



Vlaams
Parlement

vergadering **C240**
zittingsjaar 2014-2015

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 20 mei 2015

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Jo De Ro aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Onderwijs, en aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de implementatie van een nieuwe gehoorscreening – 2138 (2014-2015)	3
VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de inspecties binnen Vlaamse ziekenhuizen door de Vlaamse Zorginspectie – 2140 (2014-2015)	
VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Vlaamse Zorginspectie – 2143 (2014-2015)	5
VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van de studie van de Stichting Innovatie & Arbeid (StIA) over grensoverschrijdend gedrag op het werk – 2173 (2014-2015)	12
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Prisma-vragenlijst en de mantelzorgers – 2174 (2014-2015)	16
VRAAG OM UITLEG van Lies Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over Vlaamse kinderbijslagfondsen in Brussel – 2193 (2014-2015)	22

VRAAG OM UITLEG van Jo De Ro aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Onderwijs, en aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de implementatie van een nieuwe gehoorscreening – 2138 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Het antwoord wordt gegeven door minister Vandeurzen.

De heer De Ro heeft het woord.

De heer Jo De Ro (Open Vld): Het afgelopen jaar werd een nieuwe gehoorscreening getest in elf centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's) bij meer dan achtduizend scholieren van het vijfde leerjaar en het derde middelbaar. De nieuwe test, die de eerste tekenen van lawaaischade kan opsporen, werd zeer positief onthaald in de testperiode.

Al jaren worden scholieren gescreend als ze 4, 10 en 14 jaar zijn. Maar de klassieke gehoorscreening met een audiometer volstond niet om lawaaischade op te sporen. Daarnaast zijn er ook grote verschillen in de wijze waarop CLB's de audiometrische test afnemen. Idealiter gebeurt dat in een geluiddichte cabine, maar niet elk CLB heeft er zo een.

Daarom ontwikkelde de KU Leuven, op uw vraag, minister, een nieuwe, eenvoudige en vooral eenvormige methode, met name de spraak-in-ruis-test of SPIN. De test gebeurt op een tablet die verbonden is aan een koptelefoon. Leerlingen kunnen hem na enige uitleg vooraf zelfstandig uitvoeren.

De SPIN-test zal vanaf volgend jaar via de CLB's breed worden uitgerold voor alle 10- en 14-jarigen. Maar dit stuit nu op verzet van de koepel van de vrije CLB's, vooral om financiële en niet zo zeer inhoudelijke redenen, terwijl de investeringskosten echt niet zo hoog liggen. De CLB's moeten namelijk tablets en koptelefoons aankopen. Eén set kost 500 euro. Een klein CLB heeft er misschien twee nodig, een groot CLB tien. We spreken dus over een investering van 1000 tot 5000 euro.

Ondertussen heb ik zelf de test eens gedaan, niet met een tablet of speciaal aangekocht materiaal, maar gewoon met een goede koptelefoon en een pc. Dat hebben de meeste scholen intussen toch. Mij lijkt het – misschien is dat een bijkomend element – dat de investeringen niet eens zo hoog moeten zijn, aangezien de scholen al zoveel materiaal hebben aangekocht in de afgelopen jaren. De test is relatief eenvoudig uit te voeren op bestaand materiaal.

De bevoegde ministers hebben aangegeven dat ze in gesprek gaan met de CLB's om dit probleem aan te pakken. Wat is uw houding in dit dossier? Bent u als minister van Welzijn bereid om extra middelen vrij te maken indien nodig? Zult u ervoor zorgen dat de leeftijdsgrens van 4 jaar waarop een gehoorscreening nu wordt uitgevoerd, aan te passen naar 6 jaar, zoals de wetenschappers van de KU Leuven voorstellen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De standaard Gehoor is in wezen een optimalisatie van de bestaande gehoorscreening door de CLB's. De voorgestelde werkwijze biedt meer efficiëntie en kwaliteit tegenover de huidige aanpak. De test is gevoeliger. Er is geen continue aanwezigheid van een verpleegkundige noodzakelijk, aangezien de leerlingen de test zelfstandig kunnen afnemen. De test is makkelijker interpreteerbaar.

Er is voorzien in betere afstemming met de neonatale gehoorscreening door Kind en Gezin en de gehoorscreening bij werknemers door bedrijfsgezondheidsdiensten. In Vlaanderen nemen we met deze aanpak internationaal een belangrijke positie in op het vlak van gehoorscreening.

We keurden de standaard Gehoor die de Vlaamse Wetenschappelijke vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) ontwikkelde in onze opdracht, reeds goed in 2013, en deelden dit toen mee aan de toenmalige minister van Onderwijs. Daarbij hield ik rekening met de gedragenheid door de CLB-sector, die op meerdere momenten tijdens de ontwikkeling van de standaard geconsulteerd werd door de VWVJ.

Om een efficiënte implementatie van deze standaard in het schooljaar 2015-2016 voor te bereiden, heb ik ook de praktijktoets gefinancierd waar u naar verwijst. Die test heeft gelopen van december 2013 tot mei 2015. Resultaten en voornamelijk de leerpunten worden opgenomen in een draaiboek voor de implementatie door het CLB. Voor zover wij weten, zijn de CLB's vragende partij om een financiële tegemoetkoming te krijgen voor de implementatie van de gehoorscreening in de CLB-gehoortest.

De implementatie van toonaudiometrie bij risicokinderen in de eerste kleuterklas en bij alle kinderen in het eerste leerjaar vergt geen bijkomende investering. De directe kost bij de implementatie van de SPIN-test in het vijfde leerjaar basisonderwijs en het derde jaar secundair onderwijs betreft de aankoop van de SPIN-test. De meest recente prijzen zijn ongeveer 400 euro per set. Deze kosten zijn volgens onze raming op korte termijn terugverdiend, onder andere door het wegvallen van de noodzaak om audiometrisch jaarlijks te ijken wat ongeveer 180 euro per jaar per audiometer impliceert.

We subsidiëren de VWVJ voor het uitvoeren van de praktijktoets. Dat is voor ons 89.825 euro geweest. Voor de helft van de 74 CLB's is een deel van de benodigde onderzoekset al beschikbaar gesteld binnen dat kader. Binnen dezelfde subsidie is ook voorzien in onderhoud, technische ondersteuning en databeheer door de Research Group Experimental Oto-rhino-laryngology (ExpORL) van de KU Leuven tijdens het schooljaar 2015-2016. De VWVJ zal, in kader van de beheersovereenkomst 2012-2016, de implementatie van de standaard Gehoor ondersteunen, dat wil zeggen de opleidingen, een website met informatie enzovoort.

We onderzoeken momenteel, in overleg met het kabinet van de minister van Onderwijs, of een financiële incentive mogelijk is. Op korte termijn plannen we ook overleg daarover met de CLB's.

Een aanpassing van de leeftijdsgrens vergt een wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 3 juli 2009 tot vaststelling van de operationele doelstellingen van de CLB's, meer bepaald artikel 29, 4^o, e, en artikel 34. Ook dat zullen we eerst, samen met de collega van Onderwijs, bespreken met de CLB's.

De voorzitter: De heer De Ro heeft het woord.

De heer Jo De Ro (Open Vld): Minister, u hebt duidelijk gemaakt dat zelfs de kost die ik in mijn vraag gestopt had, nog te relativieren valt, door het feit dat een aantal kosten van de oude methode kunnen wegvallen. Zeker de ijking is een kost die jaarlijks genomen moest worden.

Vlaanderen heeft een heel lange traditie om jongeren en kinderen te testen op het gehoor en op gehoorschade. Onze CLB's en de vroegere PMS-centra (Psycho-Medische Sociale Centra) hebben daar baanbrekend werk in verricht. We mogen dat ook onderstrepen. Als de implementatie echter gemakkelijker zou moeten kunnen lukken dan wat sommige stemmen toen verklaard hebben, ga ik ervan

uit dat de gesprekken die u en uw collega voeren, tot een gehele uitrol van de nieuwe methoden zullen leiden.

Wij zitten in een regio waar muziek heel belangrijk is voor jongeren, met festivals en allerlei optredens. Op het vlak van Jeugd en Cultuur is er al geïnvesteerd in geluidsmeters, net om gehoorschade te beperken. Als we hier nu wetenschappelijk voor-sprong kunnen nemen op de rest van Europa, is dat misschien iets dat we kunnen exporteren en iets waarin we op medisch vlak een stapje voor kunnen zijn op de buurlanden en de andere Europese landen. Ik hoop dan ook dat de gesprekken die u met uw collega van Onderwijs voert, tot snelle resultaten zullen leiden.

Het is misschien goed, voorzitter, dat iedereen van de commissie eens naar www.testjegehoor.be surft. Een gewone hoofdtelefoon volstaat. Dan zul je zien dat wij met zijn allen eigenlijk veel beter horen, maar elkaar misschien niet altijd verstaan. Misschien kunnen we die test ook eens tussen meerderheid en oppositie doen, om te zien hoe ver we nog van elkaar gescheiden zijn.

De voorzitter: Dat kan misschien ook binnen de meerderheid, mijnheer De Ro. *(Gelach. Opmerkingen)*

De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de inspecties binnen Vlaamse ziekenhuizen door de Vlaamse Zorginspectie – 2140 (2014-2015)

VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Vlaamse Zorginspectie – 2143 (2014-2015)

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Mevrouw Caroline Croo (N-VA): Op 7 mei 2015 verschenen de verslagen van de inspecties die de Vlaamse Zorginspectie uitvoerde in diverse ziekenhuizen. Daaruit blijkt dat er verschillende lacunes zijn bij een op de vier geïnspecteerde ziekenhuizen. Ik som de belangrijkste pijnpunten op. Er zijn in de eerste plaats te weinig verpleegkundigen met de juiste kwalificaties bij sommige spoeddiensten of afdelingen intensieve zorg. Dat kan volgens de rapporten een ernstig risico inhouden voor de patiëntveiligheid. De handhygiëne laat in sommige ziekenhuizen ook te wensen over. Dat doet toch vragen rijzen, ondanks de vaststelling dat de sterftcijfers door de MRSA-bacterie (meticilline-resistente *Staphylococcus aureus*) dalen tot stabiel blijven in ziekenhuizen, behalve dan in de kleinere ziekenhuizen, volgens de verslagen van de Dienst van Milieu en Gezondheid en het Toezicht Volksgezondheid. Ook het contact met niet- of minder communicatieve patiënten kan beter. Ten slotte is er nog de controle op medicatie, wat opnieuw een pijnpunt is voor de patiëntveiligheid.

Minister, welke maatregelen zult u treffen om de verschillende knelpunten die voortvloeien uit de rapporten binnen uw bevoegdheid aan te pakken? Uit de rapporten blijkt dat sommige ziekenhuizen te weinig verplegend personeel hebben op sommige diensten. Hoe ziet u die vaststelling gepaard met het werk van de zorgambassadeur? Zullen er bijsturingen gebeuren in het actieplan 'Werk maken van werk in de zorgsector' om de lacunes op te vullen?

In meer dan de helft van de gecontroleerde ziekenhuizen werden problemen vastgesteld met de controle op de medicatie. Daardoor verhoogt het veiligheidsrisico

voor de patiënt. Hoe staat u tegenover die vaststelling? Welke maatregelen zult u nemen omdat in de toekomst te verbeteren?

U hebt in samenspraak met Europese en federale collega's, alsook in uw vorig beleid, voldoende preventieve maatregelen getroffen rond hygiëne om de opmars van de ziekenhuisbacterie in te dijken. U hebt samen met het agentschap Zorg en Gezondheid en de Zorginspectie in 2010 vaste richtlijnen opgesteld ter bestrijding van infectieziekten. Bent u van plan om de maatregelen opnieuw te verstrengen? De inspectie voert per jaar ongeveer vierduizend controles uit, die variëren van inhoudelijk tot financieel, volgens thema, na een klacht of volgens een toezichtsdomein. Een volledige inspectie is er volgens deze rapporten niet jaarlijks. Hoe staat u tegenover het principe om de frequentie van de controles op te drijven?

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen (sp.a): Mevrouw Croo heeft de context goed geschetst. De eerste achttien verslagen van de ziekenhuisinspecties leiden tot de volgende vaststellingen: te weinig personeel, problemen met medicatie, vergissingen waardoor patiënten complicaties oplopen die eigenlijk te voorkomen zijn. Men heeft ook gecontroleerd in welke mate ziekenhuizen al maatregelen nemen om risicovolle situaties te vermijden. Dat gaat dan over labeling. Daar kwam echter de vaststelling bij dat voor 62 procent van de gecontroleerde medicatie, toegediend via infuus of inspuiting, geen medische opdracht aan de verpleegkundigen werd teruggevonden. Dat loopt niet elke keer fout, maar het betekent uiteraard wel dat je daar een risico hebt.

Opvallend is dat men ervoor geopteerd heeft om die achttien verslagen nu al online te zetten, terwijl er nog zo'n zestig ziekenhuizen en negentig campussen te controleren vallen. Daar kan een goede uitleg voor zijn, maar dan zouden we beter ook de informatie en de ratio daarachter kennen.

Minister, wat is uw reactie op de inspectieverslagen en vooral op de pijnpunten die naar voren zijn gebracht door mevrouw Croo en mezelf? Kunt u toelichting geven bij de werkwijze van de Vlaamse Zorginspectie? Welke zoekstrategie hanteert de inspectie?

Hoe motiveert u de beslissing om de deelrapporten te publiceren? Wanneer zal het parlement over het volledige rapport beschikken?

Welke initiatieven zult u nemen om samen met de federale bevoegde minister deze rapporten te bespreken met het oog op een remediëringstraject? Het vaststellen van pijnpunten is één zaak, maar een remediëring hiervan is een andere zaak. Er is een maatschappelijk debat ontstaan naar aanleiding van de publicatie van deze rapporten. Is het de bedoeling dat over de remediëring op gelijkaardige wijze wordt gecommuniceerd? Er is natuurlijk het risico dat bepaalde ziekenhuizen een stigma krijgen en andere waarover nog niets is gepubliceerd, niet. Is er een mogelijkheid om aan publiek de verbeteringstrajecten te laten kennen?

Welke andere initiatieven of maatregelen acht u nodig?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, ik wil eerst iets in herinnering brengen over de manier waarop die inspectie verloopt en over het beleid waarin het moet worden gesitueerd.

In de loop van de vorige legislatuur is er een einde gekomen aan een nieuwe cyclus van inspecties door de Vlaamse Zorginspectie in de Vlaamse ziekenhuizen.

Op het einde van die cyclus heeft de zorginspectie zich de vraag gesteld hoe ze de volgende cyclus van inspecties zou organiseren. Op dat ogenblik hebben wij beslist om voor onze kernopdracht – het bewaken van kwaliteit – drie sporen te volgen. Het eerste spoor is dat de zorginspectie meer trajecten doorheen de ziekenhuizen gaat inspecteren. Ik zal dat seffens verduidelijken. Het tweede spoor is dat we bottom-up met de ziekenhuizen een project van kwaliteits-indicatoren gaan opstarten die we ook publiek gaan maken. Het derde spoor is dat we de ziekenhuizen gaan aanzetten, via een projectfinanciering gericht op de koepels, om vrijwillig in te stappen in een accreditatieoefening door een internationaal erkende accreditatieorganisatie. Wie dat laatste doet – en het overgrote deel van de Vlaamse ziekenhuizen doet dat –, krijgt een minder systemische inspectie vanuit de overheid.

Sinds enkele jaren wordt dus in de sector van de algemene ziekenhuizen een nieuw toezichtsmodel gehanteerd, dat in nauw overleg met de sector werd ontwikkeld. De zorginspectie inspecteert telkens een ander zorgtraject. Een traject is een route die een bepaalde groep patiënten aflegt binnen het ziekenhuis. Na een chirurgisch zorgtraject, met inspecties in 2013 en 2014, is dit jaar het internistisch zorgtraject aan de beurt. De aandacht gaat dus uit naar afdelingen die interne – niet-chirurgische – geneeskunde aanbieden, onder meer de spoedgevallendienst, de bloedtransfusie, intensieve zorgen, de apotheek en de medicatiebedeling, komen daarbij aan bod. Ook overgangsmomenten tussen afdelingen – bijvoorbeeld een patiënt die na de spoedgevallendienst op de dienst intensieve zorgen terecht komt – worden zo gecapteerd.

Bij de start van de inspectie van een zorgtraject selecteert de zorginspectie een aantal eisen uit een eisenkader dat de Vlaamse overheid, de ziekenhuissector en de beroepsgroepen samen ontwikkelen. Ook de initiële kaders zijn dus opgesteld in overleg met de sector. Het eisenkader bestaat uit de juridische normen en uit internationale richtlijnen en standaarden die van belang zijn voor de kwaliteit van de zorg. Het gaat dan bijvoorbeeld over hoeveel verpleegkundigen met welke opleiding en ervaring minstens aanwezig moeten zijn op een bepaalde afdeling, over de aanwezigheid van vervallen medicatie of over het gescheiden houden van vuil en proper materiaal.

De zorginspectie voert deze inspecties onaangekondigd uit en concentreert zich op de dagelijkse kwaliteit van zorg. Met andere woorden: leeft het ziekenhuis kwaliteitsnormen na in de praktijk? Vaststellingen gebeuren door gesprekken met medewerkers en patiënten, controles van zorgdossiers en observaties. De verslagen bundelen de vaststellingen in een aantal thema's zoals 'veilige omgeving', 'personeel', 'hygiëne' en 'communicatie'. Per thema zijn er knipperlichten vastgelegd. Knipperlichten zijn vaststellingen die een ernstig risico voor patiëntveiligheid inhouden. Het kan bijvoorbeeld gaan om een gebrekkige medische of verpleegkundige permanentie op spoed of met een patiënt met een foutief identificatiebandje op intensieve zorgen. De zorginspectie maakt een onderscheid tussen rode en oranje knipperlichten. Bij rood knipperlicht gebeurt er automatisch een nieuwe, onaangekondigde inspectie van het thema waarbinnen het knipperlicht werd vastgesteld. Oranje knipperlichten leiden tot een tweede inspectie wanneer er binnen eenzelfde thema twee of meer knipperlichten zijn. De inspectieverslagen geven de knipperlichten mee zodat het ziekenhuis gericht aan de slag kan met zijn verbeterpunten.

Dat is de systematiek. Bij rood knipperlicht komt er automatisch een nieuwe inspectie. Bij oranje knipperlicht wordt het ziekenhuis geacht aan de slag te gaan met de informatie. Als blijkt dat het ziekenhuis dat niet doet, gaat de informatie naar het agentschap Zorg en Gezondheid, dat een aantal maatregelen kan nemen.

De inspectieverslagen bundelen alle vaststellingen en zijn zo opgebouwd dat duiding wordt gegeven bij die vaststellingen. Er wordt uitgelegd hoe de inspecties

gebeuren, hoe het rapport moet worden gelezen en welke eis op welke manier werd geïnspecteerd.

Zodra alle inspecties afgerond zijn, zal Zorginspectie werk maken van een beleidsrapport waarin alle vaststellingen worden verzameld en geanalyseerd. Ook dat rapport zal begin 2016 te vinden zijn op de website van Zorginspectie.

Al bij de start van het nieuwe toezichtmodel werd met de sector afgesproken dat vanaf het tweede zorgtraject, het internistisch zorgtraject, de stap zou worden gezet naar de publicatie van inspectieverslagen door de overheid. Tijdens de vorige inspectieronde stimuleerde de overheid de ziekenhuizen om het inspectieverslag op de eigen ziekenhuiswebsite te publiceren. Meer dan de helft van de 56 geïnspecteerde ziekenhuizen gaf daar gevolg aan. Sommige publiceerden het verslag integraal, andere gaven duiding over de inspecties of over hoe ze de knelpunten wegwerkten. Een logische volgende stap is nu dat de overheid die verslagen zelf aanbiedt. Ze zijn trouwens ook voorwerp van een passieve openbaarheid van bestuur. In die zin is dit een evolutie die beter proactief wordt aangepakt. Door het op punt stellen van de leesbaarheid van die verslagen kan die stap nu worden gezet.

Maandelijks zullen de verslagen van de recentste inspecties worden toegevoegd. De overheid maakt zo werk van meer transparantie en informeert over haar eigen werking en over de vaststellingen die worden gedaan tijdens de inspectie. Het uiteindelijke doel is de zorg voor de patiënten verbeteren. Dit initiatief draagt daar in belangrijke mate toe bij.

Opnieuw in overleg met de sector is ervoor gekozen om niet te wachten met de actieve openbaarheid tot alle inspecties zijn uitgevoerd maar geleidelijk aan inspectieverslagen te publiceren. De informatie verkregen vanuit een momentopname die het inspectiebezoek omschrijft, zou immers in vele gevallen niet meer up-to-date zijn op het moment van de publicatie. Rond eind 2015 zullen de verslagen van alle ziekenhuizen online staan.

De inspectieverslagen van Zorginspectie bundelen de vaststellingen in een aantal thema's zoals veilige omgeving, personeel, hygiëne en communicatie. Per thema zijn knipperlichten vastgelegd. Knipperlichten zijn vaststellingen die een ernstig risico aan patiëntveiligheid inhouden. Bij een rood knipperlicht is er automatisch een onaangekondigde inspectie. Oranje knipperlichten leiden tot een tweede inspectie. Wanneer er binnen eenzelfde thema twee of meer knipperlichten zijn, staat er in de inspectieverslagen hoe het ziekenhuis daarmee aan de slag kan.

Omdat Zorginspectie nog aan het begin staat van de inspectieronde, werden een beperkt aantal inspectieverslagen gepubliceerd. Zodra alle inspecties afgerond zijn, zal Zorginspectie werk maken van een beleidsrapport waarin alle vaststellingen worden geanalyseerd. Op die manier ontstaat, zowel voor de sector als voor het beleid en de burger, een beeld van de sterke en de minder sterke punten van de Vlaamse ziekenhuizen in dit zorgtraject.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal het ziekenhuis waarover het inspectierapport risico's vermeldt, schriftelijke termijnen voorleggen binnen welke de tekorten moeten worden weggewerkt. De termijnen die worden opgelegd, houden rekening met het risicogehalte van de bemerking. Hoe groter het risico, hoe korter de termijn voor remediëring.

Er wordt een plan van aanpak gevraagd aan het ziekenhuis met de te volgen stappen en timing voor het wegwerken van tekortkomingen. De beleidsverantwoordelijken van het ziekenhuis kunnen ook worden uitgenodigd voor een gesprek waarin afspraken worden gemaakt over het wegwerken van tekortkomingen. Aan Zorginspectie kan gevraagd worden een bijkomend inspectiebezoek te doen

waarbij bepaalde aspecten van de zorgverlening in het ziekenhuis ter plaatse opnieuw worden nagekeken.

Indien de tekorten niet of onvoldoende worden weggewerkt binnen de termijn die de overheid stelt, beschikt het agentschap over een aantal wettelijke instrumenten waarin de regelgeving voorziet zoals de schorsing van de erkenning met als gevolg een tijdelijk verbod tot opname van nieuwe patiënten en de intrekking van de erkenning met als gevolg de sluiting van de betrokken erkende dienst. Daarnaast is het via het Kwaliteitsdecreet mogelijk om specifieke maatregelen op te leggen die het vastgestelde risico moeten wegnemen en de veiligheid van de patiënt moeten herstellen.

Momenteel staat Zorginspectie nog aan het begin van de inspectieronde. Zodra alle inspecties afgerond zijn, zal er een beleidsrapportering volgen.

De Vlaamse overheid heeft de bevoegdheid om de kwaliteit in de Vlaamse ziekenhuizen te controleren en bij te sturen. Om de kwaliteitscyclus te sluiten, is een terugkoppeling aan de bevoegde regelgevende overheid wenselijk. Voor de meeste normen is de Vlaamse overheid sinds 1 juli 2014 bevoegd geworden. Het remediëringsplan zal met het ziekenhuis in kwestie worden uitgewerkt. Het agentschap Zorg en Gezondheid zal het ziekenhuis waarover het inspectierapport risico's vermeldt, schriftelijk termijnen voorleggen binnen welke de tekorten moeten worden weggewerkt. Hoe groter het risico, hoe korter de termijn voor remediëring.

De evolutie van het aantal verpleegkundigen in Vlaanderen is bijzonder hoopgevend, evenals het aantal verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de intensieve zorg en spoedgevallen-zorg. In de jaarstatistieken over de beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen in België vinden we een aantal gegevens terug: een stijging van het aantal actieve verpleegkundigen in Vlaanderen met 3074 in 2013 en met 3133 in 2014. Dat is een stijging van meer dan 3 procent. Op 31 december 2014 hadden 20.063 verpleegkundigen in België een bijzondere beroepstitel. 9955 verpleegkundigen hebben een bijzondere beroepstitel spoed en intensieve zorgen en vormen dus bijna de helft van alle verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel. 58 procent van deze groep is werkzaam in Vlaanderen.

Het aantal verpleegkundigen steeg de afgelopen jaren dus stevig in Vlaanderen, evenals het aantal verpleegkundigen met een bijzondere beroepstitel spoed en intensieve zorgen. De instroom in het verpleegkundig onderwijs heeft dit jaar opnieuw een historisch hoogtepunt bereikt, met 16.962 studenten verpleegkunde, waarvan er 8724 de bacheloropleiding volgen. Ondanks deze stevige stijgende tendens zijn er tussen de provincies wel lokale verschillen vast te stellen, evenals tussen ziekenhuizen. Er zijn provincies waar het aantal verpleegkundigen hoger ligt dan in andere provincies. Zo scoort Vlaams-Brabant bijvoorbeeld lager dan Limburg of West-Vlaanderen. De studie RN4CAST (Registered Nurse Forecasting), die al een tijdje geleden publiek is gemaakt, heeft aangetoond dat er ook verschillen zijn tussen individuele ziekenhuizen. Dat is een heel interessante studie, een internationale studie waaraan België heeft meegedaan. Er blijkt heel duidelijk uit dat een van de grootste kritische succesfactoren die bepalen of een ziekenhuis in staat is om het juiste personeel aan te trekken, de reputatie van het ziekenhuis is, en het personeelsbeleid van het ziekenhuis. Veel meer dan campagnes zijn het de mond-tot-mondreclame en de manier waarop het eigen HR-beleid wordt georganiseerd, die van een ziekenhuis al dan niet een magneetziekenhuis maken.

In het actieplan 3.0 wordt onverminderd ingezet op de instroom van jongeren en zijinstromers in de zorgopleidingen. De verpleegkunde blijft in deze acties altijd het speerpunt. Het actieplan 3.0 legt daarenboven ook het accent op het verhogen van

het aantal studenten met veel potentieel. Dat is nodig en noodzakelijk om de kwaliteit van de dienstverlening te blijven garanderen en om het aantal verpleegkundigen met bijzondere beroepstitel voldoende hoog te houden.

Medicatie distributie in de ruime zin van het woord moet inderdaad nauwlettend en continu worden opgevolgd. Dat is ook steeds een aandachtspunt geweest van de Vlaamse overheid. Bij het eerste Vlaamse kwaliteitsdecreet was het een thema waarop de ziekenhuizen werden getoetst en waaraan de voorzieningen actief moesten werken, om de kwaliteit ervan te verhogen. De medicatie distributie is echter een zeer intensief gegeven, waaraan vele mensenhanden te pas komen, ondanks de digitalisering. Dit kan op de verschillende niveaus aanleiding geven tot fouten. In het nieuwe model van toezicht op de ziekenhuizen wordt de keuze van onderwerpen voor de inspectieronde van het volgende zorgtraject mee bepaald door inspectievaststellingen van het vorige zorgtraject. Medicatie distributie werd reeds bij het eerste zorgtraject als thema opgenomen. Het is mogelijk dat dit onderwerp ook in het volgende zorgtraject opnieuw aan de orde is. Verder moeten we vermelden dat op de eerste plaats de ziekenhuizen voordeel hebben bij het correct omgaan met medicatie. In die zin is het publiceren van de resultaten van de inspecties een zeer grote stimulans om de eigen werking te verbeteren. Binnen het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) werd de indicator uitgewerkt met betrekking tot het geneesmiddelenvoorschrift. Het werken met kwaliteitsindicatoren moet ziekenhuizen stimuleren om verder werk te maken van kwaliteitsverbetering. Het geeft hun de mogelijkheid om de resultaten op te volgen, en de kans om de eigen resultaten te vergelijken met die van andere ziekenhuizen. Daardoor kunnen ze lessen leren van andere ziekenhuizen die meer optimale resultaten behalen. Op dit ogenblik is de laatste fase van het validatieproces van de indicator geneesmiddelenvoorschrift bezig. Kort na de release van de centrale website zullen ook de resultaten van die indicator online worden geplaatst.

Het eisenkader voor de chirurgische en internistische zorgtrajecten werd opgesteld door het Agentschap Zorg en Gezondheid, met name de afdeling Gespecialiseerde Zorg, met input vanuit de afdeling Preventie voor de items betreffende de ziekenhuishygiëne. Uit dit eisenkader selecteerde Zorginspectie een aantal eisen, die via onaangekondigde inspectiebezoeken worden getoetst. Daarnaast wordt, om het hoofd te bieden aan het toenemende probleem van uitbraken van multidrugresistente organismen in ziekenhuizen en andere zorginstellingen, zoals woonzorgcentra, in de schoot van het Agentschap Zorg en Gezondheid een Outbreak Support Team opgericht en geoperationaliseerd. De Vlaamse Regering nam dienaangaande op 1 april 2015 de beslissing om twee personeelsleden aan te werven. De oprichting van het Outbreak Support Team past in het nationale plan dat bestaat met betrekking tot de strijd tegen multidrugresistente micro-organismen. Bij de begeleiding van dergelijke uitbraken wordt onder andere heel sterk gefocust op thema's zoals handhygiëne en omgevingshygiëne.

Ik concludeer kort. Kwaliteit in ziekenhuizen is dus een verhaal van meerdere sporen. U moet dus het geheel bekijken van de nieuwe aanpak van Zorginspectie, het VIP²-project en de accreditatie. We hebben, in overleg met de sector, resoluut gekozen voor transparantie en publicatie. Een dergelijke dynamiek moet, misschien meer dan een dynamiek van nieuwe regels, specifieke regels, nog meer regels, ook helpen bij het bekijken hoe men een geïntegreerd kwaliteitsbeleid kan voeren. We menen dat dit eigenlijk wel een goede dynamiek is voor de Vlaamse ziekenhuizen. Onze ziekenhuizen werken daar ook zeer actief aan mee.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Mevrouw Caroline Croo (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Die transparantie en publicatie zetten ziekenhuizen er inderdaad toe aan om zelf de

verantwoordelijkheid op te nemen voor het toedienen van goede zorg aan de patiënten. Er blijft echter nog altijd het tekort aan verpleegkundigen. Er mogen nu dan wel meer mensen beginnen aan de opleiding verpleegkunde, of die tot een goed einde brengen, de vraag is of er voldoende budgetten zullen zijn in de ziekenhuizen om hen ook in dienst te nemen, zodat die zorg en die kwaliteit kunnen worden nagestreefd. Ik vraag me ook af of het in ziekenhuizen, zoals in bepaalde woonzorgcentra, ook al verplicht is om de medicatie te laten individualiseren per patiënt, via robotsystemen, en of er hierover ook richtlijnen zijn.

De hygiëne lijkt me een aandachtspunt te blijven in alle ziekenhuizen, zowel voor de patiënten en de bezoekers als voor de verpleegkundigen en de artsen zelf.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen (sp.a): Minister, ik dank u op mijn beurt voor het antwoord. Kwaliteitszorg is uiteraard een must. Kritisch kijken naar de eigen werking en, op hoger niveau, naar de werking van een sector in onze regio, zou een troef kunnen zijn. Je bent nog niet aan het einde van wat het opbouwen van een cultuur ter zake zou moeten zijn, waarbij het kritisch reflecteren en het vaststellen van verbeterpunten, niet noodzakelijk een probleem hoeft te zijn, als je er maar een goede oplossing aan biedt.

Ik maak me in die zin wel een beetje zorgen over de communicatie die er is gebeurd. Door het feit dat men zestien rapporten tegelijk heeft gepubliceerd, was er plotseling een rimpeling in het water, was er enige deining en ontstond een bepaald beeld over de ziekenhuizen in Vlaanderen. Ik maak me wat zorgen over de kwetsbaarheid van de voorlopers. Het zal misschien aanbeveling verdienen om één per één die rapporten te gaan publiceren zodat iedereen er gewoon aan wordt dat dit gebeurt en dat men ook vanuit het ziekenhuis duiding kan geven bij die rapporten en bij de maatregelen die men heeft genomen.

U zegt dat er naar het einde van deze cyclus begin 2016 een beleidsrapport zal zijn. Zijn er op basis van de vaststellingen die nu gebeurd zijn – er was geen gebrek aan duidelijkheid – al zaken die men nu al ziet? Want waarom zouden we wachten als we nu al een aantal zaken kunnen bijsturen?

Het is goed dat men trajecten bekijkt. Het is ook goed dat men in een cyclus werkt waarbij de vaststellingen van de ene cyclus leiden tot de strategie van de volgende. Belangrijk daarbij lijkt me of we inzake accreditatie ook stappen verder kunnen zetten. Het is eigenlijk begonnen als een pilootproject. U hebt gezien dat gaandeweg meer ziekenhuizen, ik denk nu zelfs allemaal, in het project kwaliteitszorg en het project subsidieaccreditatie zijn gestapt, maar je zou ook het niveau waarop geaccrediteerd wordt, kunnen verhogen. Dat is een vorm van zelfregulering die maakt dat de inspectie gericht en ambitieuzer zou kunnen gebeuren in plaats van op het basale niveau.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik trap een open deur in als ik zeg dat de financiering van ziekenhuizen tot nader order nog altijd een federale materie is.

Van het publiceren van die rapporten kan je niet zomaar zeggen dat we dat wel of niet gaan doen, dat heeft een zekere dynamiek. Zoals gezegd, ze zijn in ieder geval voorwerp van de passieve openbaarheid van bestuur. Je weet gewoon dat als bepaalde media die rapporten vragen, die ook zullen moeten worden gegeven. Dan is het traject van kwaliteit dat we met de sector volgen, er eentje waarbij we zeggen dat we vanuit de analyse die we samen maken, we gaan voor een meer proactieve benadering en zorgen dat die rapporten wat kwaliteit betreft leesbaar

en gevalideerd zijn. Die gaan natuurlijk eerst naar het ziekenhuis om een reactie te krijgen. Ik denk dat dat een beter verhaal is.

Het is zeer goed met de sector afgesproken om een eerste pakket online te zetten. Wachten was geen echte optie want sommige mensen wilden ze krijgen. Dan is het beter om dat proces op een goede manier te laten verlopen. Dat is een van de redenen waarom er zo snel een aantal reacties in de kranten stonden. Er waren er een aantal die al een tijdje aan het zeggen waren dat ze die rapporten wilden hebben. Dan moet je kijken hoe je dat het best correct doet, zowel ten aanzien van de media als van de betrokken ziekenhuizen.

Wat daar aan remediëring uit komt, moet op het niveau van het ziekenhuis worden aangepakt. Als je een echte beleidsconclusie wilt, moet je de discipline opbrengen om het geheel te zien. Nu zijn het vaak zaken die te maken hebben met de situatie in de ziekenhuizen. Zoals u terecht hebt gezegd, zijn het zaken die te maken hebben met de manier waarop 'patient safety' een issue is in dat ziekenhuis enzovoort.

U hebt het over accreditering en de upgradering, als ik u zo mag begrijpen. Ik denk niet dat u dat zo moet zien. De accreditatie is eigenlijk meer een proces van het aansporen en het organiseren van een incentive om voortdurend met kwaliteit bezig te zijn. Dit is het niet: u bent nu geaccrediteerd, u bent geslaagd in het examen, en rust nu maar op uw lauweren. Die volgende accreditatieoefeningen gaan op zichzelf al een hoger niveau ambiëren. Dat is op zichzelf al een soort leerproces. Je krijgt een accreditatie met werkpunten. Bij een volgende gelegenheid gaat men ervan uit dat men ook uw evolutie in uw kwaliteitsdenken kan vaststellen. Het is niet telkens eenzelfde soort verhaal, maar het is een soort inschatting van de manier waarop de organisatie met het thema op een zorgvuldige manier bezig is. Dat is een goed proces.

We krijgen echo's, ook van geneesheren, dat sommigen dat een zeer zwaar en arbeidsintensief proces vinden. Het is geen oefeningetje dat je tussen de soep en de patatten organiseert. Dat is een zeer complexe en grote oefening. We moeten eigenlijk al enorm dankbaar zijn dat zoveel ziekenhuizen daar vrijwillig in gestapt zijn. Naarmate dat proces tot een meer gangbare aanpak behoort, zal duidelijk worden dat die accreditatieorganisaties ook nieuwe 'state of the art'-inzichten gaan gebruiken om die oefening te doen.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van de studie van de Stichting Innovatie & Arbeid (StIA) over grensoverschrijdend gedrag op het werk – 2173 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers (CD&V): Minister, collega's, de Stichting Innovatie & Arbeid (StIA) van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV) deed op basis van de werkbaarheidsmonitor 2013 een analyse naar omvang, risico's en impact op het welzijn en de gezondheid van werknemers. Uit het rapport, 'Grensoverschrijdend gedrag op het werk', blijkt dat één op de zeven mensen de afgelopen twaalf maanden op het werk wel eens werd geconfronteerd met een of meerdere vormen van lichamelijk geweld, ongewenst seksueel gedrag of pestgedrag. Dat is 14 procent van alle werknemers in Vlaanderen. Zowel collega's en leidinggevenden als klanten, patiënten, leerlingen of passagiers kunnen dader zijn.

Ik stel hier mijn vraag omdat uit die studie blijkt dat vrouwen en werknemers met een zorgberoep een hoger risico lopen om blootgesteld te worden aan grensoverschrijdend gedrag. Bij de zorgmedewerkers werden bijna drie op de tien slachtoffer. Dit hoge cijfer is, aldus de StIA, vooral toe te schrijven aan het feit dat zij, veel meer dan anderen, persoonlijk geconfronteerd worden met lichamelijk geweld en ongewenst seksueel gedrag. Hierbij is het waarschijnlijk belangrijk om in het achterhoofd te houden dat omgaan met mensen met een bepaalde problematiek die bijzonder gedrag in de hand kan werken, behoort tot het wezen van een job in de zorgsector, of het nu gaat om ouderenzorg, jeugdzorg, zorg voor mensen met psychologische en psychiatrische problemen enzovoort.

Het viel me vooral op dat het hoogste percentage slachtoffers van grensoverschrijdend gedrag werd gevonden in de sector van de jeugdbijstand, de gehandicaptenzorg en het welzijnswerk, namelijk 31,8 procent. Ook in ziekenhuizen en in rusthuizen liggen de percentages hoog. De StIA vindt het niet toevallig dat het gaat om sectoren waar het interpersoonlijk contact een belangrijk deel uitmaakt van de taken van de werknemers. Vooral het hoger aandeel van werknemers die slachtoffer werden van lichamelijk geweld, is in deze sectoren verantwoordelijk voor de hogere cijfers. Ten opzichte van een gemiddelde van 4,6 procent voor de volledige populatie gaat het in de sector van jeugdbijstand, gehandicaptenzorg en welzijnswerk om 27,7 procent. Voor ongewenst seksueel gedrag worden ook hoge cijfers opgetekend in de gezins- en bejaardenhulp: 5,8 procent.

Deze cijfers blijven niet zonder gevolgen. Het aandeel werknemers dat vaak door ziekte afwezig was, is bij werknemers die het slachtoffer werden van grensoverschrijdend gedrag dubbel of zelfs meer dan dubbel zo groot: 14,1 procent tegenover 6,8 procent. Hetzelfde geldt voor werknemers die een andere job zoeken: 17,7 procent tegenover 7,5 procent, en werknemers die gedemotiveerd zijn: 31,1 procent tegenover 15,9 procent. Bijna de helft van de werknemers die slachtoffer werden van grensoverschrijdend gedrag is problematisch psychisch vermoeid. Bij de andere werknemers is dat 26,1 procent. Meer dan de helft van de slachtoffers van grensoverschrijdend gedrag op het werk acht het niet haalbaar om de huidige job tot het pensioen uit te voeren. Bij de andere werknemers is dat ongeveer één op drie.

Sinds 1 januari 2015 zijn gezondheids- en woonzorgvoorzieningen verplicht een beleid uit te stippelen inzake seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen gebruikers onderling, alsook tussen gebruikers en zorgpersoneel. Er moet een procedure zijn voor de preventie en de detectie van en gepaste reacties op seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van de gebruikers. Elk voorval moet worden gemeld aan het agentschap Zorg en Gezondheid. Dat volgt de meldingen op, in die zin dat het de maatregelen bij de directie opvraagt opdat dergelijke feiten in de toekomst vermeden kunnen worden en om zich te vergewissen van een kwaliteitsvolle begeleiding voor de slachtoffers en alle betrokkenen. Zo antwoordde u, minister, op een schriftelijke vraag van mevrouw Lies Jans.

Minister, welke conclusies trekt u uit de studie van de StIA over grensoverschrijdend gedrag op het werk, meer bepaald met betrekking tot het zorgpersoneel? Een duidelijk beleid met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag tussen gebruikers onderling en tussen zorgpersoneel en gebruikers is van groot belang. Hier werd de voorbije jaren ook werk van gemaakt. Hoe kan ook een geëigend beleid gevoerd worden met betrekking tot grensoverschrijdend gedrag van gebruikers ten aanzien van het zorgpersoneel?

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

De heer Jan Bertels (sp.a): Het gaat hier om een periodieke monitoring. De cijfers zijn beter dan in 2010. Dat is goed. Minister, weet u welke maatregelen

hebben gewerkt? Kunnen we verder gaan op die weg? Kennen we de oorzaken van de verbetering?

Er is nog een duidelijk genderverschil: vrouwen zijn nog meer het slachtoffer. Weet u wat daarvan de redenen zouden kunnen zijn en waarom de maatregelen daar minder goed zouden kunnen hebben gewerkt ?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Mevrouw Freya Saeys (Open Vld): Wij kunnen ons hier enkel maar bij aansluiten. Grensoverschrijdend gedrag is in de welzijnssector een groter probleem, net omdat er interpersoonlijk contact is. Dat maakt dat de voorzieningen en de overheid nog meer aandacht moeten hebben voor die problematiek, niet het minst in het kader van een retentiebeleid. Daarom vind ik dit een goede vraag van mevrouw Schryvers.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, op basis van deze studie is één conclusie duidelijk: ook voor het personeel van de zorg- en welzijnssector is het risico reëel dat het te maken krijgt met grensoverschrijdend gedrag. De studie doet ons bovendien extra beseffen dat iedereen in de zorg- en welzijnssector het slachtoffer kan zijn van grensoverschrijdend gedrag. We denken intuïtief snel aan de gebruiker of patiënt als mogelijk slachtoffer, maar deze studie toont aan dat ook de zorg- en hulpverlener zelf slachtoffer kan zijn.

De studie bevestigt dan ook het belang dat we onze sectoren hierover blijven sensibiliseren en responsabiliseren. We moeten hier ook verwijzen naar de federale wet van 4 augustus 1996 betreffende welzijn van werknemers bij de uitvoering van hun werk, ook de Welzijnswet genoemd en de federale inspanningen op het vlak van de veiligheid op het werk, de bescherming van de gezondheid van de werknemer en de psychosociale belasting veroorzaakt door het werk. Ook in het huidige federale beleid gaat daarbij bijzondere aandacht naar een preventiebeleid dat rekening houdt met psychosociale en gezondheidsrisico's zoals stress, burn-out, pestgedrag en dus ook alle vormen van agressie of grensoverschrijdend gedrag.

Ook de Vlaamse Regering heeft hiervoor stappen gezet met het besluit van de Vlaamse Regering van 9 mei 2014 betreffende het beleid inzake preventie van en omgaan met seksueel grensoverschrijdend gedrag in gezondheids- en woonzorgvoorzieningen en de omzendbrief van 30 januari 2015 waarnaar wordt verwezen. Voor alle duidelijkheid, deze bepalingen inzake het voeren van een gericht beleid rond grensoverschrijdend gedrag werden ook genomen voor de welzijnsvoorzieningen, zoals de voorzieningen voor personen met een handicap, het algemeen welzijnswerk, de voorzieningen Jongerenwelzijn. Kortom, in alle sectoren binnen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, namen we het initiatief om een gericht beleid te voeren rond alle vormen van grensoverschrijdend gedrag binnen de relatie tussen zorg-, hulpverlener en gebruikers.

De bescherming en preventief optreden van het zorg- en welzijnspersoneel is in de eerste plaats een taak van de werkgever zelf, de zorg- en welzijnsvoorziening. Responsabilisering van de sector is dus ook hier cruciaal, net zoals dat geldt voor de bescherming van de gebruiker of patiënt.

De besluiten van de Vlaamse Regering en de sectorale richtlijnen leggen de voorziening op om een intern beleid te ontwikkelen met een visie, procedures voor preventie, detectie en gepaste reactie en het aanduiden van een meldingspersoon. Dit interne beleid moet ook rekening houden met de werknemer als mogelijk slachtoffer en hem of haar een houvast, bescherming en meldingskanaal

bieden. De arbeidsgeneesheer kan daarin voor de werknemer alleszins een eerste vertrouwenspersoon zijn.

Aan de besluiten is ook een meldingsplicht aan de respectieve administraties gekoppeld. Het aantal meldingen, bijvoorbeeld bij het Agentschap Zorg en Gezondheid, is nog zeer beperkt – de meldingsplicht is er ook nog maar pas –, maar we evalueren zeker of er ook meldingen binnenkomen waarbij de werknemer slachtoffer is en of een gericht beleid naar zorgverstrekkers nodig is.

Uiteraard is er, naast de federale Welzijnswet en het Vlaamse gerichte beleid inzake grensoverschrijdend gedrag, ook nog een derde en niet onbelangrijke actie die we realiseerden. Voor werknemers in de zorg- en welzijnssector, net als voor alle andere slachtoffers, installeerden we het algemeen nummer 1712 waar alle meldingen van vormen van geweld, hulp en begeleiding krijgen.

Bekijken we die cijfers van 1712 in 2014, dan wordt er gerapporteerd in algemene categorieën, met andere woorden volgens de belangrijkste problematiek bij de aanmelder. Richtinggevende categorieën zijn hier bijvoorbeeld de meldingen inzake grensoverschrijdend gedrag in een gezinsvervangende of -aanvullende zorgcontext of op het werk. In 2014 betrof het, zoals blijkt uit de gerapporteerde cijfers, 59 meldingen van grensoverschrijdend gedrag in een gezinsvervangende of -aanvullende zorgcontext en 51 feiten op het werk, op een geheel van 5991 aangemelde personen. Die categorieën zijn natuurlijk breed, maar ze laten ons nu wel bijkomend toe om dit te monitoren, zeker als we dit bekijken samen met de cijfers die bij het Agentschap Zorg en Gezondheid en de andere agentschappen worden geregistreerd naar aanleiding van de bovenvermelde meldingsplicht inzake grensoverschrijdend gedrag. Gelet op de recente invoering – zo werd die meldingsplicht, bijvoorbeeld voor de woonzorgcentra, pas ingevoerd vanaf 1 januari 2015 – is het belangrijk dat we de cijfers nauwgezet opvolgen.

Tot slot wil ik nog opmerken dat we bijvoorbeeld in de woonzorgcentra kwaliteits-indicatoren meten die het personeelsverloop in de woonzorgcentra opvolgen. Zo kunnen de woonzorgcentra zich onderling vergelijken, waarbij een hoog personeelsverloop een signaalwijzer kan zijn voor onderliggende problemen.

We kunnen dus concluderen dat we, in afstemming met de federale inspanningen op het vlak van welzijn op het werk, in Vlaanderen recent eveneens duidelijke bijkomende instrumenten ontwikkelden, die een gericht beleid van monitoring en het opzetten van een onderbouwd preventiebeleid rond agressie en grensoverschrijdend gedrag tegen zorg- en hulpverleners mogelijk maken.

De bijkomende vraag van de heer Bertels kan ik nu niet beantwoorden. Dat moeten we opzoeken en dan zullen we dat bezorgen.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers (CD&V): Minister, het is inderdaad belangrijk dat iedereen beseft dat grensoverschrijdend gedrag ook tegen het zorgpersoneel zelf gebeurt. Intuïtief denken we vaak dat de gebruikers het slachtoffer zijn van grensoverschrijdend gedrag, maar dat is niet altijd zo. Ik ga met u akkoord dat er moet worden geresponsabiliseerd en gesensibiliseerd in de sector zelf en dat voorzieningen een eigen beleid moeten uitstippelen. De meldingsplicht bestaat nog niet lang, maar uit de cijfers van 1712 blijkt dat die beperkt zijn in die categorie.

Uit deze studie blijkt dat er nog veel mensen zijn die wel zaken ondervinden, maar geen melding doen. Misschien is daar ook sensibilisering nodig, al is het niet om er strafrechtelijke gevolgen of gevolgen in de relatie met de werkgever aan te verbinden, dan toch om een zicht te krijgen op de problematiek. Dat was

de bedoeling van mijn vraag om uitleg. Ik wil iedereen sensibiliseren en duidelijk maken dat deze problematiek bestaat, zeker ook in de zorgsector.

De voorzitter: Waardoor met een grotere aangiftebereidheid – zinspelend op de vraag van de heer Bertels – de cijfers plots slechter zouden kunnen worden. Maar de problematiek zou misschien wel kunnen verbeteren.

De vraag om uitleg is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Prisma-vragenlijst en de mantelzorgers
– 2174 (2014-2015)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

De heer Jan Bertels (sp.a): Voorzitter, de mantelzorg is een thema dat deze week al aan de orde is geweest. Op 9 mei is in De Standaard de volgende kop verschenen: 'Mantelzorgers vallen tussen wal en schip'. Hiermee trapte De Standaard een open deur in.

Wie zich engageert om een zorgbehoevende naaste bij te staan, wordt bijna altijd met moeilijkheden op een ander terrein geconfronteerd. Het gaat dan, bijvoorbeeld, om het gezin, de partner of het werk. Daarnaast is het natuurlijk vaak een catch 22-situatie. Wie zich te snel van zijn rol als mantelzorger kwijt of zich er te vlug van af wil maken, kan eveneens met een schuldgevoel worden geconfronteerd.

Minister, mantelzorg valt aan te raden om de doodeenvoudige reden dat het werkt. U hebt dit gisteren nog erkend in uw feestrede, als ik het zo mag noemen, naar aanleiding van het afscheid van de heer Cuyt van het Vlaams Welzijnsverbond. U hebt dit eveneens erkend naar aanleiding van de publicatie van de cijfers over het aantal mantelzorgers begin deze week.

Mantelzorg werkt beter voor de zorgbehoevenden en voor de verzorgenden indien we in een omkadering en een facilitering voorzien. Dit kan, bijvoorbeeld, door middel van de Vlaamse Zorgpremie of van de premies voor mantelzorgers die in verschillende gemeenten bestaan. Aangezien nagenoeg elke gemeente andere voorwaarden hanteert en de overige Vlaamse tegemoetkomingen niet steeds tot bij de betrokkene geraken, zien de mantelzorgers soms door de bomen het bos niet meer.

Dit noopt onder meer de Christelijke Mutualiteiten ertoe op te roepen meer werk te maken van de ondersteuning van de mantelzorgers en niet te besparen op de budgetten waar de mantelzorgers gebruik van maken. Het Steunpunt Mantelzorg heeft recent nog voor gedeelde zorg gepleit. U kent dit concept goed: mantelzorg en professionele zorg zouden hand in hand moeten gaan.

Een ander element met betrekking tot de omkadering van de mantelzorgers betreft de kwantificering van de subjectief ervaren noden en uitdagingen inzake het beleid en de ondersteuning. Volgens mij is op dit vlak zeker een rol weggelegd voor het op 8 mei 2015 voorgestelde Prisma-onderzoek.

Minister, dit onderzoek loopt al iets langer. In uw opdracht hebben de KU Leuven en Odisee een vragenlijst ontworpen om het profiel en de behoeften van de mantelzorgers in kaart te brengen. Om dit doel te bereiken, hebben de onderzoekers tientallen proefpersonen bevraagd en gebruik gemaakt van de feedback van expertenpanels. De sterkte van de vragenlijst is immers tweërlei. Enerzijds

wordt een zespuntenschaal gebruikt. Dit maakt vergelijkende analyses van de antwoorden van alle deelnemers mogelijk. Anderzijds vertrekt de vragenlijst vanuit de persoonlijke beleving. Het nazicht en de interpretatie worden door een geschoolde hulpverlener verzorgd. De Prisma-vragenlijst kan een mogelijke oplossing zijn voor een aantal van de in het artikel geschetste problemen.

Minister, beaamt u de analyse dat de Prisma-vragenlijst een belangrijke rol kan spelen in de verbetering van de positie van de mantelzorgers en van de kwaliteit van het beleid ten voordele van de mantelzorgers?

Zult u de Prisma-vragenlijst over heel Vlaanderen uitrollen? Zult u elke mantelzorgster voorstellen de vragenlijst in te vullen? In het verleden ging het enkel om de professionele hulpverleners. Zullen de resultaten van de bevraging, indien deze wordt uitgerold, in functie van het toekomstig beleid worden gebruikt?

Ik heb nog twee meer algemene vragen. Wat zal de Vlaamse overheid doen ten behoeve van het statuut van de mantelzorgers? Is er nog enige evolutie in deze al jaren aanslepende discussie? Kunnen met betrekking tot de mantelzorg nog andere quick wins op het terrein worden gerealiseerd die de mantelzorgers, die we allemaal koesteren, ten goede komen of kunnen komen?

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, mantelzorgers zijn belangrijk. Ze zorgen er mee voor dat zorgbehoevende mensen zo lang mogelijk in hun eigen omgeving kunnen blijven. Volgens mij delen we die bekommernis hier allemaal. Dit blijkt overigens duidelijk uit de beleidsnota.

Er is natuurlijk nood aan maatregelen ter ondersteuning van individuele mantelzorgers. De Vlaamse overheid en de lokale overheden kunnen die maatregelen nemen. Er zijn tevens heel wat voorbeelden van vrijwilligersondersteuning. Ik wil hier natuurlijk ook de andere maatregelen vermelden die in Vlaanderen zijn genomen met betrekking tot kortverblijf, dagverzorging, gezinszorg en dergelijke. Al deze maatregelen ondersteunen de mantelzorgers.

Toevallig zijn de cijfers begin deze week gepubliceerd. Het valt me op dat heel wat mantelzorgers, al dan niet noodgedwongen, van heel hoge leeftijd zijn. Heel wat tachtigers zorgen allicht voor hun echtgenoot of partner. Sommigen zijn ouder dan 90 jaar. Er zijn zelfs enkele mantelzorgers geregistreerd die ouder zijn dan 100 jaar.

Minister, deze categorie vraagt misschien om een specifiek beleid. Het risico op uitvallen is misschien groter dan bij andere mantelzorgers. Ik zou u dan ook om de nodige aandacht hiervoor willen vragen.

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Mevrouw Martine Taelman (Open Vld): Voorzitter, we beseffen allemaal hoe zwaar mantelzorgers het dikwijls hebben. De interesse hiervoor is dan ook terecht. Ik ben een grote voorstander van een evidencebased beleid. In die zin kan ik de actie met de vragenlijst enkel toejuichen.

We beschikken al een aantal jaren over mantelzorgverenigingen. Als we met mantelzorgers praten, is het redelijk duidelijk dat ze allemaal met dezelfde vragen zitten. Ze hebben nood aan betere informatie en vooral aan informatie op maat van hun situatie. Die informatie moet op een plaats worden gecentraliseerd. De voordelen moeten vaker automatisch worden toegekend. Ze vragen om hulp bij hun administratie en om psychosociale bijstand. Die vragen komen dikwijls aan bod tijdens persoonlijke gesprekken met die mensen.

Onlangs heb ik vastgesteld dat de bibliotheek in mijn gemeente een kit maakt voor mantelzorgers die personen met dementie verzorgen. Dit heeft me eigenlijk sterk verbaasd. Dit lijkt me iets dat niet enkel in Grobbendonk, Herentals of, bij uitbreiding, de Kempen moet gebeuren. *(Opmerkingen van de heer Jan Bertels)*

Volgens mij is daar overal veel nood aan. Het heeft me dan ook verbaasd dat de bibliotheek van een kleine gemeente dit initiatief nog moet nemen. De heer Bertels weet dat het in Herentals ook is gebeurd. Dit is eigenlijk nog niet op een grotere schaal beschikbaar.

De vragen zijn er. Iedereen die met mantelzorgers spreekt, weet wat het probleem is. Het is dan ook dringend tijd om actie te ondernemen en om dergelijke praktische zaken snel aan te pakken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, het Prisma-instrument is ontwikkeld in opdracht van de vzw Verwijzersplatform, het platform van de verwijzende instanties voor personen met een handicap, voor de evaluatie en de ondersteuning van de draagkracht en de draaglast van de mantelzorgers die voor personen met een handicap zorgen.

Het instrument bevat vragen over persoonlijke gegevens, over de aard van en de tijdsinvestering in de zorgtaken, over de ervaren draaglast en draagkracht en over het functioneren van de mantelzorger in zijn taak en rol als mantelzorger.

De vragenlijst levert geen totaalscore op, maar wel een profiel met betrekking tot de draagkracht en de draaglast. De gebruikte referentiegroep zijn mantelzorgers die de zorg opnemen voor een persoon met een handicap.

Het instrument kan na registratie vrij digitaal gebruikt worden en ingevuld worden door een hulpverlener of de mantelzorger zelf. Op basis van de resultaten van Prisma is het de bedoeling gerichte acties te ondernemen om tegemoet te komen aan de noden van de mantelzorgers en hen te helpen hun draagkracht te versterken. Er wordt in opleidingen voorzien door het Verwijzersplatform voor professionele zorgverleners over het afnemen van Prisma vooraleer ze ermee aan de slag gaan. Deze opleidingen worden meerdere keren per jaar georganiseerd en zijn gratis voor medewerkers van de door het VAPH erkende multidisciplinaire teams.

Het instrument is niet gevalideerd voor de ruime groep van mantelzorgers, maar kan bij ruimer gebruik eveneens waardevolle informatie opleveren. Door bij individuele zorgvragen de mogelijkheden en noden van de mantelzorg grondig in kaart te brengen, komt men tot een integrale zorg op maat.

Bij het verder uitwerken van ons mantelzorgbeleid is een goede kennis van de mantelzorger, zijn mogelijkheden en zijn verzuchtingen van groot belang. De informatie uit het Prisma-instrument zal mee bruikbaar zijn naast resultaten van ander onderzoek, de inbreng van mantelzorgverenigingen en het bredere werkveld. In functie van de verdere uitbouw van een duurzaam mantelzorgbeleid startte het Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in 2014 een grootschalige bevraging bij de mantelzorgers, met de bedoeling een grondig inzicht te krijgen in de leefsituatie van de gemiddelde Vlaamse mantelzorger vandaag. Deze bevraging, 'Duurzame Mantelzorg in Vlaanderen', focust in het bijzonder op levenskwaliteit van de mantelzorger aan de ene kant, en op zijn volhoud- en toekomstperspectief aan de andere kant. Begin volgend jaar worden de eerste resultaten van deze bevraging verwacht. Parallel ermee loopt een eerste verkennend onderzoek, uitgevoerd door de Hogeschool Gent, naar de leefsituatie en ondersteuningsnoden van jonge mantelzorgers. De aandacht voor de balans van draagkracht en -last bij de mantelzorger is er reeds op vandaag.

Specifiek voor personen met dementie is in het Transitieplan Dementie de methodiek van psycho-educatie naar voren geschoven. We beogen hiermee het verbeteren van de gemoedsgesteldheid én de levenskwaliteit van zowel de persoon met dementie als zijn mantelzorger. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Alzheimer Liga Vlaanderen ontwikkelden samen het psycho-educatiepakket 'Dementie en nu' dat sinds het najaar 2014 werd geïntroduceerd bij zowel hulpverleners als mantelzorgers. Aan de hand van educatief materiaal en methodieken wil deze psycho-educatie onder professionele begeleiding de draagkracht van mantelzorgers verhogen. Ook de verschillende mantelzorgverenigingen bieden een waaier van ondersteunende activiteiten.

Mevrouw Taelman, u weet dat we een actieplan hebben: 'Naar een dementievriendelijk Vlaanderen'. Dat plan is met groot succes in uitvoering. We hebben de stuurgroep opnieuw samengebracht om een evaluatie te maken en te bekijken hoe we een opvolging kunnen organiseren. Ik ben ervan overtuigd dat dit plan in de voorbije periode al meer mogelijkheden naar ondersteuning, meer inzicht en meer kennis van de materie heeft veroorzaakt. Zo is er onder meer het Transitieplan Vlaanderen. Daarmee onderzoeken we hoe we alle door Vlaanderen erkende diensten of diensten waarmee we een link hebben, de competentie om om te gaan met dementie laten groeien. Ik denk aan de diensten gezinszorg en andere: daar hebben we er via een schema voor gezorgd dat de ondersteuning van mensen met dementie geen expertenkwestie meer is, maar tot de basiscompetenties gaat behoren van alle gezinsondersteunende diensten. Dat is het resultaat. Het andere project, de documentatie die gemaakt is om mantelzorgers te ondersteunen, het psycho-educatiepakket dus, is een heel belangrijk en nuttig instrument om de mensen de weg te wijzen enzovoort.

De gemeenschappen zijn bevoegd om de hulp en bijstand aan zwaar zorgbehovende personen te regelen. Vlaanderen voert reeds jaren een eigen Vlaams beleid met betrekking tot de ondersteuning van de mantelzorgers: het erkent en subsidieert verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, erkent en subsidieert diverse vormen van respijtzorg zoals oppashulp en dagverzorgingscentra, en de zorgverzekering geeft sinds 2003 een forfaitaire vergoeding per maand voor de niet-medische kosten van mantelzorg en thuiszorg.

Ook de federale overheid kan het statuut van de mantelzorger regelen voor de domeinen waarvoor ze bevoegd is, zoals de sociale zekerheid, de ziekteverzekering en de fiscaliteit. De federale wet van 12 mei 2014 betreffende de erkenning van de mantelzorger die een persoon met grote zorgbehoefte bijstaat, heeft nog geen verdere uitvoering gekregen.

Het mantelzorgbeleid dat we in Vlaanderen verder uitwerken focust op drie centrale doelstellingen. Dat zijn, ten eerste, de erkenning van de positie en de maatschappelijke waarde van de mantelzorger: goede informatie op maat van de mantelzorger, financiële incentives zoals de mogelijke ondersteuning van mantelzorg met het voorziene basisondersteuningsbudget bij personen met een handicap en de aandacht voor de combinatie werk, gezin en mantelzorger zijn hierbij enkele voorbeelden. Tweede doelstelling is het verlichten van het werk van mantelzorger: respijtzorg die de mantelzorger tijdelijk kan ontlasten, oppashulp en begeleiding aan huis zijn concrete mogelijkheden om dit te realiseren. Derde doelstelling is het versterken van de samenwerking tussen de informele en de professionele zorg: dit kan bijvoorbeeld door de erkenning van de mantelzorger als een volwaardige partner in de zorg en de aandacht voor mantelzorg binnen de opleiding van zorgberoepen.

Zoals reeds aangegeven werd eind vorig jaar het psycho-educatiepakket 'Dementie en nu' ontwikkeld voor hulpverleners en mantelzorgers. Ondertussen werd het pakket versterkt met een innoverend elektronisch leerplatform voor wie de

cursus aanvullend thuis wil volgen. De opname van de mantelzorg binnen het zorgplan, waarbij de professionele zorgverleners op een geïntegreerde wijze zowel de zorgbehoevende als de mantelzorger ondersteunen, willen we onder de aandacht brengen binnen het structureel overleg dat we met de verschillende sectoren voeren. Het gevoerde beleid om in iedere gemeente een dagverzorgingscentrum te erkennen, biedt de mogelijkheid van respijtzorg. Deze voorbeelden, daar zijn we echt van overtuigd, hebben een positieve impact op de levenskwaliteit en de draagkracht van de mantelzorgers.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

De heer Jan Bertels (sp.a): Mevrouw Taelman, ik raad iedereen aan om in zijn eigen gemeente – als dit nog niet gebeurd is – te pleiten voor de instap in het project 'dementievriendelijke gemeenten'. De kit 'eerste hulp bij dementie' is daar een onderdeel van. Gemeenten kunnen zo aantonen dat ze dementievriendelijk zijn. Dat is een versterking van de lokale zaken.

Gedeelde zorg is belangrijk in het project met betrekking tot de vermaatschappelijking van de zorg. De erkenning van de draaglast en -kracht van de mantelzorger is belangrijk. We mogen ons niet blijven verschuilen achter studiewerk. Studies moeten het beleid funderen, maar we zijn al een tijd aan het 'studeren'.

U hebt het zelf aangehaald, het Prismaonderzoek met betrekking tot personen met een handicap kan breder worden uitgerold en snel informatie leveren naast de informatie via de bevraging van de vereniging voor mantelzorgers. We moeten daar snel op inspelen, want er is nood aan concrete steun van mantelzorgers, dat blijkt uit de reacties van verschillende organisaties naar aanleiding van de cijfers. Ik pleit voor de digitale uitrol van Prisma, nu bestaat het alleen op papier, en niet alleen naar de professionele hulpverleners maar ook naar de mantelzorgers. Er mag een tandje worden bijgestoken zodat we de informatie snel krijgen en dat we volgend jaar niet moeten zeggen dat we bezig zijn met de uitrol van dat systeem, en dat we dat moeten combineren met een andere bevraging of studie die nog loopt bij andere onderzoeksinstituten of de administratie. Ik pleit voor enige daadkracht.

Ik heb nog een bijkomende vraag over de federale kaderwet met betrekking tot de mantelzorg. Zijn er concrete initiatieven tot overleg tussen de federale overheid en de gemeenschappen over de uitvoering van die kaderwet? Er moeten immers nog stappen ondernomen worden, anders blijft die kaderwet een kaderwet. Ik hoop dat dat bezig is. Zo niet, vraag ik u om enige daadkracht, zodat die kaderwet geen lege doos blijft.

Wat betreft de quick wins, zei u dat er in elke gemeente een dagverzorgingscentrum zou kunnen komen, wat zou toelaten om aan respijtzorg te doen, maar u weet net zo goed als ik dat er niet in elke gemeente een dagverzorgingscentrum is en dat niet elke gemeente de mogelijkheid en/of de subsidie krijgt om een dagverzorgingscentrum te creëren. U hebt ook het geld niet gekregen in de begroting of bij de begrotingscontrole om in elke gemeente een dagverzorgingscentrum te installeren, wat, in tegenstelling tot de financiering van de ziekenhuizen, wel een Vlaamse bevoegdheid is, waar Vlaamse middelen voor nodig zijn.

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Mevrouw Martine Taelman (Open Vld): De heer Bertels heeft de kern aangeraakt van wat ik zei. Het is heel goed om het beleid te baseren op duidelijk bewijs, maar je kunt niet blijven wachten en studeren alvorens verder te gaan. Ik heb een voorbeeld aangehaald met betrekking tot dementie. Het is schitterend dat dat uitgewerkt is, maar nu blijkt dat dat nog niet zo goed bekend is. Bovendien gaat men in de bibliotheken zelf op zoek naar het samenstellen van

een kit met informatie, terwijl dat iets is dat elke gemeente zou moeten kunnen aanbieden. Dat is iets dat niet veel moeite zou moeten kosten en dat je zou kunnen aanbieden. Een lokale bibliotheek heeft daar ook niet voldoende knowhow voor. Dat is heel praktisch en heel vlug te realiseren. We zouden de mantelzorgers daar veel soelaas mee bieden.

Ik dring nog eens aan op centralisatie van de informatie, met één contactpunt voor dementie. Nu moet je al via de Alzheimerliga gaan. Ik denk niet dat elke mantelzorg die met dementie te maken heeft, direct naar de Alzheimerliga gaat zoeken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mijnheer Bertels, ik had ook nog andere quick wins in herinnering kunnen brengen. Onlangs hebben we een project voorgesteld, dat ik persoonlijk een heel mooi project vind. Als een professionele hulpverlener in een thuissituatie merkt dat er een problematiek is van draagkracht van mantelzorg en dementie, kan die dat melden aan een meldpunt, dat voor die professionelen permanent beschikbaar is en dat het resultaat is van een samenwerking tussen de mutualiteiten en intermutualistisch wordt georganiseerd. Wij engageren ons ertoe dat binnen de week iemand van de maatschappelijk werkers van de mutualiteit van de betrokkene ter plaatse komt om te kijken of er nood is aan bijkomende ondersteuning, of er voldoende inzicht is en wat er mogelijk is. Dat is een ongelooflijk sterk project, waarbij we heel kort op de bal proberen te spelen.

Ik wil maar zeggen dat er heel veel zaken uit dat plan volgen. Natuurlijk kan het altijd beter. Bij de evaluatie zal blijken welke werkpunten er nog zijn.

Het is natuurlijk ook mijn vaststelling dat er niet in elke gemeente een dagopvang is, maar als we respijtzorg willen organiseren, moet het onze ambitie zijn om – geleidelijk en binnen de budgettaire mogelijkheden – in alle gemeenten een dagopvang in een of andere formule mogelijk te maken. We hebben er nu al twee, maar er is ook de collectieve autonome dagopvang, die kleinschalig is en vanuit de gezinszorg kan. Ik zeg niet dat het van vandaag op morgen zal gebeuren, maar we moeten de ambitie hebben om dat goed verspreid en bereikbaar te organiseren in Vlaanderen. Dat mogen we toch uitspreken als een ambitie, met de bescheidenheid dat het inderdaad een traject van jaren zal zijn.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

De heer Jan Bertels (sp.a): Bedankt, minister. Ik ben blij met de steun van mevrouw Taelman, die beaamt dat er daadkracht nodig is. Ik ken het intermutualistische meldpunt waar u naar verwijst, maar het zou niet slecht zijn om eens te bekijken welke effectieve zorg kan worden aangeboden nadat iemand langskomen is. Het is immers niet omdat iemand langskomt, dat dan onmiddellijk zorg kan worden geboden, niet alleen door de mutualiteiten, maar ook door andere zorgverlening. Daar is dus nog een coördinatieprobleem.

Ik ben het eens met uw suggestie dat elke gemeente een dagopvang zou moeten kunnen organiseren, zij het via een klassiek dagverzorgingscentrum, gelinkt aan een woonzorgcentrum, zij het via een centrum voor alcohol- en andere drugproblemen (CAD). Maar ook daar zijn er problemen. Sommige gemeenten kunnen nu zelfs geen CAD's oprichten, omdat ze niet meer voldoen aan de zogenaamde erkenningsnormen, terwijl er wel een grote behoefte is. Mijn eigen gemeente bijvoorbeeld kan geen CAD meer oprichten. We willen wel, we hebben een locatie en we willen er geld aan besteden, maar we mogen niet meer, omdat we al een dagcentrum hebben.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Lies Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over Vlaamse kinderbijslagfondsen in Brussel – 2193 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans (N-VA): Minister, u zult zeggen dat de kinderbijslag in Brussel uw bevoegdheid niet is, aangezien dat door de zesde staatshervorming overgeheveld is naar de gemeenschappen, dus in het geval van Brussel naar de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC). Er werd bij die overdracht echter ook overeengekomen dat de GGC moet handelen in het belang van zowel de Vlaamse als de Franse Gemeenschap.

Het is een uitspraak van een partijgenoot van u, de heer Walter Vandenbossche uit Brussel, die mijn aandacht heeft getrokken. Hij stelde namelijk vast dat er een overlegstructuur is opgericht tussen de Franse Gemeenschap en de GGC. Ik wil het hier niet hebben over de specifieke uitbetalingsinstellingen en over hoe ze dat zullen uitwerken, maar we hebben wel vastgesteld dat er geen overlegstructuur is opgericht tussen Vlaanderen en de GGC. Blijkbaar worden de Vlaamse kinderbijslagfondsen ook niet bij de gesprekken betrokken. De redenering daarachter zou te maken met de schaalgrootte. Het aantal Nederlandstalige Brusselaars is beperkt, en dus ook het aantal leden van die kinderbijslagfondsen. Daarom worden zij niet betrokken bij het overleg.

Dit is ook al bod gekomen in een verenigde vergadering van de GGC. Brussels minister Frémault heeft toen geantwoord dat dat een Brusselse bevoegdheid is. Ze heeft de vragen wat omzeild, maar zei wel dat ze, met het oog op een grotere schaalgrootte en om een zo eenvoudig mogelijk systeem uit te werken in Brussel, wel wil nagaan of er kan worden samengewerkt met de deelstaten.

Ik heb twee concrete vragen. Is er inderdaad een overleg tussen de Franse Gemeenschap en de GGC? Is dat ook met Vlaanderen het geval? Met andere woorden, heeft Vlaanderen al overleg gepleegd met de GGC over het dossier van de kinderbijslag? Zijn daar knelpunten over opgesomd? Zijn er initiatieven genomen?

In welke mate is een poging tot samenwerking tussen Vlaanderen en de GGC georganiseerd?

Ik vermoed dat u op basis van het dossier dat in Vlaanderen loopt, contacten hebt met de Vlaamse kinderbijslagfondsen. Is het inderdaad zo dat zij in Brussel worden uitgesloten? Dat zou betekenen dat de Nederlandstalige Brusselaars niet verder zouden kunnen worden geholpen door hun eigen kinderbijslagfondsen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Er bestaat een comité ad hoc Kinderbijslag waarin elke entiteit vertegenwoordigd is. Vorige week was er nog een vergadering van dat comité omdat een aantal zaken moeten worden voorbereid. Zo moeten protocollen worden opgemaakt over afspraken die tussen de verschillende instanties die bevoegd zijn voor de kinderbijslag, moeten worden gemaakt. In dat comité is er overleg, ook met de vertegenwoordigers van de GGC. Ik heb geen kennis van het feit dat dit soort van kwesties daar zou zijn gesignaleerd.

Er bestaan op dit moment geen Vlaamse kinderbijslagfondsen. Er zijn wel Belgische kinderbijslagfondsen die in België en/of Vlaanderen actief zijn. Ik kan bevestigen dat in Vlaanderen de kinderbijslagfondsen die zijn erkend als

Belgische vereniging zonder winstoogmerk, betrokken zijn bij de gesprekken en de studies die wij doen. Wij praten met de vertegenwoordigers van die kinderbijslagfondsen.

U vraagt ook naar een eenvormig systeem van uitbetalingen, maar dat ligt nog niet vast. Ik kan u daar dan ook geen antwoord op geven. De logica van de staatshervorming is dat het toekennen van autonome bevoegdheden aan de deelstaten niet per definitie betekent dat die deelstaten hetzelfde zullen doen. In dat geval moet men ze geen autonomie geven. Maar daar is nog geen uitspraak over gedaan. Er is ook dan ook nog geen afstemming tussen de verschillende gemeenschappen over het systeem van uitbetalingen.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Lies Jans (N-VA): Minister, mijn schriftelijk ingediende vraag was enigszins anders geformuleerd en niet helemaal correct. In mijn mondelinge vraag heb ik dat rechtgezet.

U zegt dat in het comité ad hoc Kinderbijslag de verschillende gemeenschappen aan tafel zitten. We weten echter allemaal dat in Brussel de vier Franstalige partijen hebben gezegd dat ze hun beleid voor Brussel en Wallonië op het vlak van kinderbijslag zoveel mogelijk op elkaar willen afstemmen. Ze willen dat ook doen voor welzijn en gezondheid. Het gaat dan over de zogenaamde Sainte-Emilie-akkoorden. Ik vrees dat ze zich vooral zullen richten op de Franstalige gemeenschap in Brussel. Als we dan de geruchten horen, die u niet bevestigt, dat er een overlegstructuur tussen de Franstalige gemeenschap en de GGC zou zijn opgericht, dan stel ik me daar vragen bij. Er is immers ook een Nederlandstalige gemeenschap in Brussel die ook bij die gesprekken moet worden betrokken. Mijn angst en vrees is dat de Nederlandstaligen in Brussel niet aan bod zullen komen in de nieuwe structuur.

Wat de kinderbijslagfondsen betreft, bedoel ik inderdaad de Belgische kinderbijslagfondsen die ook in Brussel de Nederlandstalige gemeenschap dienen. Wij krijgen heel wat verontruste berichten van die kinderbijslagfondsen dat zij in Brussel niet mee aan tafel zitten. Dat is een grote zorg.

Minister, aangezien elke gemeenschap vertegenwoordigd is in dat comité, kunnen die vragen het best daar eens worden gesteld. Dit onderwerp is al aan bod gekomen binnen de GGC. Brussels staatssecretaris Debaets heeft daar gezegd dat iedereen moet worden betrokken, wat me wel enigszins gerustgesteld heeft, maar minister Frémault heeft dat allemaal wat omzeild. Minister, dit is een angst die leeft bij mijn fractie. Vandaar mijn vraag om rekening te houden met die bezorgdheid in dat comité.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik ben het ermee eens dat het belangrijk is te weten hoe zij dat zullen organiseren. In die zin zal ik daar zeker rekening mee houden.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.