijk besproken tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid, op 11 december 2006. Er is toen een akkoord bereikt om een operationeel protocolakkoord voor te bereiden, zodat er op structurele wijze een antwoord kan worden geboden. Ik hoef u niet te zeggen dat ik zinnens ben om dat aan te kaarten van zodra ik een echte sterke gesprekspartner heb, iemand die kan spreken namens een niet-ontslagnemende regering. Ik wil daar op een gepaste, voluntaristische wijze aan werken, zodat wat is overeengekomen, ook zou worden verwezenlijkt.

Er werd terecht gewezen op de taallessen op de werkvloer van de urgentiediensten van het Brusselse Huis van het Nederlands. We hebben dat, geloof ik, samen eens bezocht en vastgesteld dat die vzw goed werk verricht. We hebben het Huis van het Nederlands in Brussel gevraagd naar de resultaten van het project 'Taallessen op de werkvloer'. Deze mensen geven aan dat het Erasmusziekenhuis, net als de meeste andere Brusselse ziekenhuizen, wel degelijk inspanningen heeft geleverd op het vlak van tweetaligheid. Er werden al drie keer taallessen opgestart, waarvan de jongste in het academiejaar 2005-2006, in het kader van het project 'Spoedcursus

Nederlands'. Er werden kanttekeningen geformuleerd, maar die hebben niet specifiek betrekking op het Erasmusziekenhuis. Ze gelden ook voor andere ziekenhuizen. In het bijzonder wordt erop gewezen dat bij spoeddiensten de eigenheid van het werk een minder regelmatige aanwezigheid van de cursisten veroorzaakt. Het is niet altijd eenvoudig in tijden van schaarste te zorgen voor een permanentie bij de spoeddiensten, en daarnaast ook aan de personeelsleden de kans te geven om taallessen te volgen.

Bovendien worden de Brusselse spoeddiensten geconfronteerd met een groot personeelsverloop – dat houdt misschien ook verband met wat ik daarnet zei – en met de inzet van veel tijdelijke en buitenlandse stagiairs. Hierdoor heeft het project niet altijd het onmiddellijke resultaat dat men zou wensen. Ook geven de mensen van het Huis van het Nederlands aan dat, voor het beheersen van het basisniveau van een taal, het zogeheten niveau B1, in het volwassenenonderwijs eigenlijk 2,5 schooljaren van 6 uur les per week zouden moeten worden doorlopen. Om een echte taalzelfstandigheid te bereiken, wat het gewenste niveau is voor artsen, zou men er nog eens 1,5 schooljaar erbij moeten volgen in het volwassenenonderwijs. Dat is dus 4 jaar. Wie aan deze tafel meerdere talen spreekt, zal zich ongetwijfeld herinneren dat dit wel wat zweet, bloed en tranen heeft gekost, en zeker ook tijd. Het is dus duidelijk dat mensen voldoende tijd moeten investeren, willen ze een taal voldoende beheersen.

De mensen van het Huis van het Nederlands wijzen er wil op dat het wat gevaarlijk is om de vooruitgang inzake tweetaligheid van een ziekenhuis af te meten aan een individueel spijtig geval. Het is geen kwestie van wachten op het volgende incident om dan te zeggen dat ze het 'nog niet hebben geleerd'. Ik ben bereid om samen met u te overwegen of we niet moeten meten of er vooruitgang wordt geboekt. Als we dat echter doen naar aanleiding van een volgend incident, dat er ongetwijfeld zal komen, dan vrees ik dat we onszelf gaan frustreren. Ik zou willen dat het effect van die taallessen op de werkvloer voor urgentiediensten op een wetenschappelijke wijze wordt gemeten, zodat we minstens kunnen vaststellen of meer hulpverleners de praktische tweetaligheid hebben verworven. Ik hoop uiteraard, samen met u, dat dit het geval is.

De voorzitter: De heer Demesmaeker heeft het woord.

De heer Mark Demesmaeker: Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Natuurlijk is dit een individueel incident. Dat is waar. Het is een van de incidenten dat al eens de krant haalt. Als ik bijvoorbeeld spreek met directies van rusthuizen in de buurt, of ziekenhuizen, dan hoor ik echter toch altijd dezelfde klacht terugkomen. Dat gevoel heb ik toch. Het ware misschien niet slecht eens te laten meten of er vooruit-

gang is, en zo ja, hoe groot die is en hoe ver die inspanningen nog moeten reiken. U zegt dat er een inspanning nodig is om een vreemde taal te leren. Dat is nogal evident, net als het feit dat dit soms jarenlange inspanningen vergt, maar eigenlijk zou dit toch een voorwaarde moeten zijn om het beroep te kunnen uitoefenen. Dat is logisch voor wie even nadenkt. Als een arts in een bepaalde regio actief is, dan is het niet meer dan logisch dat hij minstens de taal van die regio machtig is.

Mijnheer Tack, wat uw opmerking betreft, de Orde van geneesheren heeft zich hier al heel duidelijk over uitgesproken. Ik heb het fragment niet bij me, maar deze instantie is zeer duidelijk: het is inderdaad een plicht van een dokter om de taal van de patiënt van de regio te kennen.

Dat bij dit specifieke incident op geen enkel ogenblik mensen in gevaar zijn geweest, heb ik ook gehoord. Ik weet dat ook wel, maar dat kan natuurlijk geen verontschuldiging zijn voor het feit dat er een arts ter plaatse is gekomen die helemaal niets begreep, niets kon zeggen en ook niet wist waarover het ging. Voor hetzelfde geld had het anders kunnen aflopen.

Ik kan het argument van de inkomenssituatie wel volgen. Ik kan begrijpen dat dit een van de redenen kan zijn waarom men in Brussel niet genoeg tweetalige mensen vindt. Dan moet men dat eens bekijken, waarschijnlijk op een ander niveau, en moet men eraan sleutelen. Zelfs dat ontslaat volgens mij de dokters of de verplegers niet van het minimum aan deontologie dat erin bestaat de taal van zijn patiënt te kennen. Ik vind dat dit al evenmin een excuus kan zijn.

Ik had nog een bijkomend vraagje, dat ik daarnet was vergeten. Worden de inspanningen van het Huis van het Nederlands momenteel nog voortgezet? Is die organisatie momenteel nog altijd actief met cursussen op de werkvloer, of is dat vorig jaar afgelopen? Als die cursussen momenteel niet meer worden georganiseerd, is het dan niet de hoogste tijd blijvend inspanningen te doen ter zake? Zoals ik vorige maal ook al opmerkte, merken we immers ook dat het personeelsverloop op een dergelijke dienst heel groot is. Permanente inspanningen zijn dus nodig, zeker in die regio, die daar zo gevoelig voor is.

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Die 1500 euro, is dat bruto per jaar?

Minister Steven Vanackere: Inderdaad.

De heer Erik Tack: Alvorens mensen de geneeskunde uitoefenen in een bepaald gebied, moeten ze de taal van het gebied kennen. Ik zou iedereen aanraden om, indien er een incident plaatsvindt met gevolgen, systematisch

een klacht in te dienen bij de Orde van geneesheren. Ik vrees alleen dat de meeste van die Franstalige artsen aangesloten zullen zijn in Waals-Brabant. Het zou dus wel eens kunnen dat er daar geen gevolg aan zal worden gegeven. Misschien kan er een wettelijk initiatief worden genomen.

Dat is geen Vlaamse maar een federale bevoegdheid. Er zou een wettelijke bepaling moeten komen dat de geneeskundige de taal van het gebied waar hij zijn beroep uitoefent, moet kennen. Wie de taal niet machtig is, zou dan strafbaar zijn. Pas als men de artsen en hulpverleners individueel gaat responsabiliseren, zal er schot in de zaak komen.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mijnheer Demesmaeker, de vraag naar taallessen voor urgentiediensten op de werkvloer gaat uit van de ziekenhuizen. Het project wordt nog altijd gecontinueerd. Wij hebben het aanbod geformuleerd vanuit het Huis van het Nederlands. We delen de kosten, de Vlaamse Gemeenschap maakt dit mee mogelijk. De aanvragen stijgen. Ik heb daar echter geen greep op. Het contract wordt afgesloten tussen het ziekenhuis en het Huis van het Nederlands.

Mijnheer Tack, ik begrijp wat u zegt. Zo'n maatregel houdt een gevaar in. Stel dat niemand van het team tweetalig is, dan kan de MUG niet eens uitrukken in geval van nood. We moeten eerst aan het aanbod werken.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot de heer Steven Vanackere, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van een recent onderzoek naar mondhygiëne bij kleine kinderen

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, campagnes rond mondgezondheid en tandhygiëne hebben wel degelijk effect. Dat blijkt uit de eerste resultaten van 'Tandje de Voorste', een project dat zich richtte op de ouders van 850 Vlaamse drie- en vijfjarige kleuters. Ze kregen praktische tips over mondgezondheid bij hun jonge kinderen. En met resultaat, want de voedingsgewoonten gingen erop vooruit en de tanden van de kinderen werden regelmatigiger gepoetst.

Nochtans gaat het lang niet zo goed met de tandverzorging en de mondhygiëne van onze kleuters. Zo ver-

toont 7 percent van de driejarigen en maar liefst 31 percent van de vijfjarigen al tandbederf.

Mijnheer de minister, u volgt dergelijke campagnes op. Bent u op de hoogte van dit onderzoek? Wat is uw mening hierover? Hebt u al initiatieven genomen om de tendens van tandbederf bij steeds jongere kinderen te voorkomen? Zo ja, welke?

Een van de belangrijkste boosdoeners blijkt frisdrank te zijn. De combinatie van suiker en zuur is een ideale voedingsbodem voor bacteriën en cariës. In welke mate en op welke manier wijst u tijdens campagnes over gezonde voeding op het belang van goede voeding voor het gebit?

Ik ben geen expert ter zake, maar ik ben erg geschrokken van de meest opvallende vaststelling van het onderzoek, namelijk dat passief roken een enorme invloed heeft op het tandbederf bij jonge kinderen. Zo hebben vijfjarigen maar liefst drie keer meer kans op tandbederf wanneer een van beide ouders rookt. Wat kunnen we daaraan doen?

In 1996 werd in Vlaanderen een longitudinaal mondgezondheidsproject opgezet in samenwerking met Signal. Door het unieke opzet van het project – samenwerking tussen universitaire centra, centra voor medisch schooltoezicht, tandartsenverenigingen en industrie – kon een project van start gaan waarbij het probleem van tandbederf bij jonge kinderen werd opgespoord. De kinderen werden doorverwezen. Er werd een voorlichtingspakket uitgewerkt en geëvalueerd. Voormalig minister Vogels antwoordde op een schriftelijke vraag van collega Dillen dat Vlaanderen een mondgezondheidsbeleid zou opzetten. Wat zijn de resultaten van dat gezondheidsproject? Hebben wij een mondgezondheidsbeleid? Hoe staat het daarmee?

Minister Vandenbroucke heeft convenanten afgesloten met het gemeenschapsonderwijs met als doel de gezondheid van de Vlaamse leerlingen te verbeteren. Ik neem aan dat u als betrokken partij op de hoogte bent. Wordt hierin aandacht besteed aan mondhygiëne?

De voorzitter: De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx: Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het is niet goed voor mijn gezondheid om me kwaad te maken. Toen ik het krantenartikel over roken en tandbederf las, heb ik dan ook geprobeerd om het te verdringen. De titel alleen al was bijzonder ergerlijk. Verdringing is naar het schijnt ook niet gezond, maar ik wou niets ondernemen. Natuurlijk had ik kunnen weten dat ik op mevrouw Merckx kon rekenen om dit onder de aandacht te brengen.

Mijnheer de minister, zo'n artikel is toch doodjammer. In de naam van zagezegd wetenschappelijk onderzoek wordt

hier onzin verteld. Men heeft zagezegd een statistisch verband gevonden tussen ouders die roken en kinderen met cariës. Men heeft dat niet verder onderzocht. Ofwel hebben de onderzoekers het niet goed uitgelegd, ofwel hebben de journalisten het niet goed begrepen, maar men heeft van dat statistisch verband een oorzakelijk verband gemaakt. Dat is natuurlijk totaal verkeerd. Een ander onderzoek zou misschien een statistisch verband vinden tussen het lidmaatschap van een bepaalde politieke partij en het risico op tandbederf. Dan zou het krantenartikel bijvoorbeeld kunnen luiden: 'Lidmaatschap CD&V nefast voor kindertandjes'.

Er zal wel een reden zijn die dat statistische verband verklaart. Misschien behoren ouders die roken tot een groep die minder aandacht besteedt aan de mondhygiëne van zijn kinderen. Het oorzakelijke verband zit zeker niet tussen het roken en de cariës. Laat dat duidelijk zijn.

Tandglazuur is een hard en inert materiaal. Het kan alleen mechanisch worden geschaad, door een diamantboor bijvoorbeeld, of chemisch door een zuur. Er zijn maar twee mogelijkheden. Tot nader order zijn nicotine en rook geen zuren. Men heeft nog nooit een oorzakelijk verband kunnen leggen tussen roken en tandcariës, laat staan dat passief roken een invloed zou hebben. Dat is compleet onwetenschappelijk.

Natuurlijk is tabak erg ongezond. Uiteraard moeten we preventiecampagnes voeren tegen roken. We moeten dat met alle mogelijke middelen tegengaan, maar niet met valse gegevens. We moeten rokers geen schuldgevoel aanpraten, dat hun kinderen slechte tanden zouden krijgen doordat zij roken. Dat is geen zinvolle rookpreventie.

Bovendien levert men met zulke redeneringen nog eens een excuus aan mensen met tandbederf. Ze krijgen nog een reden om te zeggen dat het niet hun schuld is. Ik heb in mijn leven al duizenden excuses gehoord voor slechte tanden. Ze kunnen er niet aan doen want het is genetisch bepaald, of het is de schuld van de ouders, of ze wonen vlak naast een suikerwafelfabriek. En nu komt er dit nog bij: het is niet mijn schuld want mijn ouders rookten. Mensen zoeken alle mogelijke uitvluchten om niet te moeten doen wat ze moeten doen: hun tanden poetsen en flossen.

In de aanbevelingen die in het krantenartikel staan, wordt niet gesproken over flossen. Ik heb jarenlang geprobeerd de mensen bij te brengen dat tanden poetsen maar een deel van het onderhoud is, en dat ze moeten flossen. Blijkbaar krijgen we dat in Vlaanderen niet aangeleerd. Ik ben er uren mee bezig geweest om dat aan te leren, om dat voor te doen en om daarop aan te dringen. 50 percent van een goede mondhygiëne bestaat uit flossen!

In de tien tips voor 'een stralende kinderglimlach' stoor ik me nog aan punt zes. Daarin staat dat ouders

met slechte tanden via kusjes bacteriën doorgeven aan hun jonge spruiten. Dat vind ik zo jammer! Tot nader order is tandcariës geen besmettelijke ziekte. Als cariës wel een besmettelijke ziekte is, moet men een vaccin ontwikkelen. Wie aan wetenschap doet, moet wetenschappelijke resultaten op tafel leggen. Met de andere tips heb ik natuurlijk geen probleem.

De voorzitter: Minister Vanackere heeft het woord.

Minister Steven Vanackere: Mevrouw Merckx, ik ben op de hoogte van het project 'Tandje de Voorste' dat van start ging in 2003 en uitgevoerd is door de Katholieke Universiteit Leuven, de Universiteit Gent, Kind en Gezin en tandpastaproductent GABA. In een eerste onderzoek werd de mondgezondheid bij drie- en vijfjarigen in kaart gebracht. In 2003 had 7 percent van de driejarigen en 31 percent van de vijfjarigen tandbederf. Een grote groep van de Vlaamse kleuters poetste de tanden niet dagelijks: 29 percent van de driejarigen en 20 percent van de vijfjarigen.

In een volgende fase van het project, vanaf oktober 2003, werd het specifieke zorgaanbod van 'Tandje de Voorste' aangeboden aan duizend pasgeborenen en hun ouders in twee regio's van Kind en Gezin, met name Waregem en Tielt. Het was de bedoeling om het project te evalueren wanneer de projectkinderen drie en vijf jaar oud zijn. Er werden uiteraard ook duizend andere kinderen in een andere regio gevolgd. Daaruit bleek onder meer een verbetering van de mondgezondheid, de helft minder tandbederf en cariës en een gunstige evolutie van de poetsgewoonten. 78 percent van de driejarigen poetst zeker dagelijks de tanden. Dat bewijst dat zo'n project impact kan hebben.

Wanneer de projectkinderen de leeftijd van vijf jaar bereiken, zal men opnieuw onderzoeken of het project een positieve invloed heeft op de mondgezondheid. Als dat het geval is, kan men overwegen om het zorgaanbod van 'Tandje de Voorste' uit te breiden naar heel Vlaanderen.

Bovendien willen de partners van het project een aangepaste module uitwerken voor sociaaleconomisch achtergestelde milieus, waar de klassieke gezondheids promotie bij kinderen niet altijd even goed wordt opgevolgd. Het is waar, mijnheer Strackx, men zou een verband kunnen leggen tussen de kwaliteit van de auto van een gezin en de gezondheid. Een goedkope auto zou dan een slechte invloed hebben op de mondhygiëne en de toestand van het gebit van de kinderen. Er is inderdaad een link tussen sociaaleconomische positie en een aantal aspecten van tandverzorging.

Om specifieke gezondheidstopics bij de jeugd te introduceren en te implementeren, maak ik gebruik van de twee bestaande structuren die als opdracht hebben de gezondheid bij de jeugd te bewaken, met name Kind en Gezin en de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB).

Ik wil er ook op wijzen dat het Verbond der Vlaamse Tandartsen, en specifiek de Vlaamse Werkgroep voor Gezonde Tandën, door mij wordt gesubsidieerd. Die werkgroep focust specifiek op het verbeteren of behouden van een goede mondgezondheidszorg bij jongeren.

Ik wil in de marge ook zeggen dat ik overweeg om in de bijzondere jeugdzorg, een sector waarvoor ik verantwoordelijkheid draag, na te gaan hoe het hiermee staat.

Mevrouw Merckx, u zegt dat een van de belangrijke boosdoeners frisdrank blijkt te zijn, met de combinatie van suiker en zuur, en vraagt of ik daar tijdens campagnes over gezonde voeding aandacht aan zal schenken.

In november 2008 wil ik een gezondheidsconferentie inrichten om gezonde voeding en beweging bij de bevolking te bevorderen. Bij de voorbereiding van die conferentie is er ruimte om het aspect mondgezondheidszorg extra te belichten, en ik ben dat ook van plan.

Mijnheer Strackx, ik wil meegaan in uw redenering over de vermelde precaire relatie. In brochures over paradontitis, aantasting van het tandbeen, wordt aangeduid dat roken, naast een aantal andere dingen als stress, blijkbaar een negatieve impact heeft.

Los van de opmerking dat we moeten nadenken voor we in de logica stappen dat roken bij ouders zorgt voor kinderen met slechte tanden, blijven er in het algemeen goede redenen, zelfs vanuit een logica voor het handhaven van ons gebit, om preventief op te komen tegen roken. Al was het maar omwille van het feit dat het ook deel uitmaakt van andere gezondheidsdoelstellingen. Ik wil dat dus niet helemaal ter zijde schuiven en wijzen op het feit dat we ook bij Kind en Gezin een preventief beleid tegen het voorkomen van passief roken van de baby voeren.

Bij alle fysieke contacten en met informatiedragers wordt die boodschap voortdurend uitgedragen, denk maar aan de materniteiten waar antirookkaarten worden afgegeven. U zult het met mij eens zijn dat stoppen met roken een van de verstandige daden is die we moeten proberen te bewerkstelligen.

Mijn voorgangster heeft een gezondheidsconferentie over tabak, alcohol en drugs georganiseerd in november 2006. Het is de bedoeling om de implementatie van die conferentie, in de vorm van projecten, voort te zetten.

Op 13 juli 2007 heb ik een oproep gelanceerd voor het indienen van implementatieprojecten in het kader van de gezondheidsconferentie in verband met tabak, alcohol en drugs. Projecten voor het voorkomen van passief roken bij kinderen passen hierin. Ik heb uiteraard nog geen beslissing genomen over de toekenning van projecten.

Mevrouw Merckx, dan komt u bij het longitudinaal mondgezondheidsonderzoek. In de CLB's wordt voor een aantal leerjaren bij alle kinderen en jongeren een onderzoek van het gebit uitgevoerd. Dat gebeurt voor het tweede jaar van het kleuteronderwijs en het eerste en vijfde jaar van het lager onderwijs. Ook in het eerste en derde jaar van het secundair onderwijs gebeurt dat. Hierdoor hebben we een zicht op de situatie doorheen het voortschrijden van de leeftijd.

Door de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, die partner was voor het Tandmobiel project, wordt een onderzoeksprotocol, een zogenaamde standaard, voorbereid, waarbij op een wetenschappelijk gefundeerde wijze bepaald wordt hoe een onderzoek naar mondgezondheid, en meer specifiek naar het gebit, door alle CLB-artsen en paramedici moet worden uitgevoerd. In die standaard wordt ook bepaald hoe de follow-up van de gescreende leerlingen moet verlopen. Die standaard zal in de loop van volgend jaar worden voorgelegd aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Als die standaard wordt aanvaard, kan die geïmplementeerd worden in alle CLB's.

Gezonde voeding, eetgewoonten en de toepassing van mondhygiëne zijn een essentieel onderdeel van mondgezondheid en de toestand van het gebit. Om dat te bereiken voor de schoolgaande jeugd, werk ik samen met de minister van Onderwijs, want de CLB's vallen uiteraard onder zijn bevoegdheid.

Op 15 oktober 2005 werd een protocol opgesteld tussen de Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) en de minister van Onderwijs. Daarin werd de afspraak opgenomen dat de gezondheidscoördinator van de VLOR, die aangestuurd wordt door de Commissie Gezondheidsbevordering – en op die manier heb ik toch nog een input – een strategisch plan zal ontwikkelen onder de naam 'Op uw gezondheid!'.

Op 27 januari 2006 werd een intentieverklaring ondertekend tussen de Vlaamse ministers bevoegd voor Onderwijs, Welzijn, Jeugd en Sport en de minister-president, waarbij werd afgesproken dat ze gezamenlijk willen bijdragen tot een gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs.

Het plan dient aan scholen de mogelijkheid te bieden om binnen hun specifieke context en behoeften concrete streefdoelen te bepalen en een gezondheidsbeleid op maat van hun leerlingen te ontwikkelen.

De gezondheidscoördinator zal jaarlijks een rapport opmaken over de uitvoering van het strategisch plan. De evaluatie van die acties gebeurt in relatie tot de beoogde doelstellingen en zal worden vertaald in aanbevelingen, zowel aan de scholen als aan de overheid.

In het schooljaar 2007-2008 zijn alle scholen gestart met hun gezondheidsbeleid. De thema's worden aangereikt

door het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie (VIG) en vertrekken vanuit de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Dit schooljaar wordt de nadruk gelegd op voeding.

Mevrouw Merckx, dat is de link die ik leg met uw gerechtvaardigde zorg om inzake tandpreventie oog te hebben voor het belang van gezonde voeding en van poetsen en flossen na een maaltijd.

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Mijnheer de minister, ik kan leven met uw antwoord. Ik denk dat de zaken binnen het kader van het Vlaamse beleid werden geplaatst.

De voorzitter: Het incident is gesloten.
