



Vlaams  
Parlement

vergadering **C113 – WEL9**  
zittingsjaar 2010-2011

## Handelingen

### **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en  
Armoedebeleid

van 25 januari 2011

## INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stakingsactie binnen een aantal voorzieningen voor personen met een handicap naar aanleiding van het personeelstekort - 952 (2010-2011)	
Interpellatie van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stakingen in de gehandicaptensector - 82 (2010-2011)	3
Vraag om uitleg van de heer John Crombez tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stakingen bij vijf voorzieningen van de Broeders van Liefde die instaan voor de opvang van minderjarigen - 962 (2010-2011)	
Interpellatie van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de eisen van het personeel in de voorzieningen voor personen met een handicap en de waarborgen betreffende het uitbreidingsbeleid - 90 (2010-2011)	3
Met redenen omklede motie	13
Vraag om uitleg van mevrouw Mia De Vits tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de leeftijdsgrens van 65 jaar bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) - 936 (2010-2011)	14
Vraag om uitleg van de heer John Crombez tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de discriminatie op basis van het soort handicap bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) - 950 (2010-2011)	16
Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Gezondheidsgids - 954 (2010-2011)	17

■

**Voorzitter: de heer Tom Dehaene**

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stakingsactie binnen een aantal voorzieningen voor personen met een handicap naar aanleiding van het personeelstekort**

**- 952 (2010-2011)**

**Interpellatie van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stakingen in de gehandicaptensector**

**- 82 (2010-2011)**

**Vraag om uitleg van de heer John Crombez tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stakingen bij vijf voorzieningen van de Broeders van Liefde die instaan voor de opvang van minderjarigen**

**- 962 (2010-2011)**

**Interpellatie van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de eisen van het personeel in de voorzieningen voor personen met een handicap en de waarborgen betreffende het uitbreidingsbeleid**

**- 90 (2010-2011)**

**De voorzitter:** Mevrouw Jans heeft het woord.

**Mevrouw Vera Jans:** Ik stel mijn vraag om uitleg naar aanleiding van de staking en de actie die vijf voorzieningen voor personen met een handicap van de Broeders van Liefde hebben aangekondigd. 18 januari was de eerste actiedag. Vanaf dan zullen ze elke maand een actiedag houden. Ze klagen vooral het historische personeelstekort, de werkdruk en de toenemende agressie in de voorzieningen voor personen met een handicap aan.

In de sector voor personen met een handicap werd in 1983 een personeelsstop ingevoerd. Hierdoor mochten voorzieningen geen personeel meer aanwerven en werken sommige voorzieningen met een gemiddelde personeelsequipe van 80 procent van de subsidieerbare norm. De zogenaamde PR/PN-norm is u vast bekend.

Minister, in uw uitbreidingsbeleid 2011 hebt u 4 miljoen euro gepland om een stap voorwaarts te zetten in een verbeterde omkadering van de voorzieningen, zowel bij minderjarigen als bij volwassenen. De middelen in 2011 stemmen overeen met ongeveer 80 voltijdse equivalenten. In uw omzendbrief over de uitbreidingsbeleidrichtlijnen verwijst u naar de versterking van de personeelsomkadering in de minderjarigenvoorzieningen, waar u bijkomende voorwaarden stelt om de uitstroom van jongeren met een handicap te verzekeren.

Minister, hoeveel van de bijkomende personeelsleden, gepland in het uitbreidingsbeleid 2011, zullen worden ingezet in de voorzieningen voor minderjarige personen met een handicap, dan wel in voorzieningen voor meerderjarige personen met een handicap en op basis van welke indicatoren zullen zij worden toegekend? Met deze vraag om uitleg wil ik vooral een zicht krijgen op de manier waarop we dit jaar extra personeel zullen toekennen aan de gehandicaptensector.

Enerzijds is het moeilijk om te zeggen dat we gaan uitbreiden volgens de PR/PN-norm, want dan is het duidelijk wie welke personeelsleden waar moet krijgen. Maar anderzijds voeren we hier toch het debat over de zorgzwaarte en het toekennen van personeel in het kader van de zorggradatie. Het lijkt me moeilijk om ja te zeggen tegen beide sporen. Hoe gaan we in de toekomst extra personeel in de gehandicaptenzorg toewijzen? Op basis van welke indicatoren zal dat gebeuren? Welke rol speelt de PR/PN-norm, welke rol speelt de zorgzwaarte? Hoe communiceren we dat naar de gehandicaptenvoorzieningen?

**De voorzitter:** Mevrouw Vogels heeft het woord.

**Mevrouw Mieke Vogels:** The duty of the opposition is to oppose. Daarom heb ik een interpellatie ingediend. Minister, ik wil me alvast verontschuldigen, want ik moet om 14.45 uur weg. Het is niet mijn gewoonte, maar als ik het antwoord niet helemaal hoor, dan is dat niet omdat het slecht was, maar omdat ik weg moet.

Minister, de stakingen waren te voorzien. Het is heel moeilijk om onderhandelingen te voeren op het moment dat er weinig geld is, maar met de nationale cao die vorige week is afgesloten, weten de sociale partners dat de sky niet de limit is. De onderhandelingen met de socialprofitsector, die altijd nogal geanimeerd verlopen, zijn deze keer fout aangepakt. Ik heb u hierover in oktober vorig jaar al geïnterpelleerd. De eerste eisenbundel van de vakbonden dateert al van het voorjaar 2010, omdat er vorig jaar een nieuw VIA-akkoord (Vlaams Intersectoraal Akkoord) moest worden gesloten.

We zijn met dit overleg in de val getrapt die momenteel heel het land in zijn greep houdt, de val van de stilstand, van het op elkaar wachten en naar elkaar kijken. Dat de VIA-akkoorden niet vooruit gingen, had ook te maken met het feit dat er geen Federale Regering was, dat er dus geen federaal kader kon worden geschapen, maar men had minstens de onderhandelingen of gesprekken kunnen opstarten met de Vlaamse sectoren. Dat is veel te laat gebeurd, waardoor de sfeer bij de werknemers, maar ook bij de werkgevers, al wat grimmig is, omdat ze vinden dat er onvoldoende respect en betrokkenheid is. Het gevolg is dat we nu stakingen krijgen.

Voeg daarbij de al zeer lang gekende en dringende problematiek van de personeelsstop in de voorzieningen voor personen met een handicap. Die personeelsstop dateert van 1983. Voor CD&V zegt dat ik er niets aan gedaan heb toen ik minister was, zeg ik dat op het moment dat het VIA-akkoord van 2000 is gesloten, het de uitdrukkelijke wens was van de vakbonden en de werkgevers om die eis naar voren te schuiven, omdat toen prioriteit werd gegeven aan het optrekken van de lonen van de verzorgenden en het regulariseren van de derde arbeidscircuits (DAC's). In overleg met de vakbonden is toen gezegd dat dit bij de volgende onderhandelingen punt nummer één moest zijn.

Minister, sinds 2004 weten we dat dit een van de prioritaire punten was of zou worden voor een volgend VIA-akkoord. Uw voorganger, minister Vanackere, heeft voor de verkiezingen van 2009 nog beloofd dat er in 2010 500 extra banen zouden komen om een eerste inhaaloperatie of toegift te doen, om de personeelsstop dicht te rijden. Als we die personeelsstop volledig willen opheffen, hebben we 2200 extra personeelsleden nodig. Uw voorganger had het over 500, en nu gaat u naar de onderhandelingstafel met 80 extra banen. Het is normaal dat het gemor groot is, niet alleen bij de vakbonden, ook bij de werkgevers en de ouders die de acties en stakingen steunen.

We zitten inderdaad in een overgangperiode van de huidige personeelsnorm naar een norm op basis van individuele zorgzwaarte, maar er moet minstens een duidelijk perspectief worden gegeven aan de sector, wetende dat er op dit moment mensen zijn met 300 overuren die dan nog in het weekend worden opgeroepen om zieke collega's te vervangen.

Minister, wat zult u doen om zo gauw mogelijk de rust in die sector te laten terugkeren? Welke perspectieven kunt u aan de gehandicaptensector geven, misschien niet vandaag, maar volgend jaar en het jaar daarna, om de grote druk te verlichten?

**De voorzitter:** De heer Crombez heeft het woord.

**De heer John Crombez:** Het gaat inderdaad om een opgelopen achterstand op de PR/PN-norm die al dateert van 1983, waardoor vooral de medisch-pedagogische instituten (mpi's) voor minderjarigen met een onderbezetting zitten van soms 8 op 10. De sector stelt dat ze voor een volledige aanvulling 2200 jobs nodig heeft. Er is een onderhoud geweest over de beschikbare jobs met de boodschap van 84 extra jobs. Minister, is er een bijkomend onderhoud gepland? Zijn er andere zaken besproken dan enkel de extra personeelsleden? Worden er eventueel bijkomende maatregelen genomen?

In de hele sector zorgt de onderbezetting voor heel veel druk omdat mensen soms in moeilijke omstandigheden werken. We hebben in de Nederlandse pers een voorbeeld gezien van een minderjarige in zeer moeilijke omstandigheden. Het gaat dan over vervanging van mensen, personeelsleden die een tijd afwezig zijn en ook vakantieperiodes wanneer er sowieso een onderbezetting is. Degenen die in de situatie van onderbezetting fit en vaak aanwezig kunnen zijn, kampen dan ook met een zware werkdruk en werken in soms moeilijke omstandigheden. Daarom plaatst de sector dat probleem zelfs in het kader van het behouden van de kwaliteitsvolle zorg.

Hoe vertaalt de sector dat? Wat ziet hij eventueel naast de personeelsproblematiek als noden voor het bestendigen van kwaliteitsvolle zorg? Welke maatregelen kunnen daarvoor worden getroffen? In de vragen komen vijf instellingen van de Broeders van Liefde aan bod, ik denk vooral mpi's, maar ik vermoed dat aangezien het een historisch gegroeid probleem is sinds 1983, ook andere instellingen met dezelfde problematiek kampen en een uitbreiding van die actie niet uit te sluiten valt.

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Voorzitter, minister, de werkdruk in de voorzieningen is een oud zeer. Collega Jans heeft terecht verwezen naar maatregelen die al meer dan 25 jaar geleden zijn genomen, namelijk de personeelsstop en de arbeidsduurvermindering, die tot op vandaag gehandhaafd blijven. Minister, we kunnen er niet omheen dat de zorgproblematiek veel zwaarder is geworden. Als we dat aan elkaar koppelen, komen we tot de vaststelling dat het personeel het werk niet meer kan bijhouden. Sommige instellingen werken met maar 80 procent van het nodige personeel. De gevolgen zijn hier al door voorgaande sprekers beklemtoond, namelijk hoge werkdruk, overuren enzovoort.

Wat nog niet aan bod is gekomen, is dat als zich een incident voordoet in die instellingen, in principe moet worden voorzien in nazorg, zowel voor de slachtoffers als voor de dader. Ten gevolge van het personeelstekort is dat in de praktijk onmogelijk omdat men onmogelijk in vervanging kan voorzien.

Minister, in het verleden hebben verschillende van uw voorgangers maatregelen beloofd om het personeel extra te ondersteunen en extra voordelen te geven. Dat moet uiteraard worden gekoppeld aan voldoende compensatie van de weggevallen uren. In de praktijk is het aantal netto gepresteerde uren per plaats in de gehandicaptensector de facto gedaald.

De sector vraagt terecht een uitbreiding van het aantal plaatsen. U hebt er 80 of 85 op korte termijn in het vooruitzicht gesteld, maar volgens de sector is er nood aan meer dan 2200 extra plaatsen, uiteraard gekoppeld aan een aanzienlijk kostenplaatje.

We zijn allemaal op de hoogte van de stakingen van vorige week. Het verontrust me dat de vakbonden in de voorzieningen waar de stakingen hebben plaatsgehad, hebben aangekondigd dat ze een dag per maand zullen staken, en zelfs tussentijdse acties zullen voeren. We moeten realistisch zijn: de kans is zeer groot dat deze acties worden uitgebreid naar andere voorzieningen, zeker nu we vaststellen dat de acties gesteund worden door de directie en dat er in de praktijk een zeer grote stakingsbereidheid was. De gouverneur heeft immers personeel moeten opvorderen om aan de minimumbezetting te komen.

Minister, het is heel belangrijk dat u deze problematiek ten gronde oplost, op een definitieve wijze. Het volstaat niet om een aantal maatregelen vlug vlug aan te kondigen waarvan we allemaal weten dat ze absoluut onvoldoende zijn.

Minister, terecht is door voorgaande sprekers gezegd dat we op dit ogenblik in een overgangsfase zitten, maar u kunt er zich niet vanaf maken door enkele kleine maatregelen aan te kondigen. Het is heel belangrijk dat u een duidelijk perspectief vooropstelt voor die mensen en dat er op vrij korte termijn definitieve oplossingen zullen worden uitgewerkt. Het is ook belangrijk dat een aantal beloftes uit vorige legislatuur, die door iedereen over alle

partijgrenzen heen werden gesteund maar niet gerealiseerd, zullen worden ingelost. Welke initiatieven zult u nemen om deze problematiek ten gronde aan te pakken en definitieve oplossingen uit te werken?

De ouders van kinderen met een handicap op een wachtlijst maken zich terecht extra zorgen. De sector eist 2200 extra banen, met een zwaar kostenplaatje, maar het is belangrijk erover te waken dat dit niet ten laste zal vallen van het reeds lang beloofde uitbreidingsbeleid. Herinner u, collega's, de belofte uit het vorige regeerakkoord dat de wachtlijsten zouden zijn weg-gewerkt tegen juni 2009. We moeten er nu voor zorgen dat we die mensen voldoende zekerheid geven. Welke waarborgen zult u geven dat maatregelen om tegemoet te komen aan de huidige terecht eisen van het personeel in de voorzieningen voor personen met een handicap, geen hypotheek zullen leggen op het beloofde uitbreidingsbeleid?

**De voorzitter:** Mevrouw Godderis heeft het woord.

**Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck:** We begrijpen het probleem in de sector. Andere problemen zijn het vinden van personeel dat geschikt is om in een instelling te werken en de aantrekkelijkheid van het paramedisch beroep. Als er plaatsen vrij zijn, moeten we ze nog kunnen invullen ook, met goed personeel dat die mensen kan verzorgen en begeleiden.

**De voorzitter:** Mevrouw De Vits heeft het woord.

**Mevrouw Mia De Vits:** Voorzitter, ik wil een koppeling maken met de discussie die we gehad hebben vorige keer over de invoering van het zorgzwaarte-instrument. Minister, kunt u naar aanleiding van deze staking, waarbij de personeelsproblematiek op de tafel blijft liggen en waar al heel veel over gezegd is en veel beloftes zijn gedaan, maar waar er tot nu toe geen oplossing is gegeven, geen koppeling overwegen tussen het zorgzwaarte-instrument en de personeelsnormen?

Vorige keer bent u vaag gebleven over wanneer het zorgzwaarte-instrument zal worden ingevoerd. Het is belangrijk dat daar werk van wordt gemaakt op korte termijn. Mijn vraag gaat verder dan wat daarover vorige keer is bediscussieerd, ze gaat over de koppeling met personeelsnormen. De zorg die een gehandicapte nodig heeft, kan verschillen precies naargelang de zorgzwaarte.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Collega's, vooraleer in te gaan op de concrete vragen, wil ik even een terugblik geven op de stand van zaken van dit dossier bij het begin van deze legislatuur. Reeds van bij het begin van de vorige legislatuur werd de nadruk gelegd op het belang van een goede zorggradatieoperatie. Toenmalig Vlaams minister Vervotte heeft die handschoen opgenomen, met als duidelijk vooropgesteld doel de personele middelen zo te verdelen dat de voorzieningen die worden geconfronteerd met personen met een handicap met de zwaarste ondersteuningsnood, relatief gezien het grootste volume aan personeel zouden krijgen. Voorzieningen die relatief gezien meer personeel in dienst hadden, in vergelijking met de zorgnoden van hun cliënten, zouden in de loop van de volgende uitbreidingsoperaties extra cliënten kunnen opnemen, waarvoor dan enkel werkingsmiddelen zouden worden toegekend.

Minister Vervotte bepleitte dus een herverdelingsoperatie binnen de gekende personeels-enveloppe van de sector, met andere woorden de enveloppe die beperkt was door de personeelsstop. Dat standpunt stootte op veel weerstand in de sector. De minister had daar begrip voor, omdat het inschalingsinstrument toen nog niet klaar was om veralgemeend in gebruik te kunnen worden genomen. De uitbreidingsplaatsen bleven dus in die periode verder toegekend met 80 procent van de personeelsnorm. Een uitzondering die toen reeds ingevoerd werd, was dat de voorzieningen voor deze uitbreidingsplaatsen een upgradering konden vragen tot 100 procent indien ze konden bewijzen dat de nieuwe instromers personen met een beperking met zware ondersteuningsnoden waren.

Minister Vervotte heeft de upgradering in haar periode voor het eerst ook toegestaan voor uitbreidingsplaatsen voor minderjarigen. In die periode werd met het restbudget, dat telkens overblijft na de volledige afwerking van de jaarlijkse uitbreidingsoperatie, telkens een bijkomende personeelsinput gedaan bij de zwaarst getroffen voorzieningen. Het ging en gaat daarbij telkens om een 3 à 400.000 euro restbudget per jaar. Tot en met het restbudget van 2007 is deze verdeeloperatie telkens naar de meerderjarigenvoorzieningen gegaan.

Eind december 2007 vroeg toenmalig minister Vanackere een berekening van de noodzakelijke budgetten om alle voorzieningen, op voorzieningenniveau, eventueel ook op afdelingsniveau, naar de gemiddelde PR/PN-verhouding – de verhouding tussen het reële en het wenselijke aantal personeelsleden – te brengen, zowel voor de minderjarigen- als voor de meerderjarigenvoorzieningen. Die gemiddelde verhouding bedroeg op dat moment 86,5 procent. Hij vroeg deze berekening naar aanleiding van een aantal brieven van de koepels van voorzieningen met betrekking tot dit dossier.

De vaststelling op dat moment was dat via de sociale Maribelmiddelen al extra voltijdse equivalenten werden ingezet, waardoor alle voorzieningen op voorzieningenniveau gebracht waren tot een ratio van 80 procent.

In het kader van het vorige Vlaams Intersectoraal Akkoord van 2005-2010 is in totaal 5,5 miljoen euro ter beschikking gesteld voor vermindering van de werkdruk en voor managementondersteuning in de sector van de personen met een handicap. Daarbovenop zijn in de loop van de periode 2004-2008, in het kader van het uitbreidingsbeleid, al weliswaar kleine inspanningen gedaan om tegemoet te komen aan de voorzieningen die het ergst te lijden hadden onder de personeelsstop, en die dus, in verhouding tot de norm, met de kleinste reële personeelsomkadering werkten. Voordien, in de vorige regeerperiode, was daar inderdaad niet echt rond gewerkt.

Minister Vanackere werkte aan een nieuw meerjarenplan voor de sector. De bedoeling was om in dat plan op een gefaseerde wijze tegemoet te komen aan de verbetering van de personeelsomkadering van de VAPH-voorzieningen die nu, door de personeelsstop, het meest benadeeld waren. Daarbij valt voor het eerst het cijfer van 500 extra voltijdse equivalenten. Daarbij werd opnieuw, bevestigend wat van bij het begin van vorige legislatuur naar voren werd geschoven, aangegeven dat bij de toekenning van de extra voltijdse equivalenten rekening moest worden gehouden met de zorgzwaarte van de opgenomen cliënten en residenten.

Toenmalig minister Heeren heeft de belofte van minister Vanackere om tot een nieuw meerjarenplan te komen, verder opgenomen. De eisen van de sociale partners werden opnieuw duidelijk gesteld: 2200 extra banen om de kloof tussen personeelsnorm en effectieve personeelsbeschikbaarheid volledig te dichten, in de volgende regeerperiode minstens al 500 extra voltijdse equivalenten én alle uitbreidingsplaatsen toekennen aan 100 procent van de personeelsnorm.

Minister Heeren heeft tijdens dat overleg aan de sector laten weten dat er in het meerjarenplan wel degelijk een substantieel bedrag per jaar zou worden ingeschreven om tegemoet te komen aan de PR/PN-problematiek, zij het dat de verdeling opnieuw zou worden gekoppeld aan zorgzwaarte-indicatoren. Zij verwees eveneens naar het gegeven dat er voor de periode 2011-2016 een nieuw VIA-akkoord zou moeten worden afgesloten. Ook hier zou men er dan voor kunnen opteren een deelbudget opnieuw in te zetten voor werkdrukvermindering en voor managementondersteuning in de sector.

Uiteindelijk is op het einde van de vorige legislatuur aan deze commissie een meerjarenanalyse voorgesteld door het VAPH, die aanleiding heeft gegeven tot een gedachtewisseling op 24 maart 2009 en een hoorzitting op 21 april 2009. In de samenvatting en de conclusies van het eerste deel, meer bepaald in hoofdstuk 6, wordt de berekening voorgesteld van het noodzakelijke budget om zowel de bestaande capaciteit, de indexering, de groei en het

uitbreidingsbeleid, noodzakelijk om het structurele tekort van 2004 op te vangen, te kunnen verzekeren.

In het in totaal noodzakelijke budget van ongeveer 1,7 miljard euro zat ook het budget van 22,46 miljoen euro als een noodzakelijk budget om tegemoet te komen aan het personeelstekort in de sector. Uiteindelijk resulteerde dat in een resolutie, die het parlement heeft aangenomen in de plenaire zitting van 30 april 2009. Die resolutie bevat eveneens de volgende vraag aan de Vlaamse Regering: “(...) de problemen van de toegenomen werkdruk en de ongelijke spreiding ervan weg te werken door de personeelsnorm af te stemmen op de zwaarte van de nodige zorg, en door gefaseerd extra bijkomende arbeidsplaatsen te creëren.” Deze resolutie vormde – mijns inziens terecht – de basis voor de regeringsonderhandelingen na de verkiezingen van 2009 en leidde tot het regeerakkoord zoals u het kent.

Met betrekking tot deze problematiek is het ook belangrijk om te citeren uit het plan dat bij de start van de regering en met grote prioriteit werd opgesteld, namelijk het hervormingsplan voor de sector van personen met een beperking. U kent de ambities van dat plan: komen tot een zorggarantie en een vraaggestuurde financiering. Ik citeer uit dat Perspectiefplan 2020, pagina’s 49 en 50: “Correcties in het reële personeelskader van VAPH-voorzieningen. Deze correcties zijn op korte en halflange termijn noodzakelijk om de zorggarantiegroep tegemoet te komen. In de sector van personen met een handicap kennen we, zoals eerder al gesteld, historische scheeftrekkingen in de invulling van de personeelskaders. Zowel bij de voorzieningen voor kinderen en jongeren als bij die voor volwassenen, stellen we vast dat een aantal voorzieningen, als gevolg van de personeelsstop, moeten werken met een personeelsinzet die 20 procent lager ligt dan de personeelsnorm. Dit staat dan in schril contrast met collega-voorzieningen, met eenzelfde aanbodsvorm, die dan wel met een 100 procent personeelsomkadering kunnen werken.

Zeker niet alle voorzieningen hebben als gevolg hiervan de tering naar de nering gezet. Minder personeelsbedeelde initiatieven nemen evengoed personen met zware ondersteuningsnoden op in hun voorziening. Zij zitten hiermee wel aan en soms over de grenzen van hun draagkracht. Omdat het veralgemeend toepassen van de zorggradatieprincipes zich over een langere periode zal uitspreiden en omdat we voor de kinderen en jongeren nog niet beschikken over een zorgzwaarte-inschalingsinstrument, menen wij dat we al een eerste tegemoetkoming moeten doen door in een zekere aanvulling van de personeelskaders te voorzien. Wij stellen voor de personeelskaders op te trekken voor die voorzieningen die verhoudingsgewijze te weinig personeel hebben in functie van de ondersteuningsnoden van de populatie die ze begeleiden.”

Wij hadden de optie om een globaal hervormingsplan op tafel te leggen, waardoor we ten minste een finaliteit en daarvoor ook een aantal projecten konden definiëren, gekoppeld aan een meerjarenbudget, en dat dan ook nog met een veranderingsmanager die het geheel zou moeten begeleiden. Die voorwaarden zijn intussen vervuld. De aanstelling van die manager is voor binnenkort.

Ik wil hier toch enkele cijfergegevens met u delen inzake de evolutie van de PR/PN-problematiek in de voorbije regeerperiode. Als je kijkt naar de personeelsevolutie, ambulante en residentieel, dan zie je een stijging van het aantal voltijdse equivalenten met 607,8 voltijdse equivalenten van 2005 tot 2009, tot een totaal van 15.953,74. Het grootste deel van die stijging vloeit voort uit de uitbreidingsoperaties van de voorbije regeerperiode. De PR/PN-evolutie van 2004-2008 toont aan dat de gemiddelde personeelsinvulling in de hele sector van personen met een handicap geëvolueerd is van 85,73 procent in 2004 naar 87,05 procent in 2008. Voor alle duidelijkheid: de ambulante diensten hebben geen last onderzonden van de personeelsstop, ze zijn pas ontstaan na 1983. Als we daarnaast ook nog rekening houden van de toevoeging van de VTE’s via de sociale Maribel, krijgen we een evolutie van 88,11 procent naar 88,66 procent in 2008. Als we daarbovenop ook nog rekening houden met de mogelijkheden van de inzet van directe vervanging bij ziekte van



opvoeders, zien we een evolutie van 88,11 in 2004 naar 93,47 in 2008. Dat is een stijging van 1060 VTE's.

Deze cijfers zijn geen ramingen, het zijn feiten. Ze zijn gebaseerd op de afgerekende dagprijsdossiers van alle semi- en residentiële voorzieningen. Stellen dat er absoluut nog niets is gebeurd inzake dit personeelstekort, doet de realiteit onrecht aan. Er zijn inspanningen gebeurd, maar dat betekent niet dat we het probleem moeten negeren of stellen dat er geen probleem is, integendeel. Dat is uiteraard een totaal verkeerde conclusie. Er zijn inspanningen gebeurd, maar er zijn nog problemen. Vandaar de verwijzing naar een actie in het Perspectiefplan die betrekking heeft op de invulling van de personeelskaders.

Is er kwaliteitsverlies in de minder omkaderde voorzieningen? Dat valt moeilijk te zeggen. De kwaliteit hangt niet altijd helemaal en uitsluitend af van de kwantitatieve aanwezigheid van personeel, maar de werkdruk zal zeker hoger liggen in voorzieningen die een zware ondersteuning moeten aanbieden en daarvoor over minder personeel kunnen beschikken dan nodig. We zijn ons daarvan bewust. Dan zijn er nog de voorzieningen die worden geconfronteerd met een lage personeelsbezetting en aan de andere kant moeten instaan voor personen met een ernstige ondersteuningnood zoals de GES+ (gedrags- en emotionele stoornis).

Ik geef u een overzicht van budgetten en de acties waarvoor we in deze legislatuur al middelen hebben ingezet. We hebben 630.000 euro ingezet voor de ombouw van dertig plaatsen internaat naar dertig plaatsen voor kinderen en jongeren met een handicap in combinatie met ernstige GES+. Dat is een optrekking van de kaders van de bestaande voorzieningen met twaalf VTE's verdeeld over zeven voorzieningen. Een budget van 210.000 euro is bedoeld voor de personeelsversterking in drie observatie-units in Vlaanderen voor de opvang en begeleiding van volwassen personen met een handicap met ernstige verstandelijke handicap en bijkomende gedrags- en psychiatrische problemen. Het gaat over vier VTE's voor drie voorzieningen. Dat is uitgevoerd. Een budget van 200.000 euro is bedoeld voor de betere financiering van crisisplaatsen in de jongerenvoorzieningen, in het kader van de crisishulp integrale jeugdhulp. Dat is uitgevoerd. Er is 1 miljoen euro ingezet voor een betere financiering van de contactorganisaties in het kader van de zorgregie. Heel concreet betekent dit een vermindering van de werkdruk voor de maatschappelijk werkers en bij de sociale diensten van de VAPH-voorzieningen bij de Zorg in Natura (ZIN) die het grootste deel van het contactpersoonschap tot heden op zich nemen. Dat wordt in de komende weken uitgevoerd, na definitieve goedkeuring van het gewijzigde Zorgregiebesluit door de Vlaamse Regering.

Vervolgens geef ik u een overzicht van de maatregelen ter verbetering van de personeelsomkadering, die zijn opgenomen in de Uitbreidingsoperatie 2011. Er is 630.000 euro gepland voor de ombouw van 30 plaatsen internaat naar 30 plaatsen voor jongeren met ernstige GES+ die uitstromen uit de gemeenschapsinstellingen. Dat gaat over 12 VTE's verdeeld over meerdere jongerenvoorzieningen, verspreid over de verschillende provincies. Dat wordt nu snel uitgevoerd, nadat de zorgplannen zijn goedgekeurd, in de eerste helft van februari 2011. Er gaat 2.000.000 euro naar de toevoeging van 40 VTE's aan de minderjarigenvoorzieningen met de meest nadelige PR/PN-verhouding, in overeenstemming met de zorgzwaarte van de opgenomen jongeren.

Het toekenningsmechanisme wordt verder afgesproken met de sociale partners en het VAPH. Vanaf 1 maart 2011 zullen de middelen worden toegekend voor het hele jaar 2011. Er is nog eens 2 miljoen euro voor de toevoeging van 44 VTE's aan de volwassenenvoorzieningen met de meest nadelige PR/PN-verhouding in combinatie met de zorgzwaarte van de personen met een handicap in opvang en begeleiding. Dit toekenningsmechanisme is eveneens verder af te spreken met de sociale partners en het VAPH. Vanaf 1 maart 2011 worden de middelen toegekend voor het hele jaar 2011.

In de uitbreidingsoperatie 2011 zet ik dus 4 miljoen euro in, enkel en alleen voor de versterking van de personeelsomkadering in de residentiële voorzieningen van de sector personen

met een handicap. Naast de PR/PN-verhouding moet bij de toekenning van de 84 VTE's rekening worden gehouden met de zorgzwaarte van de opgenomen personen met een handicap. Verder laat ik de bespreking met betrekking tot de toekenningsmechanismen over aan de sociale partners en het VAPH. Dit heb ik ook meegedeeld aan de sociale partners naar aanleiding van het overleg dat we op 14 januari 2011 hebben gehad.

Tevens heb ik daarbij beklemtoond dat we ook in de fase zitten waarbij het kader op tafel ligt voor de onderhandelingen in het licht van een nieuw VIA-akkoord voor de periode 2011-2016. Naar analogie met het vorige akkoord zijn middelen ingeschreven voor uitbreiding, kwaliteit en koopkracht. We kunnen dus opnieuw in dit kader van de VIA-onderhandelingen spreken over extra middelen voor de versterking van de personeelsomkadering, bij voorkeur met een prioriteit voor die voorzieningen die worden geconfronteerd met de cliënten met de zwaarste ondersteuningsnood in combinatie met de meest pessimistische PR/PN-verhouding. Opnieuw blijven we dus bij het uitgangspunt dat reeds sinds 2005 gekend is, en dat is dat de zorgzwaarte een rol moet spelen bij deze toekenningen. Ik heb de sociale partners uitgenodigd om hierover verder te praten in de komende weken. Tegelijk heb ik ook duidelijk gemaakt dat deze stappen onderdeel uitmaken van het globale VIA-akkoord waarover nog moet worden onderhandeld. Ik heb er verder op gewezen dat de vermindering van de werkdruk in de sector integraal deel uitmaakt van de hele operatie van de zorgvernieuwing in de sector.

Zoals ik u al geciteerd heb uit het Perspectiefplan, is dat uiteraard een van de kritische succesfactoren. Ik wil nog eens benadrukken dat het plan de ambitie aangeeft op termijn: om die ambitie te bereiken zullen een aantal kritische succesfactoren moeten worden ingevuld, zoals een groeipad. Verder moeten we gaan naar een effectieve personeelsinvulling die gerelateerd is aan de zorgzwaarte. Dat veronderstelt een inschalingsinstrument. We zijn nog niet zo ver dat dat instrument gevalideerd is: we hebben een instrument voor de volwassenen, maar dat is nog voorwerp van overleg, en voor de minderjarigen zijn we nog niet toe aan een bruikbaar instrument.

Niet alleen door binnen de bestaande sector extra VTE's toe te kennen, maar ook door grondig te sleutelen aan de wijze waarop de bijstandsverlening aan personen met een handicap verloopt en door de inzet van bijkomende middelen in die vernieuwde bijstandsverlening, is het de bedoeling om de werkdruk aan te pakken. Hiertoe wordt de veranderingsmanager aangesteld. Voor elk van die kritische succesfactoren wordt een strategisch project gedefinieerd. Dat wordt besproken en afgeklopt met de sector. Het zal worden voorgesteld aan de Vlaamse Regering en aan het Vlaams Parlement.

Informeel zijn mijn kabinetsmedewerkers heel recent verdere vragen en voorstellen aan het aftoetsen met de koepels van voorzieningen en de vakbonden. Zij hebben nu enige tijd gevraagd voor terugkoppeling, en daarna zal ik opnieuw met hen aan tafel aan gaan zitten.

Ik recapituleer wat dat voor de sociale partners betekent. In 2011 zitten er twaalf VTE's in. Ze zullen de uitstroom uit de gemeenschapsinstellingen opvangen. Dan zijn er 84 VTE's te verdelen louter in functie van de werkdruk, dat is tussen de sociale partners af te spreken. Ik begrijp niet dat wordt gezegd dat we de mensen met een kluitje in het riet sturen. Het was niet de bedoeling om alleen maar plannen te maken: we willen ook zo snel mogelijk operationeel zijn. Voor 2011 heb ik een concreet voorstel op tafel gelegd.

In het kader van het VIA kan er een groeiplan zijn voor de versterking van de personeelsomkadering. Ik heb het cijfer genoemd dat op basis van de voorgestelde budgetten en binnen de globale VIA-onderhandelingen kan worden bereikt. Dat zijn in totaal 260 VTE's. Dat lijkt me een heel concreet cijfer. Ik heb ook aangegeven dat de filosofie van het gebruikmaken van de zorgzwaarte-inschaling en de daaraan verbonden correcte personeelsomkadering uiteraard een deel van de onderhandelingen is en met de sociale partners moet worden afgestemd. Dat betekent dat een verdere versterking van de personeelsomkadering ingepast moet zijn in de strategische projecten van de zorgvernieuwing die deel uitmaken van

het totale projectplan dat nu wordt voorbereid en dat de veranderingsmanager zal uitvoeren. Dat moet ons in staat stellen een aantal ambities inzake personeelsomkadering en -druk te realiseren, ook in het kader van de totale strategie in functie van de doelstellingen van het perspectiefplan. Het is essentieel dat er een koppeling is gemaakt als er op basis van de zorgzwaarte nieuwe plaatsen of uitbreidingen zullen gebeuren.

Waarom zijn de onderhandelingen zo moeizaam opgestart? Ik maak er geen geheim van dat dat te maken heeft met de enorm moeilijke budgettaire toestand, waardoor het voor de overheid niet zo gemakkelijk was om klaarheid te scheppen in de engagementen die konden worden opgenomen. Het is naar aanleiding van de bespreking van de meerjarenramingen en -begroting dat de regering in staat was een reëel inzicht te hebben – ook de minister-president – en op dat moment de sociale organisaties te ontvangen om dat te bespreken. De onderhandelingen zijn dan ook opgestart.

Andere vragen verwijzen naar de zorg dat er geen hypotheek wordt gelegd op de engagementen die zijn opgenomen in het plan Perspectief 2020, en betrekking hebben op de aanpak van de tekorten aan zorgaanbod. Ik kan niet anders dan nog eens te verwijzen naar dat plan, naar de doelstellingen van de zorgvernieuwing en naar de tien strategische projecten die daaruit voortvloeien. Opnieuw benadruk ik dat we niet tot een fundamentele ommezwaai zullen komen en eindelijk de zorggarantie zullen realiseren, als niet alle noodzakelijke voorwaarden effectief worden ingevuld. Een personeelsomkadering in de juiste verhouding ten opzichte van de handicapspecifieke ondersteuningsnood van de persoon met een beperking is realiseerbaar als er tegelijk werk wordt gemaakt van inclusie binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, van een gelijkere kansbeleid over de verschillende Vlaamse en federale beleidsdomeinen, van een nieuwe toegangspoort, van een vraaggestuurde reorganisatie van het zorgregiegebeuren, van een andere organisatie van het bestaande sociale kapitaal in de sector, enzovoort.

Zowel de uitbreidingsoperatie van 2010 als die van 2011 stonden al in belangrijke mate in het teken van de zorgvernieuwing. Ik citeer: “De diensten inclusieve ondersteuning, de zorgvernieuwingsprojecten als experimenten, de kwaliteitsverbetering bij de verwijzers, de uitbouw van het voortraject met de vraagverduidelijking en de trajectbegeleiding, de uitbreiding van de ambulante dienstverlening, de oprichting van de taskforce die werk zal maken van de zorgvernieuwing in de minderjarigenvoorzieningen: ombouw naar multifunctionele centra, zoals in de Bijzondere Jeugdzorg, uitstroom uit de gemeenschapsinstellingen van kinderen en jongeren met verstandelijke handicap en bijkomende gedrags- of emotionele stoornis, het rechtstreeks toegankelijk maken van een deel van de VAPH-ondersteuning, de aanstelling van de veranderingsmanager enzovoort.”

Het afsluiten van een nieuw VIA-akkoord is niet enkel een verantwoordelijkheid van Vlaamse Regering, maar ook van de sociale partners. Het is een feit dat deze onderhandelingen onder een moeilijk gesternte zijn gestart omwille van de budgettaire moeilijke tijden. Om ervoor te zorgen dat het onderhandelingskader de nodige financiële ruimte kan krijgen die een onderhandeling verdient, heeft de Vlaamse Regering pas na de discussie over de meerjarenbegroting groen licht kunnen geven aan de onderhandeling en een voorstel kunnen doen. Die zijn dan ook na de eerste formele vergadering in juli en na de informele contacten van start gegaan op 17 december 2010.

Inmiddels lopen deze gesprekken. Op 2 februari zullen de sociale partners aan de overheidsdelegatie meedelen of en zo ja, onder welke voorwaarden, zij de onderhandelingen wensen voort te zetten.

**De voorzitter:** Mevrouw Jans heeft het woord.

**Mevrouw Vera Jans:** Ik was vooral op zoek naar de manier waarop we die bijkomende personeelsleden vanaf nu zullen toewijzen. Het is belangrijk te vernemen dat naast de PR/PN-norm, die langzaam maar zeker een verbetering vertoont, er ook rekening moet worden

gehouden met zorgzwaarte. Dat is een cruciaal element. Het zullen de sociale partners zijn die verder zullen instaan voor de toewijzing en de verschillende criteria. We zullen dat zeker verder opvolgen, ook vanuit onze commissie.

**De voorzitter:** De heer Crombez heeft het woord.

**De heer John Crombez:** Met alle begrip voor de moeilijke onderhandelingen, maar het zijn vooral de instellingen waar jongeren met een verstandelijke beperking zitten, die tot nu aan de alarmbel hebben getrokken. Blijkbaar hadden ze een grotere achterstand op de PR/PN-norm. Is die achterstand ten opzichte van de volwassenenvoorzieningen verkleind? Het is belangrijk voor de beschikbare ruimte en de inzet van de extra personeelsleden dat de versterking gaat naar de plaatsen waar het meest druk is. Naast de zorgzwaarte en het onderscheid in de instellingen waar een historisch verschil is gegroeid, moeten de middelen worden ingezet waar de nood het hoogst is. Het zijn vooral zij die aan de alarmbel trekken, en bij uitbreiding andere instellingen waar jongeren zitten.

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Minister, ik heb niemand horen beweren dat er niets is gebeurd. Onze fractie heeft dat nooit gezegd. Dat zou de waarheid geweld aandoen. De inspanningen die gebeurd zijn, zijn wel onvoldoende. Het is belangrijk dat u erover waakt dat er zoveel mogelijk bijkomende inspanningen gebeuren. U hebt ons een hele batterij cijfers gegeven. Ik zal daar nu niet meteen op ingaan, maar als ze beschikbaar zijn, zal ik dit antwoord nog eens grondig doornemen.

Vandaag komt de noodkreet vooral van instellingen voor minderjarige personen met een handicap. In het kader van de personeelsuitbreiding die u hebt geschetst, zal daaraan prioriteit worden gegeven. In mijn toelichting heb ik verwezen naar de belangrijke nazorg die in veel instellingen niet kan worden gegeven. Het is onze plicht erover te waken dat daaraan wel de nodige aandacht wordt besteed, in het belang van het slachtoffer, maar ook van de dader. Minister, ik wil graag uw bevestiging dat de uitbreiding in de eerste plaats zal gaan naar de voorzieningen die dat het meest nodig hebben.

**De voorzitter:** Mevrouw Stevens heeft het woord.

**Mevrouw Helga Stevens:** Ik heb deze problematiek aandachtig gevolgd. Het is een heel complex probleem, waarop we geen pasklaar antwoord hebben. Het heeft te maken met veel factoren en met veel betrokken partijen. We moeten ook waken over het belang van kinderen, jongeren en volwassenen met een handicap. Dat hangt ten dele samen met de problematiek van het personeel. Ze worden bijgestaan en verzorgd door het personeel.

Het is een moeilijke operatie om alle belangen in het oog te houden en te bewaken, en dat heeft te maken met het moeilijke budgettaire kader waarbinnen de Vlaamse Regering opereert. De minister heeft al veel inspanningen gedaan. De Vlaamse Regering heeft bij de regeringsvorming duidelijk de kaart getrokken van Welzijn, maar het budget is niet afdoende om alle noden te kunnen lenigen. Als blijkt dat er voldoende financiële ruimte is door bijvoorbeeld een betere economische groei in de komende maanden en jaren, dan kunnen we meer middelen aan Welzijn geven.

De meerderheid heeft ervoor gekozen om dat budget in evenwicht te houden. Die keuze hebben we moeten maken, en dat was moeilijk. Maar over enkele maanden en jaren is er misschien beterschap in zicht. Ik hoop dat we dan de sector beter kunnen ondersteunen inzake personeelsbezetting en op vraag van de cliënt.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik waardeer dat er niet in slogans over dit probleem wordt gesproken. Dat is een groot probleem dat ook keuzes inhoudt. Ik wil toch nog proberen enkele zaken te verduidelijken.

Het feit dat we een meerjarenbudget en een totaalplan met de sector hebben besproken, moet ons in staat stellen meer te doen dan een mechanische operatie in de trant van zoveel budget gedeeld door zoveel gemiddelde kostprijs per plaats is zoveel plaatsen. We moeten zorgen dat we met dat budget meer kunnen doen dan een mathematische oefening. Anders is het niet nodig dat we hervormen en kunnen we elk jaar uitbreiden zoals we bezig zijn. Het is de bedoeling die hervorming op een andere manier te doen, waardoor het effect beter kan zijn.

Mijnheer Crombez en mevrouw Dillen, het gaat over een twaalfstal voorzieningen met een uiteenlopende erkenningscapaciteit, al dan niet werkend voor jongeren en volwassenen of uitsluitend voor een van beide. De PR/PN-verhouding van voorzieningen varieert van 86,83 tot 100 procent. Vijf van de twaalf voorzieningen zitten onder het gemiddelde van de totale sector, twee hangen rond het gemiddelde, en drie zitten rond 95 procent, maar dat zijn kleinere voorzieningen. De bezetting in de residentiële afdelingen is hoog tot zeer hoog. We kunnen ons voorstellen dat de problemen reëel zijn.

We staan nu voor twee onderhandelingen, de VIA-onderhandelingen en de opstart van het hele project Perspectief 2020. In het Perspectiefplan zijn de vragen uitdrukkelijk opgenomen als een van de projecten die moeten worden gerealiseerd. Ik begrijp dat er ook vragen zijn naar de korte en heel korte termijn. Vorig jaar waren er twaalf VTE's verdeeld over zeven voorzieningen. De crisishulp is met 200.000 euro versterkt. Dit jaar is 630.000 euro gepland om twaalf plaatsen bijkomend te bestafferen met twaalf VTE's. Die tel ik niet mee omdat ze te maken hebben met vragen vanuit de gemeenschapsinstellingen, maar dan kom ik in 2011 toch nog aan 2 miljoen euro voor de minderjarigenvoorzieningen, nu te onderhandelen tussen sociale partners. Die krijgen de mogelijkheid om daarvoor zelf een project te definiëren, het gaat over veertig VTE's. Idem voor de sector van de volwassenen.

We moeten aangeven dat we begrijpen dat er frustratie is omdat het misschien niet snel genoeg gaat. Men vraagt zich af wanneer we beginnen met de implementatie van wat we hebben aangekondigd. Daarom geef ik er de voorkeur aan om in 2011 concreet al wat dingen te doen, en in het kader van de VIA-onderhandelingen in dezelfde formule tussen de beiden te onderhandelen over versterking van het personeel. Ik neem aan dat sommigen ook managementondersteuning willen enzovoort. Ik ben bereid dat debat te laten plaatsvinden en me daarnaar te schikken, los van de vraag of we dat instrument al operationeel hebben om in te schakelen in de zorgzwaarte. U zegt: theoretisch begrijpen we dat wel, maar het duurt allemaal zo lang. Ik zeg opnieuw: laat ons een aantal dingen daarbuiten houden en operationeel maken in een groeipad. Ten slotte zijn er een aantal dingen die te maken hebben met werkdruk die absoluut een plaats moeten vinden en, expressis verbis, hebben binnen het globale hervormingsplan.

Ik hoop dat dat bouwstenen zijn die toelaten om deels tegemoet te komen aan de verwachtingen en de verzuchtingen, maar die tegelijkertijd blijven sporen met onze globale ambitie, namelijk komen tot een zorggarantie en een vraaggestuurd financieering met een geïnformeerde gebruiker. Dat zijn de doelstellingen waarop we ons fixeren, weliswaar tegen 2020. We moeten daar nu de bouwstenen voor leggen om er te geraken.

### **Met redenen omklede motie**

**De voorzitter:** Door mevrouw Dillen werd tot besluit van deze interpellatie een met redenen omklede motie aangekondigd. Ze moet zijn ingediend uiterlijk om 17 uur op de tweede werkdag volgend op de sluiting van de vergadering.

Het incident is gesloten.

■

**Vraag om uitleg van mevrouw Mia De Vits tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de leeftijdsgrens van 65 jaar bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) - 936 (2010-2011)**

**De voorzitter:** Mevrouw De Vits heeft het woord.

**Mevrouw Mia De Vits:** Minister, het gaat volgens mij over een discriminatie in de wetgeving waar ik graag het advies van de minister over zou hebben. Ik was toevallig in gesprek met personen met een hoorprobleem. Zij staan zeer positief tegenover de tegemoetkomingen van het fonds voor hulpmiddelen voor hardhorigen. Ze hebben heel wat tegemoetkomingen en de terugbetaling gebeurt bijna integraal. De tegemoetkoming is echter enkel van toepassing op voorwaarde dat de persoon zich inschrijft bij het fonds voor de leeftijd van 65 jaar.

Ik kan de redenering van deze mensen begrijpen. Hardhorigheid treedt in heel veel gevallen op oudere leeftijd op. Als mensen niet zijn ingeschreven voor de leeftijd van 65 jaar, is er een probleem.

Minister, ik verwijs naar uw beleidsbrief waarin u zegt dat u de sociale bescherming van de Vlamingen verruimt om zo hun grondrechten beter te kunnen waarborgen. Over deze leeftijdsgrens wordt niet gesproken. Ik denk nochtans dat een wijziging de sociale bescherming beter zou kunnen waarborgen. Kunt u maatregelen nemen om aan deze problematiek tegemoet te komen? Hoe zult u deze discriminatie die volgens mij onterecht in de wetgeving staat, op termijn wegwerken?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw De Vits, ik ben bijzonder verheugd met uw vraag. Inmiddels tien jaar geleden is er een zeer interessante studie gemaakt door de universiteit van Leuven onder de titel 'Discriminatie in onze Vlaamse regelgeving'. Een van de punten daarin was de leeftijdsgrens bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Naar aanleiding van die studie heb ik een voorstel van resolutie opgesteld, een heel objectieve en politiek neutrale resolutie, om deze materie onder de aandacht te brengen en de Vlaamse Regering op te roepen om de leeftijdsgebonden discriminaties – want er zijn er nog een paar andere – weg te werken.

Helaas heb ik geen steun gekregen. Ik heb het voorstel tijdens de vorige legislatuur opnieuw ingediend. Dankzij uw vraag wordt mijn geheugen opgefrist en ga ik het nodige doen om dat voorstel van resolutie opnieuw in te dienen, want de punten die in die zeer interessante studie werden aangekaart, zijn tot op heden nog niet gewijzigd. Ik ga er dan ook van uit dat mijn voorstel zal worden gesteund door de leden die bezorgd zijn over het wegwerken van leeftijdsgebonden discriminaties in onze regelgeving. Minister, ik sluit me aan bij de vraag die hier vandaag terecht wordt gesteld.

**De voorzitter:** Mevrouw Stevens heeft het woord.

**Mevrouw Helga Stevens:** Voorzitter, minister, collega's, dat punt is inderdaad tijdens de vorige legislatuur al in de commissie besproken. Het klopt dat de problematiek van leeftijdsgebonden discriminatie alles te maken heeft met het feit dat het VAPH een gesloten enveloppe heeft om mee te werken. Het VAPH werkt met een beperkt budget. Het heeft het nu al moeilijk om aan alle noden tegemoet te komen.

Het RIZIV geeft ook tegemoetkomingen voor hoorapparatuur. Het probleem is dat de tegemoetkoming van het RIZIV voor een hoorapparaat veel te laag is. Het gevolg is dat mensen kijken naar het VAPH voor een aanvullende tegemoetkoming, maar eigenlijk is dat de taak van het RIZIV. Dat is ook een deel van de problematiek. De vraag is of, als Vlaanderen volledig bevoegd zou worden voor alles wat te maken heeft met het beleid voor personen met een handicap en misschien sociale zekerheid, we beter kunnen inspelen op de

noden van de mensen, ook mensen van oudere leeftijd. Het is niet alleen een problematiek van doven en slechthorenden, maar ook van mensen die minder goed zien, minder mobiel zijn en al die categorieën. Mensen die ouder zijn dan 65 jaar, vallen jammer genoeg uit de boot.

Ik erken het probleem. Ik wou dat ik het kon oplossen. Zolang het VAPH moet werken met een gesloten enveloppe, ben ik zelf geen voorstander van het opheffen van de leeftijd, want het VAPH wordt nu al compleet overspoeld, helaas maar waar.

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mevrouw Stevens, de wijziging in uw standpunt verwondert mij. In de vorige legislatuur, naar aanleiding van de bespreking van het voorstel van resolutie, was u voorstander om deze discriminatie weg te werken. Toen zat u in wel de oppositie, het zal misschien daarmee te maken hebben.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Met betrekking tot de handicaps die zich voordoen na de leeftijd van 65 jaar en die ook vaak het gevolg zijn van het verouderingsproces, zoals hardhorigheid, moet men een beroep doen op de diensten en voorzieningen in de ouderenzorg. Dat is althans tot op heden de ratio legis die gebruikt is en die gehanteerd wordt door de Vlaamse Regering om een onderscheid te maken tussen gehandicapten- en ouderenbeleid.

Door het vastleggen van de leeftijdsgrens op 65 jaar is er destijds een duidelijke doelgroepen-afbakening gemaakt tussen personen met een handicap en ouderen. Een uitspraak van het Arbitragehof stelt dat de leeftijdsgrens het grondwettelijk beginsel van gelijkheid en discriminatie niet schendt. Het uitsluiten van 65-plussers is geoorloofd omdat deze personen recht van toegang hebben tot de ouderenzorg. Dat is de stand van zaken. We beseffen natuurlijk allemaal dat het thema bijzonder actueel is en dat het op het terrein in concrete situaties leidt tot de zorgen die mevrouw De Vits heeft geuit.

Een algemene aanpassing van de leeftijdsgrens veronderstelt een grondige bespreking in parlement en regering omdat een dergelijke aanpassing een belangrijke budgettaire weerslag zou hebben op de begroting van het VAPH.

Ik wil een voetnoot plaatsen. Ik heb gezien in de nota van de heer Vande Lanotte dat als hij spreekt over het ouderenbeleid, hij de hulp aan bejaarden ook noemt om over te hevelen naar de gemeenschappen. Vroeger stond dat er niet in. Misschien is dat geïnspireerd door u, mevrouw De Vits.

Het is belangrijk te signaleren dat de vraag van mevrouw De Vits hernomen is in het Vlaams ouderenbeleidsplan. Op basis van de inspraak die onze senioren daarin hebben gehad, zijn daaromtrent een aantal aandachtspunten in opgenomen. Dat betekent dat de Vlaamse overheid een zicht moet krijgen op de impact van de gehanteerde leeftijdsgrens van het VAPH. Dat is een doelstelling in het Vlaams ouderenbeleidsplan 2010-2014. Eén of meerdere onderzoeksrapporten zullen inzicht moeten geven in de materiële en financiële achterstelling van personen die na hun 65ste een handicap oplopen. Ook de budgettaire gevolgen voor de overheid worden in kaart gebracht. Deze onderzoeken kunnen leiden tot beleidsvoorstellen in zoverre ze passen in de budgettaire mogelijkheden. Ik neem aan dat iedereen beseft dat die budgettaire beperkingen wel erg doorwegen in de manier waarop we ermee kunnen omgaan.

Zelfs indien het enkel zou gaan om de terugbetaling voor hulpmiddelen, zal hiervoor een aanzienlijk budget nodig zijn. Dat is momenteel niet te becijferen, aangezien dit zal samenhangen met een aantal keuzemodaliteiten. Dat in kaart brengen is alvast een van de acties van het Vlaams ouderenbeleidsplan.

**De voorzitter:** Mevrouw Stevens heeft het woord.

**Mevrouw Helga Stevens:** Minister, ik dank u voor het antwoord.

Mevrouw Dillen, u mag me niet verkeerd begrijpen. Ik ben natuurlijk voorstander van een tegemoetkoming voor iedere persoon die een tegemoetkoming van het VAPH nodig heeft. Zoals de minister zei: als dat financiële gevolgen heeft, moeten we keuzes maken. Ik ben er wel voorstander van om personen die ouder zijn dan 65 jaar te helpen indien er een groter budget is voor het VAPH. Tot nu toe is dat niet het geval en werken wij met beperkte middelen.

Zoals de minister zei, moeten we de studies afwachten om te weten wat de financiële gevolgen zijn als we personen die ouder zijn dan 65 jaar toelaten om hulp te krijgen van het VAPH.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

■

**Vraag om uitleg van de heer John Crombez tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de discriminatie op basis van het soort handicap bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) - 950 (2010-2011)**

**De voorzitter:** De heer Crombez heeft het woord.

**De heer John Crombez:** Voorzitter, als mijn informatie klopt, dan zijn de bedragen van de refertelijst voor terugbetaling van hulpmiddelen in november aangepast, met ingang vanaf 1 december 2010. De bedoeling van die aanpassing van de refertelijst is om de totaliteit van het budget voor de hulpmiddelen onder controle te houden. Waarschijnlijk zal het ook te maken hebben met de totale enveloppe, de kostprijs enzovoort. We hebben hier een paar maanden geleden een discussie gehad over de efficiëntie van de werking van het gebruik van hulpmiddelen. Het zal allemaal in dat kader zijn.

Uit de aanpassingen blijkt dat er sprake zou kunnen zijn – ik stel het in de voorwaardelijke wijs – van een discriminatie van personen met een verstandelijke beperking. Men blijkt een voorwaarde op te leggen voor terugbetaling van communicatiehulpmiddelen. Die bestaat erin dat men moet aantonen dat het om een meervoudige handicap gaat en daarenboven dat alle mogelijke behandelingen reeds zijn uitgeput. Pas dan geeft het VAPH een tegemoetkoming voor de hulpmiddelen. Dat zou kunnen wijzen op een mogelijke discriminatie voor die groep. Tegelijkertijd worden de bedragen die beschikbaar zijn voor de communicatiehulpmiddelen, aangepast op basis van een onderzoek door het VAPH zelf.

Minister, klopt de analyse dat er sprake kan zijn van discriminatie? Als de analyse zou kloppen, had ik graag uw visie op de situatie gehad. Wat zijn eventueel de mogelijkheden om dat te verhelpen?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Collega's, met de aanpassing van de refertelijst op 1 december 2010 werd de deellijst 'Aanvulling intellectuele en andere mentale functies', afgekort als AM, uitgebreid met een domein 'communicatie' en de benaming van de deellijst 'Aanvulling/Vervanging Spraak' wijzigde naar 'Aanvulling/Vervanging Stem en Spraak, exclusief mentale functies gerelateerd aan taal', afgekort als AS. Die aanpassing gaf de mogelijkheid om het aanbod in de refertelijst beter af te stemmen op de diverse doelgroepen, namelijk personen met beperkingen op het vlak van de mentale functies gerelateerd aan taal of personen waarbij de beperking het gevolg is van het fysieke aspect van de taalproductie. Concreet betekent dit dat de statische communicatiesystemen ondergebracht werden onder de deellijst AM en de dynamische communicatietoestellen onder de deellijst AS bleven staan.



Het is dus niet correct om te stellen dat personen met een verstandelijke handicap uitgesloten worden van het recht op terugbetaling voor communicatiehulpmiddelen. Personen met een ernstige verstandelijke handicap zijn dikwijls onvoldoende in staat om autonoom gebruik te maken van alle functies van complexe dynamische toestellen, en zij zullen met een statisch toestel vaak even goed ondersteund worden. Daarom kan een dynamisch communicatietoestel enkel terugbetaald worden als andere vormen van behandeling van de taal- of spraakstoornis of andere vormen van ondersteuning van de communicatie zijn overwogen en uitgesloten als mogelijke oplossing voor het communicatieprobleem. Bovendien moet er duidelijk aangetoond worden dat eenvoudigere hulpmiddelen niet of niet meer voldoen en dat de mogelijkheden hiervan voor de persoon volledig zijn uitgeput.

Hoewel de dynamische communicatietoestellen niet opgenomen werden onder de deellijst AM, kunnen personen die niet de gepaste functiebeperking en interventieniveau toegekend kregen, toch een terugbetaling verkrijgen. Via een uitzonderingsprocedure kan de administratie van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) beslissen om hulpmiddelen die opgenomen zijn in de refertelijst maar niet gekoppeld worden aan de door de provinciale evaluatiecommissie toegekende functiebeperking en aan het interventieniveau, toch op te nemen in de persoonlijke bijstandskorf. Op basis van onder meer noodzaak, gebruiksfrequentie, mogelijkheden en beperkingen van de persoon en alternatieve oplossingen kan dan beslist worden of een terugbetaling mogelijk is.

Het is de betrachting om het beschikbare budget zo efficiënt mogelijk te besteden en een terugbetaling te doen voor het meest adequate hulpmiddel. De refertelijst biedt een oplossing voor het merendeel van de situaties. Via de uitzonderingsprocedure is er in een mogelijkheid voorzien voor afwijkende situaties waardoor er geen sprake is van discriminatie op basis van het soort handicap.

Op dit moment wordt er niet overwogen om maatregelen te nemen, maar op termijn zal de situatie uiteraard geëvalueerd worden. Na die evaluatie zullen we kijken of zich initiatieven opdringen.

**De voorzitter:** De heer Crombez heeft het woord.

**De heer John Crombez:** Het gaat natuurlijk om een delicate afweging. Als het erom gaat dat mensen met een verstandelijke handicap en vaak ook motorische beperkingen bepaalde toestellen gebruiken, is het maar de vraag of het gemakkelijk is om uit te maken of ze dan dermate niet geholpen worden door een dynamisch en vaak duurder toestel. Dat is een heel delicate vraag. Het feit dat die uitzonderingsregel bestaat om discriminatie zo veel mogelijk te vermijden, toont aan dat het bijzonder delicaat is om de oefening op die manier te maken.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

■

**Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Gezondheidsgids - 954 (2010-2011)**

**De voorzitter:** Mevrouw Schryvers heeft het woord.

**Mevrouw Katrien Schryvers:** Voorzitter, minister, collega's, de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen zijn richtlijnen op bevolkingsniveau. Om ze verwezenlijkt te zien, worden veel van die bevolkingsdoelen idealiter vertaald naar individuele doelen.

Dat is uiteraard geen gemakkelijke opdracht. Er moet rekening gehouden worden met de actuele aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering, maar ook met de persoonlijke context, de specifieke familiegeschiedenis enzovoort. De huisarts heeft daarin vanzelfsprekend een belangrijke rol, zeker voor wat betreft het individualiseren van preventieboodschappen.

In onze regio, Malle-Zoersel, werd vanuit de gemeenschappelijke preventieraad een pilootproject opgestart, de Gezondheidsgids. De uitvoeringsvoorwaarden die de preventieraad Malle-Zoersel voor de uitvoering van het project stelde, waren dat het project als pilootproject zou dienen en dat het door het Logo Antwerpen Noord in een projectplan werd gegoten en opgevolgd. Bovendien moest op Vlaams niveau de steun van Domus Medica en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) verzekerd zijn voor de uitwerking van materialen, de evaluatie en de latere opvolging. VIGeZ nam de taak op zich om het project te evalueren op zijn proces en effect. Domus Medica stond in voor de evaluatie van het product. Beide organisaties willen hieruit beleidsadviezen distilleren voor de haalbaarheid van het project op Vlaams niveau.

De Gezondheidsgids omvat een vragenlijst die de patiënt in samenwerking met zijn huisarts invult. Dat hoeft heus niet veel tijd in beslag te nemen. Uitgaande van de antwoorden kan zo voor elke patiënt een individueel preventieplan worden opgesteld. De vragen handelen onder meer over de zes Vlaamse gezondheidsdoelstellingen, in zoverre ze op de volwassen bevolking gericht zijn en er een specifieke taak voor de huisarts bestaat. Het gaat dan over stoppen met roken, gezonde voeding en voldoende beweging, borstkankeropsporing, vaccinatie tegen influenza, difterie en tetanus en preventie van depressie, aangevuld met internationale en Vlaamse aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering, namelijk cardiovasculair risicobeheer, diabetes, dikkedarmkankeropsporing, cervixkankerscreening en misbruik van alcohol en kalmeermiddelen.

De Gezondheidsgids heeft de vorm van een handige folder, waarin het nut van de gids wordt uitgelegd, die richtlijnen geeft voor het gebruik en mensen uitnodigt om met de vragenlijst naar hun huisarts te gaan. Bij de Gezondheidsgids hoort ook een handleiding voor de huisarts die hem helpt de door de patiënt aangeleverde gegevens om te zetten in een individueel preventieplan.

Enkele maanden na introductie werd de Gezondheidsgids door een schriftelijke enquête bij de huisartsen in de regio geëvalueerd. De grote meerderheid van de huisartsen beoordeelde de Gezondheidsgids – afgezien van een aantal schoonheidsfoutjes – als een bruikbaar instrument om preventie in de praktijk te systematiseren. De huisartsen gaven zelf aan hun patiënten zelden op een systematische manier aan te spreken over preventie en dat de Gezondheidsgids hiervoor een aanzet en goede ondersteuning biedt. Het is wel jammer dat de huisartsen zelf moeten aangeven dat ze de patiënten te zelden op een systematische manier aanspreken over preventie. Een inbedding in het elektronisch medisch systeem zou volgens hen de bruikbaarheid nog flink kunnen verbeteren. Ondertussen is Domus Medica dan ook onderhandelingen aangegaan met erkende softwareontwikkelaars van huisartsendossiers.

Een grote meerderheid van de huisartsen wil meewerken aan een systematisch en goed onderbouwd preventieaanbod. Om naar de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen toe te werken, is gepaste ondersteuning aangewezen, vooral omdat de Vlaamse bevolking de huisarts als een geloofwaardige gezondheidscoach beschouwt en dat de huisarts mensen uit alle lagen van de bevolking bereikt. Het zonder toelating toepassen van de gids in heel Vlaanderen zou voorlopig niet kunnen, omdat promotie van de gezondheidsgids bij de volwassen bevolking onder de regelgeving van bevolkingsonderzoeken valt. Het project werd al voorgelegd aan de Vlaamse werkgroep bevolkingsonderzoek, en die adviseerde om voor een aantal onderwerpen uit de gids meer wetenschappelijke onderbouwing aan te leveren.

Minister, wat is uw standpunt over het nut van de implementatie van zo'n Gezondheidsgids in heel Vlaanderen? Aan welke voorwaarden moet eventueel worden voldaan? Welke middelen zijn hiervoor nodig? Hoe kan de eventueel noodzakelijke wetenschappelijke onderbouwing worden aangeleverd en door wie zou dat moeten gebeuren?

**De voorzitter:** De heer Tack heeft het woord.

**De heer Erik Tack:** Minister, ik heb het hier in het verleden, ook al voor u minister van Welzijn was, al meermaals gehad over de rol die de huisarts zou kunnen spelen in de preventie – ik leg de nadruk op ‘zou’ – omdat hij wetenschappelijk onderlegd is en zeer dicht bij de bevolking staat. Ik heb tot nu toe altijd de indruk gehad dat de Vlaamse overheid haar preventie-inspanningen vooral op het bevolkingsniveau heeft gericht en heel weinig gebruik heeft gemaakt van het zeer rijke netwerk aan huisartsen dat Vlaanderen rijk is.

Ik ben eigenlijk niet verwonderd over het feit dat mevrouw Schryvers aanhaalde dat huisartsen te weinig aandacht schenken aan preventie. Nochtans zijn er heel wat domeinen waar de huisarts daar op een vrij systematische manier aandacht aan zou kunnen besteden. Ik noem er maar enkele op uit het blote hoofd: vroegtijdig opsporen van chronisch glaucoom, borstkanker, darmkanker en cardiovasculaire risico's, de invloed daarop van lichaamsbeweging, gewicht, voeding. Ook aandacht voor genetica is heel belangrijk. Als je ouders of grootouders aan darmkanker overleden zijn, weet je dat er een heel groot risico bestaat dat het jou ook overkomt. Dan kan men daar gericht op gaan zoeken. Hetzelfde geldt voor mensen die in de familie verschillende gevallen van borstkanker hebben, mensen die in de familie geplaagd worden door cardiovasculaire aandoeningen, vroegtijdig hartinfarct enzovoort. Dat alles kan eigenlijk vroegtijdig opgespoord worden, of kan in elk geval zeer aandachtig worden doorgenomen met de patiënt, om zijn levensstijl daaraan aan te passen. Ik denk aan stoppen met roken et cetera. En ik zou zo nog wel even kunnen doorgaan.

Men zou op de een of andere manier een systeem moeten kunnen opzetten, daarin eventueel gesteund door de Vlaamse overheid, en niet via convenanten met Domus Medica en dergelijke meer. Ik denk overigens dat nauwelijks 20 procent van de huisartsen lid is van Domus Medica. Het zou eens nuttig zijn om dat precieze cijfer te horen. Dan zou men de betrekkelijke relevantie van convenanten met Domus Medica in de juiste context kunnen plaatsen en inzien dat dat niet altijd de goede manier is om aan preventie te doen, of om zich daarachter te verschuilen.

De Vlaamse Gemeenschap zou veel meer initiatieven moeten nemen om met de individuele huisarts in contact te proberen komen. Het kan niet zo moeilijk zijn om die mensen te contacteren. De adressen, telefoonnummers en eventueel e-mailadressen kunnen allemaal gevonden worden. Men zou ten minste kunnen komen tot een bestand van mensen die bereid zijn om daaraan mee te werken, en dan snel een systeem op punt zetten om op een systematische manier de bevolking te bevragen.

Ik ben daar zelf, mede dankzij mijn activiteit in de commissie Welzijn, heel erg mee bezig. Ik ga in mijn andere activiteit heel vaak met preventie om. Maar dat zou nog veel meer kunnen, en u zou daar een katalysator bij kunnen zijn, minister. U zou daar een grote bijdrage in kunnen leveren. De bevolking zou u daar zonder twijfel zeer dankbaar voor zijn. Bent u bereid om daar initiatieven rond te nemen, zodat daar dringend iets aan kan worden gedaan?

We zijn intussen 2011. Ik zit al zeven jaar in deze commissie. Ik heb al heel veel over preventie gehoord, maar op het terrein merk ik daar heel weinig van.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, collega's, het Vlaamse preventieve gezondheidsbeleid erkent de huisarts als belangrijke actor in het bewerkstelligen van gezondheidswinst bij de brede bevolking via preventie. Zijn of haar voornaamste troeven zijn de regelmatige en continue individuele contacten met de patiënten, waardoor preventie op maat van het individu mogelijk wordt.

De principes waar de Gezondheidsgids van vertrekt, passen perfect binnen het Vlaamse beleid. De gezondheidsgids wil de huisarts een praktisch en werkbaar instrument aanbieden om geïndiceerd een individueel preventieplan op te stellen, dus rekening houdend met individuele kenmerken van de patiënt en zijn leefstijl en omgeving. De opbouw van de Gezondheidsgids is bovendien wetenschappelijk gefundeerd, aangezien de aanbevelingen van

Domus Medica als basis hiervoor hebben gediend, en deze aanbevelingen een strikte valideringsprocedure doorlopen.

Als men spreekt over de implementatie van de Gezondheidsgids, is het belangrijk de finaliteit van dit instrument voor ogen te houden. De Gezondheidsgids is ontwikkeld om de huisarts een praktische leidraad te bieden om ter gelegenheid van een consult, al dan niet op vraag van de patiënt, zinvol preventief handelen te ondersteunen. Niet alle mogelijke preventieve onderzoeken zijn immers zinvol bij iedereen, vaak is een individuele risicobepaling nodig.

De meeste gegevens om risico's te bepalen zijn normaal gezien al opgenomen in het medisch dossier, zeker als de patiënt een globaal medisch dossier heeft bij de huisarts. In sommige gevallen kan een bijkomende bevraging nuttig zijn. Het inventariseren en afwegen van de risico's dient door de huisarts te gebeuren. Vanuit een participatieve benadering zal de huisarts dit dan open bespreken met zijn patiënt.

De Gezondheidsgids kan een leidraad zijn om te bepalen welke bijkomende informatie, bijvoorbeeld over leefstijl, moet worden gevraagd. Ik pleit er dus voor dat de huisarts dit samen met de patiënt nagaat. Ik ben dus grote voorstander van een individuele aanpak en pleit er niet voor om dergelijke algemene vragenlijsten breed te verspreiden en door iedereen vanaf een bepaalde leeftijd te laten invullen. Ik vrees immers het risico op ongerustheid bij de invuller waardoor de vraag naar bijkomende onderzoeken zal toenemen zonder dat dit aangewezen is op basis van objectieve criteria. Ik beschouw de Gezondheidsgids dus als een waardevol instrument, maar een correct gebruik van de vragenlijst is noodzakelijk. Het op grote schaal toepassen van de Gezondheidsgids overstijgt het individueel handelen in de eigen praktijk. Zeker als mensen op grote schaal preventieve onderzoeken aangeboden krijgen, moet men zeker zijn dat dit onderzoek voor iedereen die het ondergaat voldoende zinvol is, kwaliteitsvol wordt uitgevoerd en dat de patiënt ook verder opgevolgd kan worden bij een afwijkend screeningsresultaat.

Opsporingsonderzoeken – op grote schaal – hebben immers ook nadelen. Het is om die reden dat er in Vlaanderen een regelgeving is opgemaakt voor bevolkingsonderzoek. Bepaalde elementen van de Gezondheidsgids die kunnen leiden tot bijkomende zorgconsumptie kunnen vallen onder de wetgeving op bevolkingsonderzoek in het kader van ziektepreventie. Ik ga daar zo dadelijk nog dieper op in.

De Gezondheidsgids is een goede eerste aanzet om het preventief handelen van de huisarts inhoudelijk te ondersteunen. Hij kan ook een hulpmiddel zijn om het GMD-plus – de preventiemodule van het globaal medisch dossier – zinvol te gebruiken. Enige tijd geleden hadden we wat commotie over de preventiemodule. Het resultaat is dat ze nu is afgestemd op de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. Dat is een goede zaak.

Ik neem aan dat u ook kennis genomen hebt van het syntheserapport dat gepresenteerd is op de eerstelijnsgezondheidsconferentie, de initiatieven die er zijn aangekondigd inzake de communicatie in de eerstelijnszorg, de afstemming en de rol van de huisarts. Ik onderschrijf een aantal van uw bekommernissen ten volle. Ik denk dat u die ook zult terugvinden in de presentatie van die conferentie.

Om een maximale gezondheidswinst te realiseren zie ik nog een aantal randvoorwaarden voor het gebruik van de Gezondheidsgids. Het elektronisch medisch dossier (EMD) zou het gebruik van de Gezondheidsgids beter moeten ondersteunen. Het heeft geen zin om bijkomende vragenlijsten aan de patiënten voor te leggen als de informatie die in het dossier al aanwezig is, niet efficiënt ontsloten kan worden. Daarenboven bieden veel huidige systemen van EMD's onvoldoende beslissingsondersteuning voor het medisch handelen in het algemeen en preventief handelen in het bijzonder.

De wijze van verzamelen van de gegevens om het individueel risico te bepalen – het gebruik van de zogenaamde vragenlijst – moet worden verfijnd. De Gezondheidsgids kan nog meer aandacht geven aan het ondersteunen van de huisarts bij het bepalen van prioriteiten als hij

een patiënt preventief behandelt. De huisarts is de hulpverlener bij uitstek die een preventie op maat mogelijk kan maken.

We kunnen maximale gezondheidswinst realiseren als de Gezondheidsgids en het Vlaamse gezondheidsbeleid goed op elkaar zijn afgestemd. Op dit vlak is er nog verbetering mogelijk. Bepaalde aspecten komen nu te weinig aan bod in de Gezondheidsgids, zoals valpreventie bij ouderen en mogelijk ook suïcidepreventie, andere vergen wat verdieping en betere afstemming met het Vlaamse beleid.

Zoals u aanhaalt, heeft de werkgroep Bevolkingsonderzoek aan Domus Medica gevraagd om bepaalde delen van de Gezondheidsgids verder toe te lichten of sterker te onderbouwen. Domus Medica is de wetenschappelijke vereniging die ons op dat vlak moet voeden. Op basis van deze aanvullende informatie zal de werkgroep mij kunnen adviseren. De Gezondheidsgids moet in overeenstemming zijn met de regelgeving op het bevolkingsonderzoek. Tot slot lijkt het me noodzakelijk dat het gebruik en het effect van het toepassen van de Gezondheidsgids moet worden geëvalueerd. De wijze waarop dit zal gebeuren wordt het best van bij het begin bepaald.

Zoals u weet, is er een convenant gesloten met Domus Medica die nog loopt tot eind 2011. De verdere wetenschappelijke onderbouwing en de eerder vermelde randvoorwaarden worden het best opgenomen in het jaarplan 2011 binnen het convenant. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid had hierover vorige week al een overleg met Domus Medica. Het lijkt me ook evident dat Domus Medica met betrekking tot de Gezondheidsgids – waar nodig – ook een beroep doet op de expertise van de universiteiten.

Zoals u weet, lanceerde ik eind december een oproep voor het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie voor huisartsen. Die oproep past binnen het preventieve gezondheidsbeleid en de beheersovereenkomst zal ingaan vanaf 2012 voor de duur van vijf jaar. Ik hoop dat er ten laatste eind maart een of meerdere goede voorstellen zullen worden ingediend en dat eind 2011 een beheersovereenkomst zal kunnen worden gesloten met een organisatie of een groep organisaties. Op die manier zal een wetenschappelijk onderbouwde ondersteuning van de huisarts op het vlak van preventie kunnen worden voortgezet en versterkt.

**De voorzitter:** Mevrouw Schryvers heeft het woord.

**Mevrouw Katrien Schryvers:** Ik dank u voor uw antwoord, minister. Ik noteer dat de Gezondheidsgids heel wat nuttige informatie kan aanleveren, maar dat er nog bijsturing nodig is. Ik begrijp dat u stelt dat de huisarts hierin een belangrijke rol speelt en dat we voorzichtig moeten zijn met het verspreiden naar de brede bevolking van allerlei lijsten. Ze gaan dat zelf invullen en kunnen mogelijk tot foute conclusies komen. U formuleert dat allemaal correct. Dit wordt in de volgende maanden opgevolgd.

**De voorzitter:** De heer Tack heeft het woord.

**De heer Erik Tack:** Minister, ik onthoud dat u zegt dat de beste preventie in een individueel contact tussen de arts en zijn patiënt kan gebeuren. Dat is ongetwijfeld zo. Ik ben blij dat u dat formeel bevestigt hebt.

Blijkbaar zouden er niet zoveel huisartsen aan preventie doen. Dat is begrijpelijk. Het is niet simpel om bij een zieke patiënt die op consultatie komt een heleboel uitleg over preventie te beginnen geven. Misschien moet de attitude nog worden bijgebracht aan de Vlaamse bevolking dat ze het best zelf de stap naar de huisarts zetten om aan preventie te doen of de eigen gezondheid in een preventieve context te bespreken.

Preventieve consulten nemen tijd in beslag. Met een slinkend aantal huisartsen ziet dat er niet al te best uit. Hoe gaat u dat oplossen? U hebt blijkbaar veel verantwoordelijkheden. Ik pleit toch nog eens voor een inspanning om het aantal huisartsen op peil te houden. Een aantal huisartsen is al overbelast. In sommige regio's zijn er maar net genoeg. Minder huisartsen die

meer preventie moeten doen, dat is een beetje de kwadratuur van de cirkel. Daar moet aandacht aan worden besteed.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

■