



Vlaams
Parlement

vergadering **C156 – WEL13**
zittingsjaar 2012-2013

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en
Armoedebeleid

van 19 maart 2013

INHOUD

Interpellatie van de heer Erik Tack tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toenemende verspreiding van multiresistente ziektekiemen onder de Vlaamse bevolking - 55 (2012-2013)	3
Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toenemende onduidelijkheid met betrekking tot de integrale jeugdhulp in het geheel en de start van het experiment met de integrale toegangspoort in het bijzonder - 1017 (2012-2013)	9
Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de VAD-leerlingenbevraging naar alcohol-, tabaks- en drugsgebruik - 1130 (2012-2013)	13
Vraag om uitleg van mevrouw Gwenny De Vroe tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de thuisbegeleiding voor personen met een handicap - 1131 (2012-2013)	16
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het sensibiliseren voor de gevaren van windpokken - 1111 (2012-2013)	18
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over mogelijke oorzaken van het verschil in kostprijs tussen VIPA- en niet-VIPA-projecten - 1202 (2012-2013)	20
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de experimentele private projecten woon- en ondersteuningsgarantie - 1170 (2012-2013)	22

■

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

Interpellatie van de heer Erik Tack tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toenemende verspreiding van multiresistente ziektekiemen onder de Vlaamse bevolking - 55 (2012-2013)

De voorzitter: De heer Tack heeft het woord.

De heer Erik Tack: Minister, ik wil het hebben over de multiresistente kiemen die zich meer en meer onder de Vlaamse bevolking verspreiden. Het is een onzichtbaar probleem. Weinig mensen zijn zich ervan bewust, maar op een sluipende manier verspreiden die kiemen zich onder ons. We dragen er zelf elke dag toe bij. Denk maar aan hoe wij elkaar elke dag de hand schudden en miljoenen ziektekiemen aan elkaar doorgeven. Het gebeurt ook telkens als we een deur opendoen en de klink vastnemen. Zelfs in dit huis kun je je handen niet wassen zonder ze onmiddellijk erna weer te bevuilden. Als je op de zesde verdieping van het Huis van de Vlaamse Volksvertegenwoordigers je handen wast en nadien naar het restaurant wilt, moet je een zware deur opentrekken. Je hebt nog maar net je handen gewassen, en ze worden alweer bevuild met de ziektekiemen van de personen die net voor jou de deur hebben opengetrokken.

Multiresistente kiemen zijn bacteriën die tegen tal van antibiotica bestand zijn. Die antibiotica kunnen op dat moment niets meer doen, behalve de patiënt nog zieker maken. De oorzaken zijn bekend, om te beginnen het veelvuldige gebruik van antibiotica. Over het nut van antibiotica kan men lang discussiëren, maar dat ze al heel veel levens gered hebben, is duidelijk.

Antibiotica worden in de eerste plaats in ziekenhuizen gebruikt. Ziekenhuizen zijn huizen van, met en voor zieke mensen. Het zijn dan ook verzamelplaatsen voor bacteriën. Die bacteriën maken mensen ziek, en artsen kunnen soms niet anders dan antibiotica voorschrijven. Ze maken nu eenmaal deel uit van het therapeutische arsenaal om besmette mensen opnieuw gezond te proberen maken.

Uiteraard staan bij het gebruik van antibiotica medische redenen op de eerste plaats, maar het is niet altijd zo gemakkelijk te bepalen of je nu een antibioticum moet toedienen of niet. Geneeskunde is geen exacte wetenschap. Het is soms een kwestie van fingerspitzengefühl, van aanvoelen. Soms weet je het gewoon niet, en moet je als arts voor de zekerheid kiezen, al is het soms alleen maar om medicolegale redenen.

Soms is er ook druk van de omgeving om opa of oma toch nog een kans te geven, want zonder die laatste antibioticakuur overleven ze het misschien niet. En zo krijgen ze toch nog een paar weken of maanden extra.

Uiteraard worden antibiotica niet alleen in de ziekenhuizen gebruikt. Ook in de eerste lijn is dat het geval. Ook daar is het voor een arts niet altijd zo duidelijk of een antibioticum nu echt noodzakelijk is of niet. Microben tonen immers niet altijd hun ware aard. Of het nu een virale of bacteriële infectie is, weet je als arts niet altijd. Soms kan men niet anders dan voor de zekerheid kiezen. Soms worden artsen ook onder druk gezet, bijvoorbeeld omdat mensen zo snel mogelijk weer aan het werk willen.

Het is ook niet altijd gemakkelijk om het verschil te zien tussen een echte griep, waarvan je heel ziek kunt zijn, en een beginnende longontsteking. Sommige artsen kiezen er dan soms voor de zekerheid voor om meteen een antibioticum voor te schrijven. Want als de patiënt na een week nog altijd niet genezen is, terwijl hij zelf al verschillende keren gevraagd heeft om antibiotica voor te schrijven, en je als arts moet toegeven dat de patiënt toch een longontsteking heeft en je hem antibiotica moet voorschrijven, sta je daar een beetje sip of dom bij, als je moet toegeven dat je je vergist hebt.

Ook in de veeteelt worden heel veel antibiotica gebruikt. Er zouden al heel wat landbouwers besmet zijn met multiresistente kiemen.

Tot daar het verhaal van het ontstaan van de multiresistente kiemen. Het tweede aspect is de verspreiding. Na een ziekenhuisopname komen veel mensen in een rustoord terecht, en ook daar kunnen die bacteriën zich onder de bewoners verspreiden. Het gaat ook vaak om oudere of verzwakte personen die in een gemeenschap heel dicht bij elkaar leven, waar de overdracht van bacteriën dus heel gemakkelijk is.

Ziekenhuizen en bejaardentehuizen zijn bovendien niet geïsoleerd van de omgeving. Die staan niet ergens op een andere planeet, maar zijn tussen de mensen in gebouwd. Mensen gaan ook op bezoek bij familieleden in een rustoord. Bij al dat bezoek hoort ook handjes schudden en kusjes geven, en zo reizen er weer heel wat ziektekiemen mee met de mensen die naar huis gaan, alwaar ze zich weer verder verspreiden. Als het dan om multiresistente kiemen gaat, is dat natuurlijk niet zo interessant.

Uit studies blijkt bovendien dat er ook een niet onbelangrijke import uit het buitenland is. Mensen gaan op reis en brengen vandaar soms multiresistente kiemen mee. Denk ook maar aan immigratie: mensen die naar hun thuisland op vakantie gaan of mensen die zich voor het eerst in ons land aanmelden, brengen multiresistente kiemen mee.

Hoewel ik er geen cijfers van heb, denk ik persoonlijk dat de aanwezigheid van multiresistente kiemen buiten de ziekenhuizen deels veroorzaakt wordt door een te weinig aandachtig en stringent beleid in Vlaanderen. Ik denk dat die aanwezigheid intussen al vrij grote proporties heeft aangenomen. Als men de verdere verspreiding wil indijken en het probleem echt wil beheersen, is het hoog tijd dat er een echt beleidsplan komt.

Een aantal van de maatregelen die men zou kunnen treffen, heeft uiteraard een belangrijke kostprijs. Maar uiteindelijk is dat niet de echte vraag. De vraag die men moet stellen, is: als we die prijs nu niet betalen, wat zal dan later, over enkele decennia, de kostprijs voor de maatschappij zijn, op financieel, maar vooral ook op menselijk vlak?

Ik vrees dat die toekomst niet zo ver van ons af ligt. Mijns inziens kan dat binnen een paar decennia een immens probleem worden. Het wordt een van de grootste uitdagingen voor de gezondheidszorg van de 21e eeuw.

Minister, wat is uw beleid met betrekking tot de verspreiding van multiresistente kiemen? Ik heb het dan zowel over het beleid in de ziekenhuizen en de rustoorden, als over het beleid ten aanzien van de verspreiding vanuit die centra naar de bevolking, maar ook over verspreiding vanuit het buitenland, door migratie of doordat mensen op reis gaan.

Worden er ook screenings georganiseerd bij verzorgenden, verpleegkundigen en artsen? Wordt nagegaan of zij zelf besmet zijn en op hun beurt verspreider kunnen zijn van die bacteriën? Op welke manier wordt nagegaan of in onze ziekenhuizen en rusthuizen de eenvoudige maar door weinig mensen gekende handeling van handhygiëne, het dragen van de juiste kledij, het niet dragen van ringen enzovoort daadwerkelijk wordt opgevolgd?

Hebt u er ooit over nagedacht screening op te zetten bij de bevolking, om na te gaan in hoeverre multiresistente kiemen daar al voorkomen? Wordt er nagedacht over het inrichten van isolatiekamers voor besmette patiënten? Als iemand in een ziekenhuis besmet is met een multiresistente kiem, staat dat aangegeven op de deur en liggen er handschoenen en een fles ontsmettingsalcohol bij de deur. Maar in hoeverre dat ook nageleefd wordt, daar heb ik zeer grote vragen bij. Wordt daarnaast ook nagedacht over isolatieafdelingen, waar mensen die opgenomen worden, of mensen die uit het buitenland komen, en al zeker mensen die uit een buitenlands ziekenhuis komen, voorlopig geplaatst worden tot men met zekerheid weet dat ze al dan niet besmet zijn met multiresistente kiemen, om de overdracht naar andere mensen die gehospitaliseerd zijn, te vermijden?

Hebt u al contact gehad of plant u contact met de federale minister van Volksgezondheid over deze problematiek? Bacteriën kennen immers geen grenzen, die kennen geen staatshervorming. Die kijken ook niet specifiek naar dit land. Eventueel kan de problematiek via uw federale collega ook op Europees niveau bekeken worden, want ik denk dat dit probleem in de toekomst zeer belangrijk zal worden.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck: Voorzitter, minister, collega's, ik wou ook een vraag om uitleg indienen over dit onderwerp, maar was te laat.

Minister, in antwoord op een eerdere vraag omtrent een screeningsbeleid, vraag 33 van september 2009, poneerde u dat er geen screeningsbeleid bestond in de Vlaamse woonzorgcentra. Wel werd intussen op Vlaams niveau werk gemaakt van een draaiboek 'infectiebeleid voor woonzorgcentra'.

Wordt er nog een screeningsbeleid vooropgesteld voor de Vlaamse woonzorgcentra? Welke knelpunten moeten daarvoor nog worden weggewerkt? Bestaat daarover overleg met uw federale collega van Volksgezondheid?

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Minister, de problematiek overstijgt het ziekenhuisbeleid en het woonzorgcentrumbeleid. Gezinshelpsters, de verzorgenden aan huis, die van patiënt naar patiënt trekken, kunnen die besmetting uiteraard ook overdragen. Het beleid moet dus een pak ruimer zijn dan ziekenhuizen en woonzorgcentra.

Er is hier mogelijk een rol weggelegd voor de coördinerende geneesheer in de woonzorgcentra, een beetje naar analogie van de arts-hygiënist in een ziekenhuis. Als je weet dat woonzorgcentra meer en meer rust- en verzorgingstehuizen worden met zwaar zorgbehoevenden en kwetsbare ouderen, zouden de bevoegdheden van de coördinerende artsen, die op federaal niveau zijn geregeld, mijns inziens ook uitgetekend kunnen worden voor woonzorgcentra. Ik denk daarbij aan registratie organiseren, verbeterprojecten opstarten en zo meer. Wordt daar overleg over gepleegd met uw federale collega? Kan dat vanuit Vlaanderen mee aangestuurd worden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, ik zal het eerst hebben over het beleid rond Multi-Drug Resistente Organismen (MDRO). In mijn beleidsnota 2009-2014 heb ik mij geëngageerd om verder werk te maken van de aanpak van methicillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) en andere nosocomiale infecties in woonzorgcentra en ziekenhuizen.

MRSA's zijn een deelgroep van de *Staphylococcus aureus*-bacteriën, bacteriën die bijvoorbeeld veelvuldig op de huid voorkomen. MRSA wordt in de volksmond ook wel 'de ziekenhuisbacterie' genoemd en is een type van *Staphylococcus aureus* dat ongevoelig of resistent is voor methicilline, een bepaald antibioticum dat gebruikt wordt bij de bestrijding van stafylokokkeninfecties.

Rond die problematiek worden heel wat acties ondernomen. Binnen het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Toezicht Volksgezondheid, bestaat een werkgroep ziekenhuishygiëne. Die werkgroep is onder meer betrokken bij het auditeren van het ziekenhuishygiënebeleid, alsook bij de uitbouw van een beleid rond MDRO.

Laat mij toe uit te leggen wat er specifiek de laatste twee jaren rond MDRO is gebeurd, waarbij de aandacht niet alleen MRSA betreft, maar er ook een verschuiving is naar nieuwe dreigingen.

In augustus 2011 wees het Nationale Referentiecentrum ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamase) en CPE (Carbapenemase Producing Enterobacteriaceae) aan de UCL Mont-Godinne de gezondheidsautoriteiten op de snelle en opmerkelijke toename van het aantal

isolaten van CPE die haar werden toegestuurd door de Belgische ziekenhuizen. ESBL en CPE zijn twee groepen resistente bacteriën.

Daarop werd een vergadering van de Risk Assessment Group (RAG) georganiseerd, de groep die onder voorzitterschap van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid in België verantwoordelijk is voor de risico-inschatting van onder meer dreigingen van infectieziekten met een potentieel internationale dimensie. Ook de Vlaamse overheid is in de RAG vertegenwoordigd.

In december 2011 publiceerde ook de Hoge Gezondheidsraad het advies dat het noodzakelijk is maatregelen te nemen naar aanleiding van de toename van carbapenemase producerende Enterobacteriaceae in België. Deze tekst werd in januari 2012 middels een omzendbrief van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu naar de ziekenhuizen verstuurd.

In januari 2012 werd een nationale microbiologische en epidemiologische surveillance van CPE opgestart, respectievelijk door het Nationaal Referentiecentrum en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) gecoördineerd, om de evolutie nauwgezet op te volgen. En er werd een specifieke CPE-webpagina met alle nuttige informatie aangemaakt op de website van de dienst epidemiologie van het WIV.

Sinds jaren financieren wij mee de werking van het WIV rond de surveillance van ziekenhuisinfecties. Voor 2013 werd beslist om dat deel in het subsidiebedrag ook effectief te verhogen. De WIV-subsidie specifiek voor surveillance van zorginfecties is opgetrokken van 55.000 euro in 2012 naar 94.900 euro in 2013. Er is ook een financiering voor een draaiboek 'infectiebeleid voor woonzorgcentra' in de grootteorde van 41.000 euro.

Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid ontwikkelde en verstuurde op mijn vraag in mei 2012 een interimrichtlijn betreffende CPE naar de Vlaamse woonzorgcentra. Naar aanleiding van de recente opkomst van CPE hebben we in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid tevens de opdracht gegeven – en dat is meteen ook een vraag naar overleg met de federale overheid – om een taskforce op te richten met het doel een 'Nationaal strategisch plan voor de bestrijding van MDRO's' op te stellen, dat de krijtlijnen moet uitzetten voor de verdere aanpak van microbiële resistentie in ons land.

In dat plan zitten onder meer elementen van antibioticabeleid, surveillance, studies, en is ook het oprichten van een outbreak support team (OST) begrepen, om ter plaatse in instellingen in te grijpen in geval van outbreaks. Bij het ontwikkelen van dat laatste deel van het plan neemt de Vlaamse Gemeenschap het voortouw en werkt er samen met de andere bevoegde gemeenschappen, het WIV, afgevaardigden van coördinerende raadgevende artsen (CRA) van de woonzorgcentra, afgevaardigden van de huisartsenverenigingen en externe experts.

Het MDRO Outbreak Support Team heeft als doel uitbraken van MDRO in zorginstellingen in België in te dijken en te beheersen via, afhankelijk van de situatie, verschillende actieniveaus: inzichtelijke ondersteuning van zorginstellingen, sturing van zorginstellingen, interventie ter plaatse en, indien nodig, handhaving. De ontwikkeling van dat nationale plan, in al zijn aspecten, loopt. Voor de uitrol van het plan, met inbegrip van het Outbreak Support Team, zijn uiteraard menselijke en financiële middelen nodig, wat in deze budgettaire moeilijke tijden geen vanzelfsprekendheid is.

Binnen het in ontwikkeling zijnde nationale plan van de interministeriële conferentie is de voorziene kost 1.030.000 euro per jaar. Dat betekent circa 334.000 euro voor Vlaanderen. Concreet betreft het hier de financiering van een outbreak support team.

Screening naar dragerschap onder het personeel van zorginstellingen wordt niet uitgevoerd. Het is niet opgenomen in het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Ook de Nederlandse collega's van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) halen dat gemotiveerd aan in hun recente richtlijn 'Bijzonder resistente micro-organismen (BRMO)': "Motivatie: de bijdrage

van dragerschap onder medewerkers aan een epidemie is beperkt. Medewerkers zijn meestal geen, of slechts kortdurend, drager van BRMO. Dragerschap bij medewerkers leidt niet tot besmetting van patiënten als de medewerker de algemene voorzorgsmaatregelen correct naleeft.”

De voorbije tien jaar werden ziekenhuizen vijfjaarlijks geauditeerd. Een van de belangrijke aandachtspunten in die auditcycli zijn de voorwaarden om een correcte handhygiëne te kunnen uitvoeren: korte nagels, propere nagels, juwelenvrije handen en voorarmen, geen gel- of kunstnagels, geen nagellak, geen polshorloges, korte mouwen. Ook de infrastructurele voorzieningen om een goede handhygiëne – handen wassen en ontsmetten – te kunnen uitvoeren, werden tijdens die audits gecontroleerd. Vanaf maart 2013 worden ziekenhuizen onderworpen aan het nieuwe toezichtsmodel, het nalevingstoezicht. Ook daarin zullen aspecten van handhygiëne worden gecontroleerd. Woonzorgcentra worden geïnspecteerd door Zorginspectie, waarbij ook aandacht gaat naar die elementen. Bovendien zijn door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid de laatste jaren verschillende handhygiëne campagnes ontwikkeld specifiek voor de woonzorgcentra. Het draaiboek ‘Infectiebeleid in de Vlaamse woonzorgcentra’, dat in mijn opdracht werd ontwikkeld door de KU Leuven, is in mei 2012 gelanceerd.

Wat de surveillance betreft, bestaat er in de werkgroepen van de nationale taskforce MDRO een denkpiste om de coördinatie van de surveillances met betrekking tot MDRO's te optimaliseren, via de oprichting van een technische commissie voor de surveillances met betrekking tot MDRO's. In deze commissie zouden onder andere de gezondheidsinspecties van de verschillende gemeenschappen zetelen.

Mevrouw Van der Borgh, in de ambulante situatie is er langs de ene kant een surveillance van antibioticumverbruik, dat wordt opgevolgd door het Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee (BAPCOC) op basis van de gegevens van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Wat de surveillance van microbiële resistentie betreft, is in het kader van de nationale taskforce MDRO voorgesteld dat het nuttig zou zijn om de resistentiegegevens van de private microbiologische laboratoria op nationaal niveau te collecteren en analyseren, idealiter met afzonderlijke gegevens voor de woonzorgcentra, en om studies op te zetten bij huisartsen om de prevalentie van dragerschap van MDRO's in de gemeenschap te bepalen en om resistentieprofielen te bepalen op basis van systematische kweken. Deze voorstellen moeten echter nog door de Hoge Gezondheidsraad worden goedgekeurd en worden voorgelegd aan de Interministeriële Conferentie.

Mijnheer Tack, u vraagt of er is gedacht aan een screening op populatieniveau. In het ontwerp van het nationaal strategisch plan voor de bestrijding van MDRO zijn er aanbevelingen geformuleerd om studies op te zetten bij huisartsen, om de prevalentie van dragerschap van MDRO in de gemeenschap na te gaan en om de resistentieprofielen te bepalen op basis van systematische kweken. In welke mate alle elementen van dit strategisch plan zullen kunnen worden uitgevoerd, hangt onder meer ook wel af van de budgettaire mogelijkheden.

Wordt er gedacht aan het inrichten van speciale isolatiekamers? Voor bepaalde MDRO en ook voor bepaalde niet-resistente besmettelijke kiemen zijn er specifieke isolatierichtlijnen beschikbaar, alsook isolatiekaarten volgens overdrachtswijze: druppel, contact, aerogeen en combinaties. Bij toepassing van deze maatregelen worden er geen speciale isolatiekamers nodig geacht.

Is er contact met de federale minister? Het nationaal strategisch plan, dat hierboven al ter sprake kwam en in ontwikkeling is, is een plan van de Interministeriële Conferentie voor Volksgezondheid en dus van alle verschillende ministers bevoegd voor de volksgezondheid in België samen. In die zin zijn er intense samenwerkingsverbanden tussen de bevoegde ministers en ook tussen de verschillende bevoegde overheidsdiensten, waaronder het Vlaams

Agentschap Zorg en Gezondheid, de FOD Volksgezondheid en het WIV. Regelmatig wordt op de Interministeriële Conferentie een stand van zaken gegeven rond de vorderingen van de voorbereidingen van het nationaal strategisch plan door de administraties en kabinetten.

De heer Erik Tack: Minister, dank u voor uw uitvoerig antwoord. Ik merk dat er heel veel commissies en organen zijn opgericht om zich over dat probleem te buigen en dat er ook bepaalde budgetten tegenover staan. Ik ga u mijn ervaringen meegeven, van op het veld, zonder controles en dus niet statistisch significant, maar uit het leven gegrepen.

Opdat multiresistente kiemen zich zouden kunnen verspreiden onder de bevolking, moeten ze eerst ontstaan. Daar is het antibioticabeleid verantwoordelijk voor. Ten tweede moeten ze natuurlijk worden doorgegeven. Zoals u zegt, zijn er verschillende manieren, afhankelijk van welke kiem, via de ademhaling of de handen. Heel veel microben worden via de handen doorgegeven. Alles begint met een zorgvuldige handhygiëne. Het merendeel van de mensen weet eigenlijk niet hoe ze hun handen moeten wassen en neemt die microben mee. Als ze op bezoek gaan bij een familielid, zouden ze eerst moeten leren hoe ze hun handen moeten ontsmetten met alcohol. Als je dat goed wilt doen, duurt dat ongeveer 1,5 tot 2 minuten.

Het personeel zou ook stelselmatig de handen moeten ontsmetten als ze een kamer buiten komen, want je weet niet altijd of iemand besmet is. Elke patiënt in een ziekenhuis is potentieel drager van een multiresistente kiem. Stel dat die mensen elke keer dat ze een kamer uit komen, hun handen zorgvuldig moeten ontsmetten. Aan een van uw voorgangers heb ik eens gezegd dat, als men dat rigoureuus moet doen, je 20 procent extra personeel nodig hebt in de ziekenhuizen. Uw collega wist niet waarover ik het had. Ik denk dat ze niet geschikt was om op die stoel te zitten.

Als je 1,5 minuten nodig hebt om je handen te wassen en je komt 50 keer per dag een kamer uit, wat een onderschatting is, ben je al 75 minuten bezig met je handen te schrobben. Dat is heel moeilijk, maar eigenlijk toch essentieel.

U moet eens zelf in een rusthuis of een ziekenhuis gaan, en eens op de reservoirs van alcoholgel duwen. Er moet normaal gezien een mooie hoeveelheid alcoholgel in uw hand terechtkomen, maar die vliegt in alle richtingen, op uw jas, op das, op uw hemd. Dat komt doordat de uitgang van dat alcoholflesje verstopt is, omdat het niet wordt gebruikt. Die worden met moeite gebruikt. Daar stopt uw beleid, zelfs als u er miljoenen euro's tegenaan gooit. Als de handen niet worden ontsmet, gaan die microben mee.

Onlangs zag ik op tv een uitzending van een professor die aan zijn assistenten wou tonen hoe microben meegaan. Hij liet ze patiënten onderzoeken, maar ze moesten eerst hun handen dompelen in een bepaalde stof die voor het oog onzichtbaar is, maar onder UV zeer duidelijk wordt. Het was onvoorstelbaar hoe dat product zich over de patiënten verspreidde, en de microben dus ook.

Dat ontsmetten gebeurt niet. De verpleegkundigen doen dat niet, onder tijdsdruk. De artsen doen het zeker niet, soms een beetje uit hoogmoed. Ik had ooit twee stagiairs bij mij. Ik ging een patiënt in het rustoord bezoeken en ik ontsmette zeer goed mijn handen bij het verlaten van de kamer. Bij de volgende patiënt liet ik mijn stagiair de bloeddruk meten en het onderzoek doen. Die liep de kamer uit zonder de handen te ontsmetten. Ik zei: hela, wat heb je mij zien doen? In de derde kamer onderzocht mijn tweede stagiair de patiënt. Hoewel ik er al op gewezen had, stapte die ook vrolijk de kamer uit zonder de handen te ontsmetten. Er is zeer veel werk aan de winkel.

Het materiaal dat in de ziekenhuizen wordt gebruikt en dat artsen gebruiken gaat van de ene patiënt naar de andere. Ik gebruik mijn stethoscoop ook elke dag. Dat materiaal wordt nooit ontsmet. Niemand doet dat. Bloeddrukmeters worden nooit ontsmet. Van een otoscoop, om in het oor te kijken, wordt het dopje soms eens ververst, maar dikwijls wordt hetzelfde dopje opnieuw gebruikt, van de ene patiënt naar de andere. Er zijn veel maatregelen en veel commissies, maar op het veld gaan de microben vrolijk mee.

Zelfs in ons huis hier, kun je de deur niet openen nadat je je handen hebt ontsmet. Ik ben verrast omdat er in sommige andere landen wel budgetten zijn voor aparte afdelingen in ziekenhuizen. Als je een screening doet, duurt het een of twee dagen voor de cultuur bekend is. Voor men weet of die mensen al dan niet besmet zijn, worden ze apart geplaatst in afdelingen die je goed kunt afsluiten, met goed opgeleid personeel, dat eventuele bezoekers opmerkzaam maakt. Als mensen gewoon in een kamer liggen tussen andere zieken, gebeurt dat allemaal niet. De microben gaan vrolijk, vrolijk, vrolijk en heel gemakkelijk mee.

Minister, er ligt nog heel veel werk op de plank. Er moet nog heel veel worden gedaan. Er zijn praktische maatregelen nodig op het terrein. We moeten mensen die met zieken omgaan heel duidelijk wijzen op hun verantwoordelijkheid en uitleggen hoe ze er iets aan kunnen doen.

Het is essentieel om heel snel die studies op te zetten naar hoe frequent multiresistente kiemen in de bevolking aanwezig zijn. Het is de enige manier om de gevolgen van uw beleid na te gaan en om de evolutie te kennen over de jaren heen. Men is al bezig sinds augustus 2011. Het is intussen maart 2013, anderhalf jaar verder, maar er is nog geen concreet plan om dat onder de bevolking te testen. We moeten dat ook repetitief doen. Ik hoop, minister, dat u er heel snel werk van maakt. Ik geef u enkel opmerkingen, die uit het leven gegrepen zijn, maar die heel belangrijk zijn.

Als we er niets aan doen, zitten we binnen enkele decennia vol met microben die tegen alle antibiotica resistent zijn. Farmaceutische firma's investeren niet meer veel in antibiotica, want er valt niet meer veel aan te verdienen. Dan zitten we straks in een situatie zoals in de 19e en het begin van de 20e eeuw, waarbij je sterft van een gewone bronchitis, die een longontsteking wordt en een infectie van de pleura. Dan sterf je. Wij kennen dat niet meer, maar het staat achter de deur op ons te wachten, als we onze verantwoordelijkheid niet nemen.

De voorzitter: De heer Tack kondigt een motie aan.

Minister Jo Vandeurzen: Ik ben blij met uw belangstelling. Zou het niet goed zijn dat we, als dat plan af is, daarover eens een discussie voeren in de commissie? Ik verwijs ook naar uw professionele expertise. Dat zou een goed moment zijn.

De heer Erik Tack: Heel graag. Ik ben blij dat u de bezorgdheid deelt.

De voorzitter: De interpellatie is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Mieke Vogels tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toenemende onduidelijkheid met betrekking tot de integrale jeugdhulp in het geheel en de start van het experiment met de integrale toegangspoort in het bijzonder - 1017 (2012-2013)

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Minister, dit is al een klein voorproefje van het hele debat over de integrale jeugdhulp, dat ons de volgende weken zeer intens zal bezighouden.

Ik heb een vraag, minister, naar aanleiding van een bericht dat sectorbreed werd verspreid. Alle communicatie en informatie over de integrale jeugdhulpverlening zou worden gestopt. Zelfs de tweedaagse sensibiliseringsdagen met de titel 'Op weg naar 2014', start van het nieuwe jeugdhulpplandschap, waarvoor uitnodigingen waren vertrokken, zijn geschorst. Naar verluidt gebeurt dat omdat de minister bezorgd was dat het parlement anders niet in alle sereniteit het debat zou kunnen voeren over de integrale jeugdhulpverlening.

Ik was getoucheerd, minister, toen ik dat las. Echt waar, maar laat me toe om te zeggen dat ik het toch niet echt geloofde. Als voorafname op het decreet worden er al heel lang stappen genomen die veel verder gaan dan het organiseren van een tweedaagse informatiesessie. Ik denk aan het hele proces dat bij de comités voor bijzondere jeugdzorg is opgezet, waar consultants al zes, zeven of acht maanden geleden hun voorkeur kenbaar moesten maken en waar opleidingen werden georganiseerd, om te bepalen of die consultants in het Ondersteuningscentrum Jeugdhulp (OCJ) zouden terechtkomen, dan wel in de eigenlijke toegangspoort.

Helemaal verbaasd was ik toen ik op 13 februari een nieuwsbrief las van het agentschap Jongerenwelzijn. Dan vraag ik me af waarmee zij bezig zijn. U herinnert zich dat dit agentschap, naar verluidt op uw vraag, een heel plan voor de jeugdhulp in 2020 voorbereidde, op basis van de conclusies van onze Commissie Jeugdzorg, die in 2011 is bijeengekomen. Het parlement was daar niet eens bij betrokken, wat door veel leden niet echt in dank is afgenomen. Nu zie ik dat datzelfde agentschap een online enquête en debat organiseert over dat actieplan voor de jeugdhulp, dat zal worden opgemaakt op basis van het decreet Integrale Jeugdhulp, maar ook op basis van het plan Perspectief 2020 van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), het decreet Opvoedingsondersteuning en het realiseren van zorgcircuits. Wie vindt zijn weg nog in wat er op dit moment zoal bezig is in de jeugdhulpverlening? Hoe kan men die informatiestop rijmen met die oproep tot een online debat van dat toch wel belangrijke onderdeel van het agentschap Jongerenwelzijn, dat betrokken is bij heel dat proces van de integrale jeugdhulp?

Ondertussen hebt u samen met minister Smet een persconferentie gegeven. Daar is ook niet gezegd dat het ontwerp van decreet nog door het parlement zou moeten worden besproken. Daar is gezegd: voilà, er is een integrale toegangspoort en het zal nu allemaal beter worden in de jeugdhulpverlening. Er werd een filmpje getoond dat mij heel duidelijk heeft gemaakt dat het zeer moeilijk is om aan een doorsnee persoon uit te leggen wat integrale jeugdhulpverlening nu is. In dat filmpje vergat men trouwens de sector van de geestelijke gezondheidszorg te vermelden. Bovendien stelde u dat de toegangspoort wordt gevormd door een paar consultants waarbij men terechtkan. Dan denk ik: dat is helemaal niet zo. Bij die toegangspoort kan men immers niet zelf terecht, dat gebeurt via allerlei omwegen. We zullen de volgende weken echter nog ruim de tijd hebben om daarover te praten.

Minister, wat is nu de echte reden achter de beslissing van zowel uw kabinet als de administrateur-generaal om plots een communicatiestop in te voeren over dat ontwerp van decreet Integrale Jeugdhulp? Dat gaat zelfs zo ver dat studiedagen worden afgelast die helemaal waren gepland en waarvoor uitnodigingen waren verzonden. Hoe valt die maatregel dan weer te rijmen met de oproep van het agentschap Jongerenwelzijn tot een online forum en discussiemoment? Vooral, wat betekenen die communicatiestop en het steeds verder uitstellen van de bespreking van het ontwerp van decreet Integrale Jeugdhulp nu voor het opstarten van het experiment voor de integrale toegangspoort?

Minister, een gunstige wind – of een ongunstige, dat laat ik aan uw oordeel over – heeft een aan u gerichte nota van de veranderingsmanager op mijn bureau doen belanden. De nota dateert van 4 december 2012. De veranderingsmanager zei op dat moment al dat, zoals de zaken nu lopen, men verschrikkelijk in de problemen zat. Hij stelt erin dat, als alles zijn gangetje gaat, men niet op 1 januari en niet op 1 mei, maar ten vroegste op 1 oktober zou kunnen beginnen met het project in de pilootregio Oost-Vlaanderen. In de nota worden een aantal scenario's voorgesteld. Er wordt duidelijk gesteld in de nota dat het de schuld is van de politiek dat het allemaal zo traag gaat. Men was op tijd, maar de politiek is veel te traag. Er wordt geopperd dat men misschien het politieke niveau moet forceren en dringend de goedkeuring van decreet en besluit krijgen. Dat is gelukkig niet gebeurd.

Voorzitter, alles zal zijn gewone verloop kennen, en daar ben ik blij om. We zullen ruim de tijd krijgen. Dat betekent echter inderdaad wel dat het experiment in Oost-Vlaanderen ten

vroegste op 1 oktober 2013 kan beginnen. Er was voorzien dat dit een jaar zou duren, dus dan is het 1 oktober 2014. Dat is in de volgende legislatuur. Sommige bronnen beweren dat er plannen zijn om dat project dan tot drie maanden te beperken. In de sector weet men het op dit moment eigenlijk niet meer. Hoe zit het nu? Wanneer begint dat pilootproject? Hoe lang zal dat duren? Wat is nu de timing na dat heel lange proces? Wat kunnen de diverse betrokken sectoren en de mensen die actief zijn op het terrein, nu verwachten?

Ik zal dat ook herhalen in het kader van de bespreking ten gronde: ik denk dat het onverantwoord zou zijn om dit te beperken tot drie maanden. Er zijn nog zoveel onbeantwoorde vragen over hoe heel dat proces op het terrein zal worden geïmplementeerd. Wat zal bijvoorbeeld het effect zijn op het gerechtelijke onderdeel? Hoe verhoudt dat gerechtelijke onderdeel zich tot heel die toegangspoort? Nogmaals, de volgende weken zullen we de kans hebben om daar ten gronde op in te gaan. Ik meen echter dat er nu al een signaal aan de sectoren moet komen over de nieuwe timing. Er moet heel duidelijk worden gezegd dat de pilootregio gedurende een jaar actief zal zijn. Dat is de enige manier om echte antwoorden te krijgen op de berg vragen die op dit moment nog onbeantwoord zijn.

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Minister, ook wij zijn benieuwd naar het antwoord dat u zult geven op de vraag van mevrouw Vogels. Zoals zij al stelde, de verwarring op het terrein wordt steeds groter. Dat kunnen we alleen maar onderschrijven. Is er misschien een verband tussen die communicatiestop en het nog maar eens uitstellen van de start van het pilootproject? We krijgen natuurlijk ook een groot déjà-vugevoel. In het oorspronkelijke decreet Integrale Jeugdhulp werd beloofd dat de toegangspoort er tegen 1 januari 2008 zou komen. Ondertussen is dat al uitgesteld tot 1 januari 2014. In feite heeft het project dus al zes jaar vertraging opgelopen.

Op 1 maart zou men dus beginnen met de pilootregio Oost-Vlaanderen, zoals we allemaal weten. Dan werd het 1 mei. Nu zou 16 september 2013 worden vooropgesteld. Dat zou inderdaad gebeuren om de parlementaire behandeling van het ontwerp niet te hinderen. Mevrouw Vogels zei het al: als zoveel respect wordt opgebracht voor het parlement, dan moet men inderdaad altijd voorzichtig zijn, want dan blijken de problemen vaak elders te liggen.

Dit alles doet natuurlijk vragen rijzen over de veralgemeende start van de toegangspoort op 1 januari 2014, als men pas op 16 september zou beginnen met het pilootproject. Hoe zal men dan nog ernstig kunnen evalueren en zo nodig bijsturen voor die toegangspoort veralgemeend wordt opgestart, tenzij men natuurlijk ook die opstart uitstelt?

We gaan er natuurlijk van uit dat het pilootproject er sowieso komt. Het lijkt me bijzonder belangrijk de sectoren zeer goed te informeren. Er zou bijna een draaiboek te hunner beschikking moeten worden gesteld over hun rol in de integrale jeugdhulp. Dat is essentieel, want zelfs 16 september is niet meer zo veraf, zeker als we bedenken dat heel het concept het systeem totaal op zijn kop zet. Vanaf wanneer zal men dus opnieuw beginnen te communiceren?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, geachte leden, ik sluit me graag aan bij de terechte bekommernissen zoals die al uitvoerig zijn toegelicht door mevrouw Vogels en de heer Gysbrechts. Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik niet op de hoogte was van de oproep van het agentschap Jongerenwelzijn voor dat online debat. Dat maakt de zaak helemaal bizar. Minister, het annuleren van de sensibilisatiedagen heeft bij mij echter ook vragen doen rijzen. Men motiveert die communicatiestop door te stellen dat u in deze commissie en dit parlement het debat in alle sereniteit wilt kunnen voeren. Hoe mooi die motivatie ook is, u mag ons ook niet als te dom en te naïef beschouwen. Heel graag had ik dus van u de ware reden van deze annulering gehoord.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, geachte leden, mevrouw Vogels, de reden voor het opschorten van een aantal geplande communicatie- en vormingsmomenten – wat u met het nodige gewicht een communicatiestop noemt – is zeer duidelijk. De communicatie daarover, op 8 februari en 8 maart, is zeer helder en vat het perfect samen: een aantal initiatieven worden uitgesteld om de bespreking van het ontwerp van decreet hier in het Vlaams Parlement niet te doorkruisen.

Mevrouw Vogels, met al uw geheime informanten heeft dat iets weg van een Salamanderachtig verhaal. U hebt documenten. De mol zit dus in de eigen rangen, als ik het goed begrijp. (*Gelach*)

Dat is spannend allemaal, en u mag dat bij hen checken, maar het is heel duidelijk. Ik heb zelf enige parlementaire ervaring, en zelfs respect voor het parlement. Als ik het goed heb begrepen, mag ik binnenkort zelfs worden gevierd. Het was mijn inschatting, en die van een aantal mensen die dat moeten volgen, dat een deadlinescenario in het parlement geen goed debat geeft, en alleen maar veel ongenoegen en frustratie geeft. Dat komt de kwaliteit van het werk niet ten goede. Alleen om die reden hebben we geoordeeld dat we geen geloofwaardige discussie kunnen hebben in het parlement als men aankijkt tegen een geweldige deadline. Daarom hebben we beslist dat uit te stellen, zodat het parlement de kans krijgt om dat op eigen tempo te behandelen. Mevrouw Vogels, als ik het heel cru zou moeten stellen: het is omdat u het heeft geëist, dat dit uiteindelijk is uitgesteld. (*Opmerkingen*)

Een van die initiatieven was inderdaad de voor maart geplande sensibilisatiedagen. Die werden een tijd geleden gepland. Nu het ontwerp van decreet voor bespreking is ingediend, is het evident dat ook de ruime communicatie en toelichting, initieel onder meer via de voor maart geplande sensibilisatie, worden uitgesteld tot het parlement zijn werkzaamheden heeft afgerond. We hebben er natuurlijk alle begrip voor dat de actoren in de jeugdhulpsector zich willen informeren en voorbereiden op het veranderende landschap, maar we vinden het wel belangrijk dat het parlement ten volle zijn werkzaamheden kan uitvoeren. Deze dagen zullen dus opnieuw worden gepland, en dat in functie van de timing van de parlementaire bespreking. Het feit dat er veel ontgoochelde reacties zijn, moet ons sterken om het ontwerp van decreet ook daadwerkelijk op het terrein te implementeren. Het enthousiasme van de talrijke medewerkers in de jeugdhulp verheugt ons ook. Ook dat is geen cliché. Dit kan natuurlijk alleen ten volle met een decreet dat ook hier grondig is besproken en goedgekeurd.

Het online forum moet enkel worden gezien als een vervolg op de werkzaamheden van de Staten-Generaal Jeugdhulp van 18 juni 2012. Via dat forum wil Jongerenwelzijn de verdere verwerking van de aanbevelingen van die Staten-Generaal Jeugdhulp verder aftoetsen met het werkveld. Momenteel werkt Jongerenwelzijn aan een doorgedreven oefening om de acties binnen de jeugdhulp te inventariseren. Dat levert als het ware een volledig overzicht op van wat er momenteel op het terrein loopt of wordt gepland. Een volgende stap is het openstellen van deze oefening voor verdere aanvullingen en commentaar door alle stakeholders in de jeugdhulpsector. Trouwens, ook daar werd consequent en om dezelfde reden beslist om de timing af te stemmen op de parlementaire bespreking van het ontwerp van decreet betreffende de integrale jeugdhulp. Het forum werd naar september verschoven om het parlementaire debat ten volle te laten spelen. Dat is belangrijk, ook voor deze oefening, want, zoals u ondertussen wellicht weet, leverde de Staten-Generaal Jeugdhulp een aantal duidelijke aanbevelingen, die duidelijk aan een aantal thema's kunnen worden opgehangen.

Het gaat dan over het tijdig kunnen aanbieden van adequate en gepaste antwoorden op hulpvragen, waarbij wordt uitgegaan van de hulpvraag of de hulpbehoefte van de personen tot wie we ons richten, en daar maximaal bij wordt aangesloten. Als daarbij verschillende vormen van jeugdhulp gelijkwaardig een antwoord kunnen bieden op een jeugdhulpvraag of jeugdhulpbehoefte, dan moeten we ons ertoe verplichten de minst ingrijpende vorm van jeugdhulp aan te bieden. Een ander principe is het hanteren van een krachtgerichte en

contextgerichte manier van werken, dus de eigen krachten maximaal inzetten in de context en die versterken. Vervolgens is er het inzetten op efficiënte en effectieve hulp. Er is het garanderen van de flexibiliteit en de continuïteit van de jeugdhulpverlening, met inbegrip van naadloze overgangen naar andere vormen van hulpverlening, in het bijzonder de overgang van jeugdhulp naar volwassenenhulpverlening. Er is het voorzien in een gepaste omgang met verontrustende situaties in de jeugdhulpverlening. Ook moet men kinderen, jongeren en gezinnen maximaal laten participeren aan de jeugdhulpverlening, en hun een duidelijke plaats geven in het uitwerken van het beleid. Ten slotte moet men een integrale aanpak realiseren bij het organiseren en het aanbieden van de jeugdhulpverlening.

Dat alles is aan bod gekomen in die Staten-Generaal Jeugdhulp. Dat zijn natuurlijk ook net de zaken die we met het ontwerp van decreet betreffende de integrale jeugdhulp willen verankeren. In die zin moet het ons ook sterken dat in die brede oefening van de Staten-Generaal Jeugdhulp de lijnen binnen dit ontwerp van decreet worden bevestigd.

We willen hier dus zeer duidelijk zijn. Het decreet kan en moet na vijftien jaar een belangrijke opstap zijn om alle inspanningen die we in de jeugdhulp leveren, te stroomlijnen en te consolideren. Het decreet Integrale Jeugdhulp is in die zin het noodzakelijke fundament om die initiatieven vaste voet aan de grond te geven.

De gevolgen van de zogenaamde communicatiestop kunnen worden herleid tot een minimum omdat de werkzaamheden snel zullen worden hervat in functie van de timing van de besprekingen in dit parlement. Op 8 maart werd al gecommuniceerd dat de opstart van de pilootregio Oost-Vlaanderen wordt uitgesteld tot 16 september 2013, opnieuw om dezelfde reden: om de parlementaire behandeling van het decreet niet te doorkruisen en om de evidente reden dat een goedgekeurde tekst nodig is om die pilootfase door te starten. Naar aanleiding van het debat over het decreet zullen wij kunnen spreken over de modaliteiten van die fase. Ook daar is uiteraard de tekst van het decreet niet onbelangrijk.

Ondanks dit uitstel, dat sommigen inderdaad ontgoochelt, moeten we ervan overtuigd zijn dat Vlaanderen voor een belangrijke opdracht en uitdaging staat die de toekomst van de jeugdhulpverlening grondig zal hertekenen. Het is daarom essentieel om het besluitvormingsproces en het parlement de nodige tijd te geven. Het resultaat moet een breed gedragen decreet zijn, dat daarna op een volwaardige manier zal worden uitgevoerd.

De voorzitter: Mevrouw Vogels heeft het woord.

Mevrouw Mieke Vogels: Minister, ik geloof u bijna. Ik neem u op uw woord dat we een grondige bespreking zullen voeren, ook over de lengte van de proefperiode.

Minister Jo Vandeurzen: Ik vind het jammer dat, nu er een keer wordt gewerkt rond intersectoraliteit, geïntegreerd en contextgericht beleid, enzovoort, de ondertoon van het voluntarisme van het parlement niet duidelijk is. Ook dat zullen we in dat debat grondig bespreken. Dit is een kwalitatieve stap, die hoe dan ook in het hulpverleningslandschap moet worden gezet.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de VAD-leerlingenbevraging naar alcohol-, tabaks- en drugsgebruik - 1130 (2012-2013)

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

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck: Minister, in de jaarlijkse leerlingenbevraging van de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) over het gebruik van alcohol en andere drugs bij jongeren in het secundair onderwijs, is een gunstige evolutie vast te stellen. De dalende trend in het middelenverbruik blijft zich verder doorzetten. Algemeen genomen kan worden gesteld dat jongeren steeds minder roken en minder alcohol consumeren. Als we de cijfers qua alcoholgebruik van naderbij bekijken, zien we ook dat jongeren op een oudere leeftijd zijn wanneer ze voor het eerst alcohol consumeren. Het cannabisgebruik daalt ook lichtjes, maar minder uitgesproken dan het tabak- en alcoholgebruik en minder stabiel.

Over het algemeen kunnen we stellen dat de verschillende preventiemiddelen hun doel niet voorbijschieten en wel degelijk een positief effect hebben. Toch is waakzaamheid geboden voor deze vatbare doelgroep en dienen er blijvende preventie-inspanningen te worden ondernomen in Vlaanderen, bijvoorbeeld op het gebied van sterke drank. Op het gebied van cannabisbestrijding hebt u dit al aangekondigd in december 2012.

De preventieve aanpak volgt uit het Vlaams actieplan inzake tabak, alcohol en drugs 2009-2015, waarbij het voorkomen van gezondheidsschade door middelenverbruik voor de Vlaamse Regering een topprioriteit blijft en waarbij men het groeipad van de middeleninvestering tracht aan te houden. In het verleden zijn er in deze commissie al discussies geweest over de inzet van middelen, de samenwerking tussen de verschillende niveaus en de meetbaarheid van een integraal, beleidsmatig preventiebeleid met persoonsgerichte en omgevingsgerichte strategieën.

Minister, hoe interpreteert u de laatste VAD-leerlingenbevraging inzake tabaks-, alcohol- en drugsgebruik? Op welke preventieve manier kunnen u en de Vlaamse werkgroep rond tabak, alcohol en drugs de dalende trend nog verder versterken en inspelen op nieuwe tendensen? Bent u tevreden over de samenwerking inzake preventie op de verschillende niveaus? Is hier vooruitgang geboekt? Kan de Vlaamse Regering het groeipad in middeleninvesteringen voor het Vlaams actieplan verder aanhouden en handhaven? Wat is de stand van zaken met betrekking tot het meetinstrument van het preventiebeleid waarin u wenste mee te stappen? Heeft dat beleid voldoende aandacht voor de investeringen in de geïntegreerde preventie?

De voorzitter: Mevrouw De Wachter heeft het woord.

Mevrouw Else De Wachter: Ik ben altijd voorstander geweest van het betrekken van de leerlingen in het onderwijs. Ik ben ervan overtuigd dat dit in het onderwijs een laagdrempelig gegeven is: je kunt er heel wat mensen en kinderen bereiken om dergelijke preventie- en sensibiliseringscampagnes te voeren. Op het terrein blijkt dat hierbij winst wordt geboekt.

Minister, zou het niet interessant kunnen zijn om de samenwerking met de VAD uit te breiden? Of gebeurt dit al? Vandaag konden wij in de media lezen dat er bij baby's een overmedicalisering is. Kunnen wij in dat kader een campagne opstarten? Kunnen wij samenwerken met Kind en Gezin om te sensibiliseren met betrekking tot de overmedicalisering van baby's? Er is veel overmedicalisering als het gaat over attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) en dergelijke. Kunnen wij met betrekking tot deze doelgroep een samenwerking starten met de VAD?

De voorzitter: De heer Gysbrechts heeft het woord.

De heer Peter Gysbrechts: Er wordt gezegd dat de jongeren dezer dagen minder roken. Ik durf dat te betwijfelen. Mijn persoonlijk gevoel is dat de jongeren zeker niet minder roken, dat ze zelfs het roken aan het hernemen zijn. Maar dat is een persoonlijke bedenking terzijde.

Minister, wat zijn de kritische factoren die geleid hebben tot een daling van het gebruik van alcohol en tabak? Ik stel deze vraag omdat we kunnen vaststellen dat de daling van het gebruik van cannabis minder uitgesproken is.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, ik was aangenaam verrast door deze cijfers. Indien de cijfers van dit onderzoek van de VAD anders zouden zijn geweest, zouden wij hier met grote

interpellaties hebben gestaan. Maar, minister, we moeten een en ander toch een beetje relativëren. Het is een momentopname, zoals elke enquête van de VAD bij jongeren in het secundair onderwijs. Uit andere gegevens die regelmatig worden bekendgemaakt, blijkt dat bij de oudere jeugd, de jongvolwassenen tot 25 of 30 jaar, de cijfers lichtelijk anders zijn. Daar zijn het drankgebruik en het gebruik van drugs aanzienlijk toegenomen. Dat is vorig weekend nog gebleken bij de cijfers die werden bekendgemaakt over de weekendongevallen in Antwerpen. Er is een daling van het aantal mensen die zijn betrapt op alcoholintoxicatie, maar er is wel een stijging van het aantal mensen die rijden onder de invloed van drugs.

Minister, om een volledig beeld te krijgen, zou het wel eens nuttig kunnen zijn om een bevraging te doen bij de categorie van jongeren tot 25 en 30 jaar. Bestaan er daartoe initiatieven? Ik vrees dat daar de resultaten anders zijn. Het is heel belangrijk om de preventiecampagnes op het terrein voort te zetten en misschien nog op te drijven.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: We kunnen voorzichtig positief zijn over de resultaten. We doen al meer dan twintig jaar aan preventie van tabak, alcohol en drugs bij jongeren. Een volgehouden, structurele langetermijninspanning is en blijft belangrijk. De conclusie van de gezondheidsconferentie en de krachtlijnen van het Vlaams actieplan blijven meer dan ooit overeind. We weten in grote lijnen wat er qua aanpak werkt en wat niet. We moeten de capaciteit op het terrein stapsgewijs verhogen om de effectieve methodieken nog meer en nog beter toe te passen en we moeten de opdrachten van organisaties beter op elkaar afstemmen.

Daarnaast, en dat is relatief nieuw, moeten we een degelijk en laagdrempelig aanbod aan vroege interventie voor jongeren uitbouwen. Daarnaast moeten we ook bekijken of en hoe we jongeren die roken, ertoe kunnen bewegen om te stoppen. We moeten meer en betere manieren hebben om aan preventie te doen bij jongeren van etnisch-culturele minderheden. Op dat gebied ronden we momenteel een pilootproject af, en we bekijken hoe we dit voortzetten.

Het Vlaams actieplan gaat over Vlaamse bevoegdheden. We mogen niet vergeten dat er ook op federaal niveau belangrijke maatregelen te nemen zijn. Het is de federale overheid die maatregelen kan nemen over bijvoorbeeld de prijzen van alcohol en tabak. Dat is een bijzonder effectieve maatregel gebleken om het gedrag van jongeren te beïnvloeden. Ook is er de blijvende inspanning om de aanbodsbeperkende maatregelen toe te passen: geen verkoop van alcohol of tabak aan min-16-jarigen. Er moet ook toezicht zijn op de maatregelen op het gebied van reclame en marketing.

De samenwerking is een complexere zaak. Er is binnen de Vlaamse werkgroep gewerkt aan een voorstel van samenwerkingsprotocol tussen de Vlaamse Gemeenschap, de provincies, de steden en de gemeenten. De uitwerking van de interne staatsvorming heeft dat allemaal wat on hold gezet. Maar ondertussen groeit het zicht op de contouren van wat kan en niet kan, en ik denk dat we met een aangepast dossier ook verder kunnen gaan in 2013.

Zowel bij tabak als bij alcohol en drugs vertrekken we vanuit een model met verschillende pijlers dat alle dimensies van preventie bespeelt: omgeving, individu, organisatie, regelgeving, interventie ... Deze visie is ook vastgelegd in het Vlaams actieplan, en de verschillende methodieken zijn op die leest geschoeid. Natuurlijk gaat het hier over een ideaal dat een serieus engagement en tijdsinvestering vraagt. Voor heel wat organisaties – scholen, jeugdbewegingen, lokale besturen ... – is zoiets op dit moment te hoog gegrepen en is het best mogelijk dat er aparte acties worden ondernomen. Dat is nog steeds waardevol en kan in een latere fase dienen als een introductie en een opstap naar een beleidsmatige aanpak.

Er bestaat niet echt een meetinstrument. We werken wel aan een uitwisselingsplatform dat informatie verzamelt over de activiteiten van verschillende preventieactoren. U vindt hierover meer informatie op de site van het agentschap Zorg en Gezondheid.

Mevrouw De Wachter, een samenwerking met Kind en Gezin rond overmedicalisering is niet echt een taak van de VAD. We zijn wel bereid om dat eens voor te leggen aan Kind en Gezin naar aanleiding van het bezoek aan de consultatiebureaus.

De inspanningen ten aanzien van deze problematiek zijn de laatste jaren gestaag gestegen. We zullen proberen om dit volume vol te houden. Dat is niet evident. We zien dat een volgehouden langetermijnaanpak wellicht een effect heeft. Dat is een reden te meer om dat op niveau te houden.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck: Minister, dank u voor uw antwoord. We moeten nog meer inzetten op preventie. We zijn goed op weg, maar we moeten nog een tandje bij steken.

De VAD staat ook kritisch tegenover de drugscontroles op school. Op 15 maart lasen we in De Standaard dat een secundaire technische school in Eeklo tweemaal per jaar aan drugspreventie doet bij de leerlingen, met de politie en drugshonden erbij.

U sprak zelf ook over een proefproject. Wanneer loopt dat ten einde en kan dat project gescreend worden?

Minister Jo Vandeurzen: Het gaat om een proefproject met allochtone jongeren.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Gwenny De Vroe tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de thuisbegeleiding voor personen met een handicap - 1131 (2012-2013)

De voorzitter: Mevrouw De Vroe heeft het woord.

Mevrouw Gwenny De Vroe: Voorzitter, minister, collega's, een dienst thuisbegeleiding begeleidt ouders die kinderen met een handicap thuis opvangen. De directies van die thuisbegeleidingsdiensten delen nu aan de ouders mee dat na anderhalf jaar de dienstverlening stopt en dat als ze er opnieuw gebruik van willen maken, ze opnieuw een aanvraag moeten indienen voor thuisbegeleiding, en bijgevolg op een nieuwe wachtlijst moeten gaan staan. Die wachtlijsten zouden, naar ik verneem, heel lang zijn. Dat impliceert dat ze gedurende lange tijd geen thuisbegeleiding ontvangen.

Minister, bevestigt u dat mensen die gebruik maken van de dienst thuisbegeleiding, nu systematisch na anderhalf jaar naar een wachtlijst worden verwezen? Hoe verzoent u die regeling met uw beleidsprincipe van de 'vermaatschappelijking van de zorg', waarbij ouders hun kinderen maximaal thuis moeten ondersteunen, maar nu blijkbaar beknot worden door een in sommige gevallen misschien te minimale thuisbegeleiding? Welke doelgroep komt volgens u nog in aanmerking voor thuisbegeleiding?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw De Vroe, de praktijk binnen de verschillende diensten thuisbegeleiding is op dat vlak niet gelijklopend. Er zijn diensten die ervoor opteren om na een zekere begeleidingsperiode in principe de begeleiding stop te zetten. Andere diensten zetten de begeleiding verder, eventueel met een lagere frequentie. De stopzetting kan zowel ingegeven zijn onder druk van de vraag van andere ouders als door pedagogische motieven, waarbij de dienst een al te grote begeleidingsafhankelijkheid wil vermijden. Alleszins is er geen richtlijn vanuit het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) dat begeleidingen na anderhalf jaar moeten worden stopgezet.

Daartegenover staat dat er wel nog een capaciteitstekort is binnen deze diensten, wat ook blijkt uit de centrale registratie van zorgvragen. Door de wijziging van de regelgeving, meer bepaald door de rechtstreekse toegankelijkheid erin te schuiven, wordt het gemakkelijker voor ouders om vlot toegang te krijgen tot deze ondersteuningsvorm, wat de vermaatschappelijking van de zorg zal versterken.

Voor 2014 zal er, net als in de voorgaande jaren, verder ingezet worden op rechtstreeks toegankelijke hulpverlening, wat moet leiden tot bijkomende capaciteitsverhoging.

Het denken in doelgroepen is voor het bepalen van de nood aan niet-rechtstreekse toegankelijke thuisbegeleiding geen goed spoor. De nood aan deze ondersteuningsvorm is afhankelijk van een samenspel van de aard en de ernst van de handicap en contextfactoren, zowel binnen als buiten het gezin.

Binnen de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening kan een dienst thuisbegeleiding een gezin gedurende de eerste twee jaar 48 begeleidingen bieden, en vanaf het derde jaar 12 begeleidingen per jaar. Indien het gedurende die eerste twee jaar duidelijk wordt dat het gezin wegens een aantal redenen na de twee jaar behoefte heeft aan een voortzetting van de meer intensieve begeleiding, is er voldoende tijd om de inschrijvingsprocedure bij het VAPH te doorlopen. Het is aan de diensten om dat vanuit hun deskundigheid samen met het gezin in begeleiding te bepalen. Zij hoeven daarbij geen twee jaar te wachten om de vraag te stellen.

Wat de bijdrage betreft, wordt er binnen thuisbegeleiding momenteel geen onderscheid gemaakt tussen de rechtstreeks en de niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening. Het VAPH geeft geen aanwijzingen aan de thuisbegeleidingsdiensten met betrekking tot de groep van kinderen en jongeren en hun gezinnen wat betreft het al dan niet gebruik maken van de niet-rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding, dus ook niet voor kinderen met ontwikkelingsstoornissen.

Het is aan de dienst thuisbegeleiding om uit te maken of er een handicap of een risico van handicap aanwezig is om iemand toe te laten tot de rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding. Het is aan de provinciale evaluatiecommissies om uit te maken of kinderen een voldoende grote ondersteuningsnood hebben om toegang te krijgen tot de niet-rechtstreeks toegankelijke hulpverlening. Die verschilt inhoudelijk niet van de rechtstreeks toegankelijke thuisbegeleiding. Ze verschilt wel wat de duur, de frequentie en de intensiteit van de ondersteuning betreft.

Diensten kunnen daarbij voor het rechtstreeks toegankelijke minder stringente criteria gebruiken dan de provinciale evaluatiecommissie (PEC). Dat heeft echter niets te maken met uitsluiting, maar wel met het bewaken van een goede inzet van middelen. Als er voldoende redenen zijn voor een (verlengde) intensieve begeleiding, dan zal dit kunnen via een PEC-procedure, dus via een inschrijvingsprocedure bij het VAPH. In andere gevallen kunnen gezinnen thuisbegeleiding krijgen, indien het aantal begeleidingen niet hoger is dan twaalf begeleidingen per jaar. Dat is dan de frequentie. De duur van één begeleiding is altijd beperkt tot een uur.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, het verheugt mij dat u aankondigt ook in 2014 te zullen blijven inzetten op de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening. Ik hoor op het terrein echter dat er wat problemen zijn met de wachtlijsten. Hebt u een zicht op de duur van die wachttijden?

Minister Jo Vandeurzen: Daar heb ik geen zicht op.

Mevrouw Marijke Dillen: Het is beperkt tot twaalf begeleidingen van één uur per jaar. Ik kan me voorstellen dat dat in de praktijk relatief weinig is. Ze zullen wel dankbaar zijn, maar het is toch relatief beperkt. Misschien moet eens nagekeken worden of dat niet kan worden uitgebreid.

Minister Jo Vandeurzen: Het past allemaal in de filosofie om de rechtstreekse toegankelijkheid te vergroten. De circulaire die we verstuurd hebben met het uitbreidingsbeleid 2013, geeft aan dat een stuk van de capaciteit mag worden ingezet voor de rechtstreekse toegankelijke hulpverlening. Met een aantal wijzigingen aan de besluiten over de thuisbegeleidingsdiensten zijn we er toch in geslaagd om op één jaar tijd duizend gezinnen meer te begeleiden dan voor de wijziging. Dat is toch een serieus aantal.

Als u een cijfer wilt hebben: op 31 december 2012 waren er 4470 actieve vragen voor thuisbegeleiding.

De voorzitter: Mevrouw De Vroe heeft het woord.

Mevrouw Gwenny De Vroe: Die maximumduur van twintig maanden, is die recent ingevoerd? Ik heb van mensen gehoord dat dat een spijtige zaak is, omdat zij er soms wat langer nood aan hebben.

Minister Jo Vandeurzen: Dat begrijp ik heel goed, maar de filosofie is: dit doe je zonder dat je ook nog maar het ticket 'toegang tot de handicapspecifieke hulpverlening' moet vragen aan de provinciale evaluatiecommissie. Dat kan rechtstreeks. Als je natuurlijk meer, langdurig en intensiever wilt, moet je in de procedure gaan zoals alle andere personen met een beperking die een handicapspecifieke vraag stellen.

De redenering is dat het een flexibilisering tot gevolg heeft, dat mensen niet die hele weg moeten afleggen. De voorzieningen kunnen daar ook op een heel flexibele manier mee omgaan. Het resultaat van de oefening is dat we zien dat het aantal zorgvragen dat kan worden ondersteund, toeneemt.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het sensibiliseren voor de gevaren van windpokken - 1111 (2012-2013)

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, collega's, de windpokken zijn een zeer besmettelijke kinderziekte, die vaak als heel onschuldig wordt aanzien, maar toch zeer ernstige gevolgen kan hebben. Tussen 1998 en 2007 stierven in Vlaanderen 193 mensen aan de complicaties van de windpokken. Opmerkelijk is dat het risico aanzienlijk toeneemt bij oudere kinderen en jongeren. Bij de leeftijdsgroep 0 tot 14 jaar sterven er jaarlijks 0,015 op 1000 personen aan de gevolgen van windpokken, maar vanaf 15 jaar stijgt dat cijfer naar 0,5 tot 0,6 per 1000 per jaar. Met andere woorden: de kans om te sterven aan de complicaties is ongeveer 40 keer groter.

Windpokken zijn ook zeer gevaarlijk voor pasgeborenen, wanneer hun moeder in de periode rond de bevalling de ziekte zou krijgen. We mogen ook niet over het hoofd zien dat, voor wie windpokken gehad heeft, er op termijn gevaren kunnen zijn, zoals de problematiek van herpes en het krijgen van zona, wat vooral voor oudere patiënten heel veel risico's inhoudt.

Minister, er bestaat een vaccin tegen windpokken, maar de Hoge Gezondheidsraad beveelt geen algemene vaccinatie aan. In andere landen, zoals de Verenigde Staten, Australië en Duitsland, is vaccinatie nochtans verplicht.

De bezorgdheid die ik hier vandaag wil formuleren, is dat veel mensen niet op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot vaccinatie. Nochtans kan dat zeer nuttig zijn in het kader van preventie. Minister, wat is uw standpunt betreffende de noodzaak om ouders en artsen te sensibiliseren voor de mogelijke gevaren van windpokken? Ik pleit voor alle duidelijkheid

niet voor een algemene vaccinatie op kosten van de gemeenschap. De budgettaire middelen zijn nu eenmaal beperkt. Mijn vraag is louter gericht op het aspect van de sensibilisering.

Veel jonge ouders zijn niet op de hoogte van de mogelijkheid tot vaccinatie. Denkt u niet dat het nuttig is om een preventiecampagne op te starten waarbij jonge ouders worden geïnformeerd over de risico's van windpokken en er tegelijk wordt gewezen op de mogelijkheid tot vaccinatie? Verplichte vaccinatie is niet opgenomen in het vaccinatieschema van Kind en Gezin. Heeft er overleg plaatsgehad met Kind en Gezin om te onderzoeken of die vaccinatie eventueel kan worden opgenomen in het vaccinatieschema?

Mevrouw Vera Van der Borgh: Mevrouw Dillen, ik heb overwogen om een gelijkaardige vraag in te dienen. Zoals u op het einde van uw betoog zei, moeten we, gezien de budgettaire mogelijkheden, een kosten-batenanalyse maken. Maar sensibilisering is op zich misschien wel nuttig.

Hebt u er zicht op, minister, of het bij de gevallen waar de windpokken een fatale afloop hadden, ging om kinderen die op dat moment in een verzwakte toestand waren? Zo ja, kunnen we overwegen om kinderen in een bepaalde situatie, die zich door een of ander feit in een verzwakte toestand bevinden, een vaccinatie te geven?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, binnenkort komen de gezondheidsdoelstelling en het bijhorende actieplan 'vaccinatie' naar de commissie. Dan zult u het gesprek daarover zeker ten gronde kunnen voeren.

Windpokken zijn een kinderziekte die meestal goedaardig verloopt, maar inderdaad ook ernstige complicaties kan hebben. Dat is evenwel erg uitzonderlijk. Er zijn mensen die met een sensibiliseringscampagne gestart zijn naar aanleiding van een sterfgeval bij een jong kind. Dat is ons bekend. Wij kunnen dat in die context uiteraard volledig begrijpen. Maar onze administratie geeft toch aan dat het volgens hen momenteel niet opportuun is om hierover halsoverkop een algemene sensibiliseringscampagne te voeren. Er zijn tal van ziektes die een groter risico op verwikkelingen en sterfte met zich meebrengen.

Voor het vaccinatiebeleid volg ik de wetenschappelijke adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Momenteel vindt de Hoge Gezondheidsraad het niet opportuun om een universele vaccinatie tegen windpokken op te nemen in de vaccinatiekalender. Enerzijds vreest men dat er dan eventueel minder gevaccineerd zou worden tegen mazelen, bof en rubella, waardoor de eliminatie van mazelen in de Europese regio in het gedrang zou komen. Anderzijds is het maar goed om te starten met een veralgemeende vaccinatie tegen windpokken als men er zeker van is op zeer korte termijn een zeer hoge vaccinatiegraad te hebben. Indien dat niet het geval is, zou de ziekte immers vaker voorkomen bij oudere kinderen, adolescenten en volwassenen, met veel meer risico op complicaties.

Ook over het mogelijke effect van deze vaccinatie op zona op oudere leeftijd zijn er wat bedenkingen geformuleerd, onder andere door het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Zona wordt immers door hetzelfde virus veroorzaakt.

Ik heb het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG) wel gevraagd om correcte informatie over windpokken en de vaccinatie ertegen op de website beschikbaar te stellen.

Voor het vaccinatieprogramma in Vlaanderen opteren we niet voor een verplichte vaccinatie, maar expliciet voor het realiseren van een vaccinatiedoelstelling, via correcte informatie aan de bevolking en door hen te overtuigen. De enige verplichte vaccinatie in België is die tegen polio. Dat berust op federale wetgeving. Kind en Gezin heeft ook geen eigen vaccinatieschema, maar implementeert het vaccinatieprogramma voor Vlaanderen.

In de consultatiebureaus van Kind en Gezin worden alle vaccins van het vaccinatieprogramma van Vlaanderen gratis aangeboden en daarnaast opteert Kind en Gezin ervoor om het rotavirusvaccin mee toe te dienen, dat niet in het aanbod van gratis vaccins zit,

maar wel is opgenomen in de aanbevolen vaccinatiekalender van de Hoge Gezondheidsraad. Het wordt op voorschrift aangekocht in de apotheek met een gedeeltelijke terugbetaling.

Het lijkt me momenteel het best om de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad te volgen. Het is voorlopig dus niet opportuun om een veralgemeende vaccinatie tegen windpokken aan te bevelen. Ik neem aan dat we daarover nog eens grondig kunnen spreken naar aanleiding van het actieplan dat we gaan voorleggen, maar op dit ogenblik is onze administratie van oordeel dat er geen extra overleg moet worden georganiseerd over dit thema.

Mevrouw Marijke Dillen: Dank u voor uw antwoord, minister. Ik heb er ook niet voor gepleit om dat halsoverkop te doen. We kunnen er misschien nog eens dieper op ingaan. Ik weet niet wanneer we dat plan mogen verwachten? (*Opmerkingen van minister Jo Vandeurzen*)

Voor de grote vakantie kunnen we in de commissie een debat voeren. Voorlopig hebben we een volle agenda, maar als het in mei wat rustiger wordt, kunnen we daaraan misschien eens een middag besteden.

U baseert zich op de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. Ik neem aan dat daar allemaal zeer verstandige wetenschappers in zitten, maar we kunnen er toch niet onderuit dat het in andere landen, die toch ook een goed gezondheidsbeleid hebben, zoals Australië of Duitsland, wel verplicht is. Misschien is het toch nuttig om na te kijken waarom het in Duitsland wel verplicht is en bij ons niet. Dat kan misschien uitgebreid aan bod komen naar aanleiding van de bespreking van het vaccinatieplan.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over mogelijke oorzaken van het verschil in kostprijs tussen VIPA- en niet-VIPA-projecten - 1202 (2012-2013)

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, u weet dat wij in de commissie bezig zijn met de bespreking van de resolutie betreffende de aanwending van de investeringssubsidies van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) voor woonzorgcentra. Vorige week hebben we in het parlement uitgebreide en nuttige hoorzittingen gehouden. Ik neem aan dat u daarvan een uitgebreid verslag hebt gekregen of dat u toch het verslag, dat altijd schitterend wordt opgesteld door de secretaris, met veel aandacht zult lezen.

Tijdens de hoorzittingen, minister, werd uitgebreid toelichting gegeven over de mogelijke oorzaken van het verschil in kostprijs tussen VIPA- en niet-VIPA-projecten. Enkele oorzaken die werden aangehaald waren: spaarzamer omgaan met eigen middelen en de economische wetmatigheid dat subsidies nooit volledig de consument bereiken. Ik belicht het niet volledig, want dat past niet in het kader van de vraag die ik wil stellen.

Heel merkwaardig vond ik wel dat ook de kunstwerken en de illegale afspraken werden aangehaald. De omvang van deze illegale afspraken zou hoog kunnen oplopen. Er werd tijdens de hoorzittingen een cijfer van 10 procent naar voren gebracht. Er werden ook bedenkingen geformuleerd bij de wijze waarop kunstwerken worden aangekocht. Minister, dat zijn behoorlijk zware uitspraken. Bent u op de hoogte van illegale afspraken? Hebt u een idee van de omvang hiervan? Ik heb al gezegd dat er werd gesproken over 10 procent. Wat is uw standpunt? Als u hiervan op de hoogte bent, hebt u dan al iets ondernomen om hiertegen op te treden?

Als u nog niet echt op de hoogte bent van deze praktijken, hebt u dan initiatieven genomen om onderzoek te laten uitvoeren naar het al dan niet bestaan van deze illegale afspraken? Zo ja, wat zijn de resultaten? Zo neen, waarom is dat nog niet gebeurd nu blijkt dat die praktijken bestaan?

De verplichting tot aanschaf van een kunstwerk in een VIPA-project kan ook leiden tot mogelijke illegale afspraken. Dat blijkt niet altijd heel veel te maken te hebben met echte 'kunst', maar eerder met een kunstenaar die gekend is bij de initiatiefnemer van een bepaald VIPA-project. Bent u hiervan op de hoogte? Wat is uw standpunt?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Dillen, neen, ik ben niet op de hoogte van illegale afspraken. Mocht ik dienaangaande wel over gefundeerde informatie beschikken, dan dien ik met die informatie naar de gerechtelijke instanties te stappen. Dat is overigens de verantwoordelijkheid van elke instantie die over dergelijke informatie zou beschikken.

Zoals u weet, dient elke aanvrager van VIPA-subsidies de wetgeving op de overheidsopdrachten te respecteren. Die regelgeving vormt de concrete invulling van het Europees regelgevend kader op dat vlak en is net bedoeld om de concurrentie op een objectieve wijze te laten spelen. Mijn administratie heeft dienaangaande nog geen illegale afspraken vastgesteld.

U stelt dat nu blijkt dat dergelijke praktijken bestaan. Indien u of misschien wie het hier is komen beweren, beschikt over gefundeerde informatie, dan moet u of de houder van die informatie uiteraard overwegen om klacht in te dienen bij de gerechtelijke instanties. Ook de bronnen waarover u zou beschikken hebben wellicht de verantwoordelijkheid om dat te doen.

Ik wil in deze context ook verwijzen naar een studie die op Europese schaal is uitgevoerd over 'Public Procurement in Europe', waar ook naar verwezen werd in de studie van professor Pacolet over VIPA, waarover vorige week een hoorzitting was. Een van de conclusies van die studie is: "We do not know whether this means that the public sector actually gets better value for money as a result." Laat staan dat de studie heeft aangetoond dat er illegale afspraken bestaan.

De problematiek overstijgt duidelijk het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Het staat u uiteraard vrij om vanuit dit Vlaams Parlement een initiatief te nemen, bijvoorbeeld naar uw collega's in het Europees Parlement.

Ik ben niet op de hoogte van illegale afspraken. Voor de toewijzing van de kunstenaar en de toewijzing van het kunstwerk is de wetgeving op de overheidsopdrachten niet van toepassing. Elk kunstwerk is immers een enige, unieke creatie en moet specifiek worden ontworpen voor een bepaalde infrastructuur. De opdrachtgever is vrij om te bepalen hoe hij te werk gaat. De kunstenaar dient wel daartoe opgeleid te zijn en heeft van zijn kunstcreaties zijn broodwinning gemaakt. Dat is de achtergrond.

Sowieso is het aan te raden om te werken met een jury en is het wenselijk om de opdracht zo nauwkeurig en concreet mogelijk te omschrijven. Dat zal later de keuze tussen de verschillende ontwerpen vereenvoudigen. Het omschrijven van de opdracht is een middel om de visie op de kunstopdracht scherper te stellen. De opdrachtformulering is zowel voor de kunstenaar als voor de jury een handig instrument: de kunstenaar vindt een concrete vraag en de noodzakelijke informatie, de jury vindt gegevens om een shortlist van kunstenaars op te stellen en een kader om de ingediende projecten te beoordelen. Dat staat ook zo vermeld op de website van VIPA.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, deze vraag is gebaseerd op de informatie die vorige week tijdens hoorzittingen naar boven is gekomen. Ik heb niet ergens een of ander dossier waaruit dat zou blijken. Dan zou het mijn plicht en mijn taak vanuit de oppositie zijn om dat

aan te kaarten. Meestal gebeuren dergelijke zaken – dat weet u heel goed, minister – met heel veel toeters en bellen.

Ik heb zelf geen kennis van heel concrete dossiers, maar ik vond het toch heel merkwaardige uitspraken, die minstens de moeite waard zijn om u daarover een vraag te stellen tot verheldering en verduidelijking. Ik denk toch, minister, dat het misschien zinvol is om eens te laten onderzoeken of die illegale afspraken bestaan. U bent er op dit ogenblik niet van op de hoogte, maar het is niet omdat u er hic et nunc niet van op de hoogte bent, dat het niet bestaat. Dat weet u ook.

Het is niet aan mij om een dergelijk onderzoek te doen. Ik zou niet weten op welke wijze ik toegang tot die dossiers zou krijgen. Ik voel me ook niet geroepen om die taak te vervullen. Maar voor u als bevoegde minister is het misschien toch eens interessant om te laten onderzoeken of die beschuldigingen juist zijn.

Minister Jo Vandeurzen: Misschien zal het uit het verslag van de bespreking blijken.

Mevrouw Vera Van der Borght: Dat zal inderdaad uit het verslag van de hoorzitting blijken. Maar, mevrouw Dillen, de persoon die dit heeft gesignaleerd, heeft duidelijk gesteld dat het probleem is dat het wel algemeen geweten is en in de wandelgangen leeft, maar dat niemand ertoe bereid is om dat te bevestigen of het op papier te zetten. Dat ga je met een studie ook niet naar boven brengen. Niemand gaat zeggen dat ze dat doen.

Minister Jo Vandeurzen: Het beste is om voor de selectie van de kunstwerken een jury aan te stellen.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, het ging niet alleen over de kunstwerken. Het ging over het totale project, van het beton in de kelder tot de dakpannen. De kunstwerken zijn er maar een aspect van.

Mevrouw Vera Van der Borght: Het ging over openbare aanbestedingen en afspraken die werden gemaakt, in een breed geheel.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de experimentele private projecten woon- en ondersteuningsgarantie - 1170 (2012-2013)

– *Mevrouw Marijke Dillen treedt als waarnemend voorzitter op.*

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Voorzitter, minister, collega's, een paar weken geleden nog hadden we het in deze commissie al over de twee experimentele projecten die in elke Vlaamse provincie zouden worden gelanceerd en waarbij private initiatiefnemers een kleinschalige residentie kunnen opstarten voor de opvang van personen met een handicap. Deze projecten passen in de bestemming van de middelen voor het uitbreidingsbeleid 2013 en koppelen woongarantie aan ondersteuningsgarantie.

Mijn vraag op 26 februari 2013 had betrekking op elementen die op de informatiemomenten waren meegedeeld en door belangstellenden, zowel ouders van personen met een handicap als organisaties en verenigingen uit de sector, werden ervaren als mogelijk onduidelijk of problematisch. In uw antwoord toen hebt u een aantal zaken kunnen uitklaren. Nu blijkt echter dat er zich een nieuw probleem voordoet.

Per provincie heeft het regionaal overleg gehandicaptensector (ROG) de opdracht om twee experimentele private woonondersteuningsprojecten te selecteren. In de omzendbrief van het

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) voor het uitbreidingsbeleid 2013 staat onder het luik koppeling woongarantie-ondersteuningsgarantie dat de stuurgroepen ROG worden uitgenodigd om tegen 1 maart 2013 deze twee projecten te gaan voorstellen aan het VAPH. Dat werd ook zo op de infomomenten in de provincies gecommuniceerd.

Wij hebben weet van initiatiefnemers die een project hebben uitgewerkt en ingediend bij het ROG in hun provincie, mooi binnen de termijn die vooropgesteld werd. Ik heb er geen probleem mee om te zeggen over wie het gaat. Het gaat over Huize De Graef, een residentie voor de opvang van personen met een handicap, gebouwd door ouders van een kind met een handicap, volledig met privékapitaal. Zij sloten voor het indienen van hun project een samenwerking af met Blijdorp, een door het VAPH erkend dienstverleningscentrum voor personen met een verstandelijke beperking. De beide zijn nota bene gevestigd in dezelfde gemeente, namelijk Buggenhout.

Nu kregen ze van de stuurgroep ROG in Oost-Vlaanderen als reactie op het indienen van hun projectfiche de melding dat er in laatste instantie nog nieuwe voorwaarden werden toegevoegd aan de checklist. Ik verneem intussen dat ROG's in andere provincies blijkbaar eveneens extra criteria voor de toekenning van de projecten hebben opgelegd. Een uitzondering is Vlaams-Brabant. Minister, met alle respect, maar hiermee wordt toch geen rechtszekerheid en betrouwbaarheid geboden aan kandidaat-initiatiefnemers. De extra opgelegde voorwaarden in Oost-Vlaanderen brengen het project van Huize De Graef en Blijdorp eigenlijk in een onvoorziene situatie, waarbij ze plotseling moeten bijsturen.

Een voorwaarde van het ROG in Oost-Vlaanderen is bijvoorbeeld: "De subsidiëring vanuit VAPH dient te volstaan. Subsidiëring vanuit andere hoek mag niet noodzakelijk zijn om het project financieel rond te krijgen." Ik vraag me echt af waarom die voorwaarde wordt opgelegd. Ik dacht dat het de bedoeling was om te leren uit deze experimentele projecten, en die niet in een keurslijf te dwingen. Waarom kunnen dergelijke projecten eventuele andere financieringsinkomsten niet in rekening brengen om hun werking te kunnen bolwerken?

Minister, hoeveel projecten werden er nu per provincie ingediend? Graag had ik een opsplitsing per provincie. Zijn er al projecten geselecteerd? Zo ja, welke? In hoeveel provincies hebben de ROG's extra criteria opgelegd? Waarom gebeurde dat niet in Vlaams-Brabant en in de andere provincies wel? Staat het de stuurgroepen van de ROG's in elke provincie vrij om dat zelf te bepalen? Hoe kwamen die bijkomende criteria per ROG tot stand? Moesten zij hierover verantwoording afleggen aan het VAPH of de goedkeuring van het VAPH krijgen? Welke bijkomende criteria werden er dan opgelegd? Hebben alle ROG's dezelfde bijkomende criteria opgelegd? Zo niet, welke werden er per provincie dan bijkomend opgelegd? Waarom werden die criteria nog in laatste instantie toegevoegd, na de indieningsdatum van 1 maart? Vindt u dat fatsoenlijk en getuigen van betrouwbaarheid en rechtszekerheid ten opzichte van de kandidaat-projectindieners?

– *Mevrouw Katrien Schryvers, voorzitter, treedt als voorzitter op.*

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Minister, ik wil me daarbij aansluiten. Ik heb een bijkomende vraag, over de timing. Een van de criteria voor de beoordeling van de projecten was de timing waarmee de projecten kunnen worden uitgevoerd. Ik begrijp dat dit een heel belangrijk aspect is, maar ik vind dat men ook moet kijken naar de kwaliteit van de projectaanvragen. Ik vraag me dus af hoe die beoordeling is gebeurd. Ik had begrepen dat men tegen het eind van dit jaar volledig klaar zou moeten zijn, maar als een project pas op 1 maart kan worden ingediend en het VAPH of de ROG's dat dan nog moeten beoordelen, met alles wat daarbij nog komt kijken, wanneer kunnen die initiatieven dan een antwoord krijgen? Dan moeten ze hun project nog rond krijgen tegen eind december. Dat vind ik compleet onrealistisch. Minister, hoe ziet u de timing van de diverse stappen in die projecten concreet, met de koppeling van

woongarantie en ondersteuningsgarantie? Dat men tegen 31 december volledig operationeel zou moeten kunnen zijn, lijkt me compleet onrealistisch.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Stevens, u hebt gelijk wat dat laatste betreft. We zullen bekijken hoe een en ander geleidelijk moet worden geïmplementeerd.

Mevrouw Van der Borgh, zoals u stelde, werd aan de ROG's gevraagd om tegen 1 maart 2013 twee kandidaat-projecten naar voren te schuiven. Gezien het korte tijdsbestek zijn op 14 maart slechts voor twee provincies de kandidaten reeds geselecteerd door de ROG's. In de andere provincies wordt de selectie in de loop van de komende weken afgerond.

Ik zal u nu de stand van zaken geven in de diverse provincies, op basis van de gegevens die de coördinatoren zorgregie van het VAPH ons hebben geleverd. Voor Antwerpen waren er vier kandidaten. Het voorstel is op 1 maart ingediend bij het VAPH. Voor Limburg waren er twee kandidaten. De beslissing van de stuurgroep is er op 26 maart. Voor Oost-Vlaanderen waren er zeven kandidaten. De beslissing van de stuurgroep ROG komt er op 20 maart. Voor Vlaams-Brabant waren er geen kandidaten. Er is dus geen dossier. Voor West-Vlaanderen waren er acht kandidaten. Het voorstel is ingediend op 12 maart bij het VAPH.

Op de bijeenkomst van de permanente cel zorgregie van 28 maart zal een advies worden gevraagd bij de door de ROG's geselecteerde projecten. Daarna wordt formeel beslist welke projecten kunnen starten. Het VAPH zal daartoe de ingediende fiches van de projecten beoordelen op basis van de criteria die in de omzendbrief werden meegedeeld. Vermoedelijk zullen de adviezen van de ROG's worden gevolgd. Dat is het meest waarschijnlijke scenario.

Ik kom tot uw volgende vraag. Voor het juiste begrip moeten we een onderscheid maken tussen twee fasen in de selectieprocedure zoals die in de ROG's is verlopen. De eerste fase is die van de omzendbrief over het inzetten van bijkomende middelen, met instructies over de indiening van twee projecten woongarantie-ondersteuningsgarantie per provincie. Die richtlijnen zijn verduidelijkt door het VAPH, op vraag van de ROG's. Deze richtlijnen zijn aan alle ROG's gegeven, op dezelfde wijze. Het gaat over richtlijnen gebaseerd op de vragen die door de diverse stuurgroepen van ROG's zijn gesteld aan het VAPH. Aan de hand daarvan konden de potentiële kandidaten aan het werk, om te overwegen of ze al dan niet een project zou indienen.

Dan is er de tweede fase. Uit de cijfers die ik u heb gegeven, blijkt dat het aantal kandidaat-projecten in de diverse provincies sterk uiteenliep: in Vlaams-Brabant en Brussel werd geen enkel project ingediend, terwijl in Oost-Vlaanderen moet worden gekozen uit zeven projecten, en in West-Vlaanderen uit acht projecten. Bij een eerste bevraging door het ROG bleken in Oost-Vlaanderen negentien projecten interesse te hebben. Uiteindelijk stelden zeventien projecten zich kandidaat, waarvan er zeven aan de criteria van de omzendbrief, dus in die eerste fase, voldeden. De tien andere projecten kunnen niet opstarten in de loop van 2013. Het tijdsargument is daar dus ook gebruikt. De ROG's die meerdere projecten hebben binnengekregen, moeten kunnen selecteren. Ze doen dat door de voorgestelde projecten te toetsen aan bijkomende elementen en zo de afweging te kunnen maken. Dat geldt ook voor het ROG van Oost-Vlaanderen. Tijdens een stuurgroepbijeenkomst heeft men bij dat ROG een methodiek uitgewerkt om de keuze voor de uiteindelijke twee projecten op een gedragen wijze te kunnen maken. Zoals u weet, bestaat de stuurgroep uit vertegenwoordigers van de gebruikersverenigingen, de VAPH-voorzieningen en de verwijzende instanties en het VAPH, ondersteund door het Coördinatiepunt Handicap. Door die samenstelling wordt gewaarborgd dat elk 'probleem' vanuit verschillende invalshoeken wordt bekeken. Omdat de stuurgroep het nodig achtte om een aantal beslissings- en afwegingscriteria te formuleren voor de kandidaturen definitief binnen waren, heeft men geoordeeld dat het best open en transparant over die criteria werd teruggekoppeld naar alle kandidaat-initiatiefnemers en alle leden van

het ROG. Op die manier kunnen kandidaten alle relevante informatie leveren, om de stuurgroep ROG in de mogelijkheid te stellen twee van de kandidaat-projecten te selecteren.

Deze manier van werken is vrij gelijkaardig in de diverse provincies. De nood om extra afwegingscriteria te hanteren, was grotendeels afhankelijk van het aantal kandidaat-projecten. Het ROG van Vlaams-Brabant en Brussel, bijvoorbeeld, had die afwegingselementen van de tweede fase helemaal niet nodig, aangezien er geen projecten waren ingediend. In de diverse ROG's werd vooral rekening gehouden met de betaalbaarheid, de bereikbaarheid, de toegankelijkheid in de breedste zin van het woord, het inclusieve karakter van de projecten enzovoort. Daarbij werden de principes gehanteerd die terug te vinden zijn in de nota Perspectief 2020. Een ander principe dat in diverse regio's als afwegingscriterium naar voren werd geschoven, is dat van de leefbaarheid van het project en de rechtszekerheid van de deelnemers. Hierbij moet de 'voorwaarde' van het ROG in Oost-Vlaanderen worden ondergebracht. Ik citeer: "De subsidiëring vanuit VAPH dient te volstaan. Subsidiëring vanuit andere hoek mag niet noodzakelijk zijn om het project financieel rond te krijgen." Dat is dus een criterium van de tweede fase, om een selectie te maken uit de projecten die voldeden aan de eerste criteria. Dat heeft te maken met leefbaarheid en rechtszekerheid. Om de aftoetsing en de uiteindelijke selectie te kunnen doen, werd met deze elementen door de coördinatoren Zorgregie rekening gehouden in de besprekingen op de verschillende ROG-stuurgroepen.

Een van de voorwaarden voor de implementatie was dat men moet kunnen opstarten. Op het moment dat het VAPH die beslissing neemt, ga ik ervan uit dat men zal bekijken in hoeverre dat haalbaar en realistisch is. Zodra die besluitvormingsprocedure is afgerond, kunnen we hier misschien eens een overzicht geven. Zo kunt u zich vergewissen van het feit dat men binnen de voorwaarden van de omzendbrief en de verduidelijking van het VAPH heeft geselecteerd.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Minister, dank u voor uw antwoord. U hebt een opsomming gegeven van de verschillende provincies, maar daar heb ik u niet goed begrepen. U zei dat er in Antwerpen vier kandidaturen zijn ingediend?

Minister Jo Vandeurzen: Het voorstel van het ROG Antwerpen is bij het VAPH ingediend.

Mevrouw Vera Van der Borgh: De volgende keer hebt u het over een beslissing.

Minister Jo Vandeurzen: Sommige ROG's zijn erin geslaagd om dat voor 1 maart over te maken aan het VAPH. Zij zullen de beslissing nemen op de vergadering van maart.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Ze waren dus allemaal ingediend voor 1 maart?

Minister Jo Vandeurzen: In Antwerpen waren er vier projecten. Het ROG Antwerpen heeft zijn advies overgemaakt aan het VAPH op 1 maart.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Die hebben dus geen bijkomende criteria meer gekregen?

Minister Jo Vandeurzen: Dat zeg ik niet. Vier kandidaten voldeden aan de basisvoorwaarden. Ze zullen natuurlijk ook argumenten hebben gebruikt om van vier naar twee te komen.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Moet ik daaruit besluiten dat al diegenen die meer dan twee projecten hadden, Antwerpen, Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen, bijkomende criteria hebben opgelegd om een keuze te kunnen maken? Vlaams-Brabant had geen projecten en Limburg had er maar twee, dat zal dus geen probleem zijn geweest.

Minister Jo Vandeurzen: Neen, mevrouw Van der Borgh. Als je er zeven of acht hebt, maar je kunt er maar twee kiezen, dan moet je toch kunnen objectiveren waarom je die twee projecten kiest en niet die andere vijf of zes. Daar heb je toch argumenten voor nodig. De logica van het debat is dat je zoekt naar objectieve elementen voor de selectie. Of je dat nu

expliciet of impliciet communiceert... Ik heb liever dat men het expliciet en transparant doet op basis van objectieve argumenten. Hoe moet je het anders doen? Met een lottrekking?

Mevrouw Vera Van der Borgh: U zegt dat we dat nodig hebben om een keuze te kunnen maken. Wil dat zeggen dat na de bijkomende criteria al die kandidaten nog konden voldoen?

Minister Jo Vandeurzen: Dat weten wij niet. Ik kan u daarover geen informatie geven. Er zijn meerdere projecten. Men moet beslissingen nemen. Ik kan mij voorstellen dat men in het ROG geprobeerd heeft om eerst een akkoord te maken over de criteria die moeten worden gebruikt om de selectie te maken. Ik begrijp wel dat sommige initiatiefnemers andersom redeneren. Maar ik denk niet dat dat de juiste manier van redeneren is. Men zoekt argumenten om een rangorde te maken. Die argumenten kunnen publiek worden gemaakt.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Wij nemen akte van die werkwijze. Maar dan ga ik in op de opmerking van mevrouw Stevens, ervan uitgaande dat men nog altijd opteerde om tegen het eind van het jaar de experimenten te kunnen realiseren. Dan zou een van de criteria kunnen zijn dat bepaalde projecten al zo goed als klaar zijn.

Minister Jo Vandeurzen: Ik moet daar niet over beslissen.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Minister, het gaat om projecten die u als minister lanceert. Ik neem aan dat u dit mee volgt. Ik ga ervan uit dat u met het VAPH overlegt als men bijkomende criteria geeft.

Minister Jo Vandeurzen: Het ROG neemt die beslissing.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Heeft het ROG daarover overlegd met het VAPH? U moet begrijpen dat het eigenaardig overkomt dat het ene ROG die criteria hanteert en een ander ROG andere criteria.

Minister Jo Vandeurzen: Als je de beslissing neemt om in functie van regionale verscheidenheid en noden die beslissing over te laten aan de drie regionale groepen en de vertegenwoordiger van het VAPH, is dat toch de consequentie? Iedereen heeft het over het terugtreden van de overheid en over de vraag van het terrein om meer mee te spelen. We kunnen het ook anders formuleren. Het is toch ongelooflijk positief dat er zoveel projecten klaar zijn om daaraan deel te nemen?

Mevrouw Vera Van der Borgh: Als Vlaams-Brabant geen projecten heeft, en er waren waarschijnlijk toch middelen uitgetrokken voor Vlaams-Brabant, kunnen die middelen dan niet worden toegekend aan andere projecten?

Minister Jo Vandeurzen: Dat debat zal worden gevoerd met het VAPH. Dat moet komen uit het contingent aan middelen dat beschikbaar is voor het uitbreidingsbeleid in die provincie.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Voor hetzelfde geld waren er in Vlaams-Brabant ook twee projecten en was het geld wel gebruikt.

Minister Jo Vandeurzen: De convenanten of de persoonlijke-assistentiebudgetten (PAB's) komen wel uit het contingent van die provincie.

Het zou toch buitengewoon interessant zien indien we aan de hand van de experimenten die ontstaan, eens kijken wat de dynamiek is op het terrein. U pleit zeer sterk voor ouders die initiatieven kunnen nemen. Oké, laat ons eens kijken hoe dat op het terrein gebeurt. Het is de eerste keer dat we dat mogelijk maken en kijk eens hoeveel projecten er zijn. Ik versta de frustratie van de indieners van de projecten die niet gekozen zijn. Maar de winst voor de samenleving is een cruciale factor. Dat moeten we als politici goed weten. De winst bestaat hierin: je geeft een garantie, maar je neemt een aantal mensen mee die niet prioritair te bemiddelen zijn. Daardoor creëer je meer capaciteit. Dat is toch de redenering die daarachter steekt. Mevrouw Van der Borgh, als dat blijkt te werken, dan zijn we toch een hele stap verder?

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Minister, als ik het goed begrijp, is het zo dat in de praktijk enkel de grote voorzieningen hun projecten kunnen waarmaken. Je kunt van kleine initiatiefnemers, zoals ouders of kleine vzw's, niet verwachten dat ze plots, op zes of zeven maanden tijd, alles klaar hebben. Grote voorzieningen hebben al in het kader van andere plannen misschien iets klaarliggen. Dat kunnen ze heel snel uitvoeren omdat zij al over de infrastructuur beschikken. Klopt dat? Of is dat een volledig foute visie? Of doen er zich tussen die kandidaten toch nog verrassingen voor?

Minister Jo Vandeurzen: Ik ken ze echt niet allemaal. Maar er zitten er zeker tussen die zijn ontstaan vanuit het initiatief van ouders, en die wel aan die voorwaarden voldoen.

Mevrouw Stevens, u hebt wel ten gronde gelijk. Als je dat wilt gebruiken als een formule, zullen we natuurlijk rechtszekerheid moeten geven op wat langere termijn. Zo kunnen mensen zich daarvoor engageren en er investeringen voor doen. Maar het feit dat diegenen die er nu zijn – en dat zijn er toch behoorlijk wat –, zeggen dat ze aan die voorwaarden kunnen voldoen, bewijst dat het kan. Het zijn niet allemaal voorzieningen. Uw voorbeeld gaat trouwens niet over een voorziening.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

■