



Vlaams
Parlement

vergadering **C248**
zittingsjaar 2014-2015

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 26 mei 2015

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de blijvende wachtlijsten voor personen met een handicap – 2149 (2014-2015)	3
VRAAG OM UITLEG van Martine Taelman aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opstart van wijkgezondheidscentra in de provincie Antwerpen – 2227 (2014-2015)	9
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de gezondheids-toestand van artsen in Vlaanderen – 2242 (2014-2015)	14
VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over tuberculose – 2249 (2014-2015)	15
VRAAG OM UITLEG van Sabine de Bethune aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een veroordeelde jeugdtrainer – 2247 (2014-2015)	20
VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de multi-disciplinaire werking van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC's) – 2263 (2014-2015)	22

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de blijvende wachtlijsten voor personen met een handicap – 2149 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen): Minister, we hebben het hier al vaak gehad over de wachtlijsten voor mensen met een handicap. U hebt al een aantal voorstellen gedaan over de plannen en maatregelen die op til zijn.

Er staan 14.000 mensen met een handicap op een lijst voor ondersteuning. Dat is min of meer een status quo tegenover vorig jaar, het hangt ervan af of we mensen die wachten op een persoonlijkeassistentiebudget (PAB) meetellen of niet. Het gaat enkel over volwassenen. Daarnaast zijn er nog ongeveer 5000 kinderen met een handicap die op een wachtlijst staan.

Die wachtlijst is voor een deel een budgettaire kwestie. Het is niet zo dat men in dit land geen zin of expertise heeft om te voorzien in een aanbod. Er is bij initiatiefnemers wel degelijk ruimte en zin om ondersteuning te bieden aan mensen met een handicap, maar dat kost natuurlijk geld, personeel, inzet en gebouwen.

De zorgpremie is duurder geworden, iedereen betaalt nu 50 in plaats van 25 euro. In een begeleidende brief van de ziekenfondsen stond dat steeds meer mensen met een handicap en ouderen ondersteuning nodig hebben. Dat is waar, maar de realiteit is wel dat de middelen die daarvoor binnenkomen, niet worden gebruikt voor extra investeringen in Welzijn. De middelen die vrijkomen door de hogere zorgpremie, gaan enkel naar de begroting. Het gaat dus om een budgettaire oefening.

De regering heeft een aantal beloftes gedaan. Minister, als u de plannen wilt uitvoeren zoals opgenomen in Perspectief 2020 en in uw meerjarenplanning, en we gaan ervan uit dat we elke persoon met een handicap willen ondersteunen – het moet de ambitie zijn om tegen 2020 alle mensen met een handicap de ondersteuning te geven waar zij recht op hebben, een ondersteuning op maat – dan hebben we 500 miljoen euro extra nodig. De regering-Bourgeois heeft een half miljoen euro meer nodig dan waarin voorzien is. Ik hoop van harte dat het de ambitie blijft van deze regering om tegen 2020 alle mensen met een handicap een ondersteuning te geven. Maar daar zullen dus extra middelen voor nodig zijn.

Als we kijken naar de jaarlijkse cijfers, dan valt het op dat het aantal afgesloten dossiers lager ligt dan het jaar voordien. Een dossier wordt afgesloten wanneer iemand die op de wachtlijst stond, effectief wordt geholpen. Uit die cijfers blijkt dat het aantal mensen dat dit jaar effectief hulp heeft gekregen, lager ligt dan het jaar voordien. Nochtans werd er regelmatig aangekondigd dat er extra plaatsen, extra middelen en extra capaciteit waren.

De extra middelen die volgens Groen worden vrijgemaakt, volstaan niet. Bovendien leiden zij niet tot een toenemend aantal mensen dat worden geholpen. Hoe kunt u die cijfers plaatsen? Hoe zult u ervoor zorgen dat alle mensen de steun krijgen waar ze recht op en nood aan hebben?

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Mevrouw Martine Taelman (Open Vld): Dit jaar investeert de Vlaamse Regering 40 miljoen euro in het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Dat is een heel groot bedrag.

Minister, kunt u een stand van zaken geven over de bijkomende plaatsen die worden gerealiseerd met een verdeling van de toekenning van de PAB's, persoonsvolgende convenanten en de buffer van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA)?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans (CD&V): Ik sluit me aan bij deze vraag, onder meer omdat het aantal afgesloten dossiers een relevante indicator is voor wat wij doen met de middelen die worden besteed aan het beleidsdomein personen met een handicap. Dat is, zoals mevrouw Taelman al zei, in 2015 meer dan in elk voorgaand jaar. Dat is deze legislatuur meer dan in elke voorgaande legislatuur.

Misschien geeft deze tendens ook een beetje aan dat er een andere benadering nodig is. Er is steeds meer geld per jaar en per legislatuur, maar toch geraken die lange wachtlijsten niet opgelost op de klassieke manier. Mogelijks kan de persoonsvolgende financiering een oplossing bieden. Minister, ik kijk uit naar uw antwoord om wat meer zicht te krijgen op het aantal afgesloten dossiers en de besteding van middelen in dit beleidsdomein.

De heer Bart Van Malderen (sp·a): Ik sluit me aan bij deze vraag. Het is een bijna wederkerend fenomeen dat wij bij het publiceren van het rapport van de Centrale Registratie van Zorgvragen in dit parlement het debat voeren over die wachtlijsten. Die wachtlijsten zijn geen doel op zich, maar zijn wel een heel belangrijk symptoom dat er nog altijd iets niet klopt aan de zorg en de garantie op zorg die we aan mensen met een handicap zouden willen geven.

Mevrouw Jans, het is waar dat er meer wordt geïnvesteerd, maar de vraag is of meer ook genoeg is. Slagen we erin om de systeemshift die we absoluut nodig hebben te realiseren? Minister, zullen we tegen 2020 en elk van de stappen daar tussenin vraaggestuurde zorg kunnen garanderen? Zullen we de garantie kunnen bieden dat mensen zorg op maat zullen kunnen krijgen?

Een aantal verenigingen hebben bijvoorbeeld tegen het decreet Persoonsvolgende Financiering een klacht ingediend. Zullen we kunnen voorkomen dat het basisondersteuningsbudget een soort van wachtgeld wordt? Afgelopen weekend ontmoette ik iemand die ervoor vreesde dat het een soort van zwijggeld zou worden.

Die angst leeft. Ik denk dat u de opdracht hebt om klaarheid te scheppen, minister. We hebben al veel tegenstrijdige berichten ontvangen. Vorige week is hier nog het begrotingsdebat gevoerd. Toen werd duidelijk dat de Vlaamse overheid met de ene hand geeft en met de andere neemt. Op het eind van de rit krijgen vele duizenden niet de hulp die ze nodig hebben. De hamvraag is dan of ze die hulp tegen 2020 wel zullen krijgen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, ik neem aan dat het niet de bedoeling is om het decreet op de persoonsvolgende financiering opnieuw uit te leggen, of terug te komen op de meerjarenraming die in de commissie én de plenaire vergadering tot tweemaal toe is goedgekeurd. Ik ga ervan uit dat iedereen weet wat de context is waarbinnen wij in deze legislatuur de zaken willen organiseren. We zijn ervan overtuigd dat de twee trappen van de persoonsvolgende financiering zullen zorgen voor een systemische wijziging. We zijn er ook van overtuigd dat het budget dat we daarvoor ter beschikking hebben en over beide trappen verdelen, ervoor zal zorgen dat deze legislatuur het decreet zal worden uitgerold. Wat gebeurt er als mensen naar het Grondwettelijk Hof gaan? Het is een hypothetische vraag. We zullen afwachten wat in dat geval het Grondwettelijk Hof beslist en of het decreet al dan niet moet worden aangepast. We zullen dan reageren.

Ik kom ook geregeld op het terrein, en ik zei het eerder al: de stap naar een persoonsvolgende financiering heeft veel in beweging gebracht. Veel organisaties van gebruikers en ook de instellingen zijn bezig met zich daarop voor te bereiden. Dat is belangrijk, want een decreet en een budget zijn één zaak, maar wat er op het terrein gebeurt, is een andere. Er komt dus veel in beweging. Ik maak me niet veel illusies dat alle beslissingen van praktische of meer algemeen-conceptuele aard die door de administratie of de taskforce nog moeten worden genomen, met consensus zullen worden aangenomen. Maar het is essentieel dat de wijziging in de manier waarop de ondersteuning wordt toegekend, nu ook tot het einde wordt doorgevoerd. De cijfers waarnaar mevrouw Taelman vraagt, moet ik opzoeken. Uiteraard zijn ze beschikbaar, en ik denk zelfs dat ze ook al in een aantal antwoorden op schriftelijke vragen zijn opgenomen.

Ik kom nu bij de oorspronkelijke vraag van mevrouw Van den Brandt. Het aantal afgesloten vragen van meerderjarige personen met een handicap bij de centrale registratie van zorgvragen in de tweede jaarhelft – van 1 juli tot 31 december – kende de voorbije jaren volgende evolutie. Het aantal afgesloten zorgvragen is vanaf 2009 steeds toegenomen. De toename zette zich door tot en met 2013. In 2009 werden 1705 zorgvragen afgesloten, en in 2013 2783. In 2014 neemt het aantal af, tot 2439 afgesloten vragen. De stijging die er in 2013 was ten opzichte van 2012, zet zich niet door in 2014. Wel zien we nog steeds een gevoelig groter aantal afgesloten vragen ten opzichte van de jaren 2011 en vroeger.

Hieruit afleiden dat de uitbreidingsmiddelen van de voorbije jaren niet zouden zorgen voor bijkomende oplossingen, is echter niet correct. De uitbreidingsmiddelen voor 2014 zijn voornamelijk in de eerste jaarhelft van 2014 ingezet. Ze hebben dus in de eerste jaarhelft van 2014 geleid tot het afsluiten van vragen. Merk ook op dat van de 13.970 volwassenen op de wachtlijst reeds 46 procent – dat is goed voor ongeveer 6400 personen – hulp krijgt van het VAPH. Men moet dus bij een vergelijking van periodes ermee rekening houden dat de verdeling van de uitbreiding over twee jaar anders wordt verdeeld.

Om te evalueren of de betekenisvolle investeringen die door de Vlaamse Regering gedaan worden in de sector van personen met een handicap, leiden tot meer oplossingen, moeten we bekijken hoeveel mensen genieten van ondersteuning die door het VAPH wordt gefinancierd. Vanaf 2009 zien we, jaar na jaar, een sterke toename van het aantal mensen die genieten van ondersteuning die door het VAPH wordt gefinancierd. Het gaat dan over het aantal cliënten die zorg in natura ontvangen of over een PAB beschikken. In 2009 ging het over 35.960 cliënten; in 2014 waren het er 46.024. Merk hierbij op dat in 2014, ten aanzien van 2013, een stijging met 4,6 procent werd opgetekend. De belangrijkste oorzaak van deze stijging is de aanwending van de jaarlijkse uitbreidingsmiddelen.

Voorts zijn de voorbije jaren een aantal beleidsmaatregelen genomen die een meer flexibel, vraaggestuurd antwoord mogelijk maken, met name de omschakeling van de minderjarigenzorg naar multifunctionele centra en die van de meerderjarigenzorg naar een flexibel aanbod van meerderjarigen. Ook met de zogenaamde rechtstreeks toegankelijke hulpverlening (RTH) bereiken we bijna 3000 mensen. Het ging volgens het Zorgregierapport 2014 om 2987 personen. Ook de komende jaren streven we naar het boeken van belangrijke efficiëntiewinsten dankzij de invoering van de persoonsvolgende financiering. De combinatie van belangrijke, bijkomende investeringen via het uitbreidingsbeleid, efficiëntiewinsten en de systeemomslag naar de persoonsvolgende financiering zal ervoor zorgen dat het aantal mensen dat een beroep kan doen op ondersteuning van het VAPH – dankzij een persoonsvolgend budget van trap 2 of via de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening van trap 1 – ook de komende jaren nog gevoelig zal stijgen.

Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen): Minister, u begint met te zeggen dat we het debat over het decreet niet zullen heropenen. Ik merk enige moeheid en ik kan dat enigszins begrijpen omdat het al vaak aan bod is gekomen. Het is wel zo dat we halfjaarlijks cijfers krijgen en die zijn van die aard dat ik er vragen over wil stellen. Er wachten 14.000 mensen op hulp. Ik stel misschien dezelfde vraag als een half jaar geleden, maar het is dezelfde wachtlijst met voor een groot deel dezelfde mensen. Ik ga ervan uit dat ik de komende maanden en jaren nog een aantal keren zal vragen hoe het zit met die 14.000 mensen en wanneer de nul eindelijk in zicht komt.

U wijst op de budgettaire context die in de meerjarenplanning staat. Die context is te weinig om te doen wat er moet gebeuren. Met het budget dat u vrijmaakt, zullen we niet richting nul gaan en zullen we met wachtlijsten blijven zitten. We kunnen niet waarmaken waartoe we ons internationaal hebben geëngageerd, namelijk zorgen dat alle mensen met een handicap de ondersteuning op maat krijgen die ze nodig hebben om zo goed mogelijk te participeren aan de maatschappij. Ze hebben daar evenveel recht op als anderen zonder handicap.

Dat er systeemshift moet komen, trekt bij mijn weten niemand in twijfel. Het is een goede zaak dat we de persoonsvolgende financiering uitwerken. Waar zitten de frustraties en hoe komt het dat er een klacht komt? Dat is het gevolg van de tekorten. Het is een mooi principe, maar als we het niet kunnen waarmaken, hebben we iets nodig als regionale of nationale prioriteitencommissies die bepalen welke personen met een handicap die ondersteuning aanvragen het meest prioritair zijn. Dat betekent dat er in de realiteit nog steeds keuzes moeten worden gemaakt. Er blijft dus een essentieel probleem. Dat is de kern van de klacht van de mensen van het Platform Werk Wachtlijsten Weg tegen uw decreet.

Mensen reageren ook op het basisondersteuningsbudget. Dat is geen zorg op maat. Iedereen krijgt 300 euro per maand en daar zullen een aantal mensen mee geholpen zijn. Hoe de plannen nu voorliggen, zal dit gaan naar mensen die al lang op een wachtlijst staan en die eigenlijk een andere vorm van zorg hebben gevraagd. De heer Van Malderen sprak over 'zwijggeld'. Ik zie het eerder als een soort schadevergoeding voor mensen die al heel lang op een wachtlijst staan voor een bepaalde vorm van zorg. Zij zullen nu 300 euro per maand krijgen. In uw meerjarenbegroting hebt u zelf berekend dat deze mensen gemiddeld 40.000 euro per jaar kosten. Als je dat bedrag gemiddeld per jaar nodig hebt en je krijgt 300 euro per maand, dan moet ik niet uitleggen dat dit niet voldoende zal zijn om hen de steun te geven waar ze niet alleen nood aan hebben maar ook recht op hebben. Dat is een internationaal recht dat we hebben ondertekend. We krijgen jaarlijks vanuit de VN veroordelingen omdat het niet kan dat mensen met een handicap hier niet worden ondersteund.

U bevestigt dat het aantal afgesloten vragen in de tweede jaarhelft lager ligt dan in 2013, maar zegt dat als we het hele jaar samen nemen, het wel meevalt en de grote uitbreidingsbudgetten er nog aan komen. We zullen zien, maar ik ben erg sceptisch. Met alle middelen die worden uitgetrokken en de beloftes die worden gedaan, zie ik de wachtlijsten niet drastisch dalen. We kunnen niet tot 2050 wachten om mensen te helpen. Het gaat om 14.000 individuen. U zegt dat 6000 mensen al een vorm van hulp krijgen. Goed, maar die mensen hebben wel een andere soort hulp nodig dan de hulp die ze krijgen. Ze hebben daarvoor een erkenningsprocedure doorlopen. Het is dan ook ongelooflijk jammer dat we mensen niet kunnen bieden waar ze nood aan en recht op hebben.

U zegt dat er heel veel rechtstreeks toegankelijke hulp is. Ik hoop dat we de aantallen en wachtlijsten in kaart blijven houden zodat we weten welke mensen welke hulp nodig hebben.

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Mevrouw Tine van der Vloet (N-VA): Het uitbreidingsbeleid krijgt al een hele som. In trap 2 zullen we 5000 mensen extra kunnen helpen. We doen veel werkbezoeken en we komen projecten tegen waar er met minder middelen heel wat meer mensen worden geholpen. We moeten niet enkel in hokjes denken, maar we mogen het ook wat ruimer zien en nieuwe privé-initiatieven zeker de hand reiken. Minister, bent u daartoe bereid en wilt u voor dergelijke projecten een regelluw kader schetsen? Het zijn vaak verschillende ouders die budgetten bijeenleggen en met een veel kleiner budget, heel wat meer mensen kunnen helpen. Dat is heel mooi en het kan de wachtlijsten doen afnemen. Het regelluw kader vinden we een heel belangrijk item voor de toekomst.

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Mevrouw Martine Taelman (Open Vld): De reacties van de collega's tonen aan dat de wachtlijsten een gigantisch en heel pijnlijk probleem zijn. Er moet aan gewerkt worden en er wordt ook aan gewerkt. Het einde van de tunnel is zeker nog niet in zicht. Het einde van de debatten erover in deze commissie is zeker ook nog niet in zicht. Mevrouw van der Vloet heeft het over een regelluw kader en dat kan ik zeker onderschrijven.

Zolang er een schaarste is, zullen we spijtig genoeg met de regionale prioriteitencommissies en de prioritering moeten werken. Dat is een heel moeilijk debat. Minister, ik heb begrepen dat in uitvoering van het decreet wordt gedacht aan criteria voor de regionale prioriteitencommissies om hun beleid te stroomlijnen zodat er geen sprake kan zijn van discriminatie tussen mensen die zorg vragen over de verschillende provincies heen. Klopt dat? Wanneer mogen we dat verwachten?

De voorzitter: De heer de Kort heeft het woord.

De heer Dirk de Kort (CD&V): Het stemt me tevreden dat de N-VA-fractie afgelopen vrijdag een van de instellingen in Brasschaat, waar we voorzitter van zijn, heeft bezocht. (*Gelach*)

De heer Bart Van Malderen (sp.a): We kennen het debat en tevens het antwoord van de minister. Alleen is dat niet afdoende, net zomin als zijn budget. Niemand is tegen een regulier kader en iedereen wil dat in afwachting van zorggarantie de prioriteitencommissies correct, transparant en voorspelbaar werken. Daarbij zouden we bijvoorbeeld ook in een beroepsmogelijkheid moeten kunnen voorzien.

Om het zorgtekort op te vangen, zijn financiële middelen nodig. Minister, u stelt efficiëntiewinst en een systeemomslag in het vooruitzicht. Ook daar is niemand tegen, maar het budget voor dit jaar bedraagt 40 miljoen euro, dat bij begrotingscontrole aanzienlijk wordt verminderd, en voor volgend jaar wordt hiervoor slechts 17 miljoen ingeschreven.

Mevrouw Taelman vroeg naar het effect van de VIPA-buffer. Ik wil wel eens weten wat er in 2016 op het terrein reëel zal gebeuren op het vlak van zorgvernieuwing en systeemomslag.

U schermt met de voor 2017 aangekondigde grote opstap. In een andere commissie hebben we uw collega Muyters kunnen ondervragen, die datzelfde jaar een gelijkwaardige opstap in het vooruitzicht stelt. Bij het regeerakkoord werden beide middelen duidelijk aan elkaar gelinkt: tweemaal 500 miljoen. Uw collega Muyters plaatste dat bedrag echter tussen duidelijke aanhalingstekens. Hij verklaart niet zeker te zijn over dat bedrag te kunnen beschikken en noemt dat afhankelijk van de conjunctuur en de begroting. Ik raad u aan het verslag eens grondig te lezen. Dan zult u begrijpen dat heel wat mensen zich zorgen maken over de realiteitszin van de aangekondigde systeemomslag. Heel wat goede vooruitzichten zullen al dan niet worden gerealiseerd als men al dan niet de financiële middelen heeft.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De Vlaamse Regering heeft een besluit genomen inzake de criteria van de regionale prioriteitencommissies (RPC's). Dat wordt uitgevoerd zodra het decreet op de persoonsgebonden financiering in werking treedt. Daarin is de heroverweging opgenomen, met het oog op het bevorderen van de eenheid van de rechtspraak.

Wanneer we naar een rugzakfinancieringssysteem overgaan, kan de dynamiek enorm zijn. We ondersteunen GiPSO, de organisatie die mensen begeleidt die een dergelijk initiatief willen nemen. Er ontstaat een enorme dynamiek omdat mensen, vaak ouders van jongvolwassenen die over een rugzak beschikken – een PAB of een persoonsgebonden convenant – allerlei initiatieven nemen. Het ligt in de bedoeling dat we dit soort dynamiek alle kansen en zuurstof geven.

Ook de reguliere voorzieningen en diensten hebben we al deels proberen te organiseren middels interne flexibilisering. Die dynamiek moet het sociaal ondernemerschap zeker bevorderen.

Mevrouw Van den Brandt, ik moet het telkens herhalen. We hebben inderdaad een conventie ondertekend, maar een inclusieve samenleving realiseren behoort tot de verantwoordelijkheid van alle beleidsdomeinen en alle vakgebieden. Als alle ondersteuning moet komen uit het handicapspecifieke beleid, zijn we ver af van een inclusieve samenleving. Het is nu eenmaal niet zo dat alleen de Vlaamse overheid of het beleidsdomein Welzijn daarvoor moeten instaan, maar wij dragen natuurlijk een grote verantwoordelijkheid en moeten een belangrijk budget ter beschikking hebben.

De opbouw van het persoonsgebonden financieringssysteem is erop gericht de inclusiviteit en het aansporen van reguliere diensten en voorzieningen met betrekking tot personen met een beperking te systematiseren.

Die 40 miljoen euro zal recurrent 40 miljoen euro zijn. Dat bedrag zal recurrent worden uitgegeven in het handicapspecifieke beleid. In de loop van het jaar wordt dit bedrag geleidelijk aan uitgegeven in de diverse regionale prioriteitencommissies alsmede voor de Vlaamse prioriteiten. Daardoor ontstaat onderbenutting, maar dat is elk jaar het geval en zal in de toekomst eveneens gebeuren. Dat van die middelen een deel wordt gebruikt voor ICT-projecten, doet niets af aan het recurrent karakter ervan en ons engagement dat het gehele bedrag recurrent naar handicapspecifieke ondersteuning kan gaan.

Mevrouw Van den Brandt, het is eigen aan een wachtlijst dat hij niet statisch is. Het is de registratie van een moment: er vallen mensen af en er komen nieuwe bij. Dat vormt de grote uitdaging. Voorheen dachten velen dat, als er maar voldoende middelen ter beschikking waren, het aantal mensen met een handicapspecifieke zorgvraag zou afnemen. Inmiddels weten we dat dat niet zo is.

Dat is niet het privilege geweest van één partij om dat te denken, maar er zijn mooie quotes van politici van alle partijen die dat ooit gedacht hebben. We weten nu dat er een hele dynamiek is en dat de vergrijzing speelt en dat nieuwe technologieën en het erkennen van nieuwe handicaps spelen. Er zijn zeer veel fenomenen die ertoe bijdragen dat er vragen worden opgelost, maar ook dat er telkens opnieuw nieuwe mensen met een vraag zich melden. De uitdaging is dan om te trachten dit te bemeesteren met een budgettair groeipad, maar ook met een andere manier van middelen inzetten.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen): Minister, u zegt dat inclusie niet enkel vanuit Welzijn wordt bewerkstelligd. Daar ben ik het absoluut mee eens.

Het is ook aan de minister van Mobiliteit om ervoor te zorgen dat er openbaar vervoer is dat toegankelijk is voor iedereen. Het is ook aan de minister van Binnenlands Bestuur om ervoor te zorgen dat alle gebouwen toegankelijk zijn. Het is ook aan de sportclubs om ervoor te zorgen dat ook mensen met een handicap mee kunnen sporten. In al die domeinen zullen er dan ook groenen zijn die daar vragen over stellen, maar we zijn nu in de commissie Welzijn en ik stel mijn vraag nu aan u als minister van Welzijn, die daar wel een heel belangrijke sleutelrol in speelt. U hebt een aantal engagementen aangegaan. U bent heel trots op het model dat u gaat uitrollen, maar tegelijk weten we dat de middelen er niet zijn om dat model waar te maken. Dat is een enorm pijnlijke vaststelling. Als het engagement dat u neemt om een nieuw model op te zetten, niet kan worden waargemaakt omdat een heel belangrijk element, namelijk de financiering, onzeker is, dan maak ik me heel veel zorgen over waar we naartoe gaan.

De wachtlijsten nemen intussen niet af. U zegt dat er een aantal mensen van verdwijnen en anderen erbij komen. Die 14.000 mensen blijven niet dezelfde 14.000 mensen. Dat is waar. In de tweede jaarhelft van 2014 zijn er 2439 afgegaan en er zijn er ongeveer evenveel bijgekomen. 2500 mensen op een halfjaar is geen sneltreinvaart. Heel veel mensen staan jaren op die wachtlijst. Je kunt er jaren op staan als je niet prioritair bent.

Er zijn inderdaad heel veel organisaties die erin slagen om meer mensen te helpen met hetzelfde budget. Dat is waar. Een collega vindt dat ze een regelluw kader verdienen. Dat is ook waar: als er ergens regels kunnen worden afgeschaft zodat het leven van organisaties makkelijker wordt gemaakt, hoop ik dat wij dat onmiddellijk doen. De oefening die in de kinderopvang bezig is, zou ook in andere sectoren moeten gebeuren. Maar het is vaak uit noodzaak dat dit gebeurt. Ik ben vorige week ook op bezoek geweest in een instelling en heb een vergadering met ouders bijgewoond. Men moet 10 procent meer kinderen helpen met minder budget. Dat betekent dat men die kinderen op een andere manier zal ondersteunen en dat men individueel nagaat wat dat per persoon betekent. Je kunt zeggen dat het goed is om meer kinderen te helpen met minder geld, maar het gebeurt niet altijd van harte en het is niet altijd een teken van een betere kwaliteit van de zorg. We moeten oppassen met die uitspraken. Ik ben het eens dat het goed is om met minder middelen meer mensen te helpen, maar dat we er ook moeten voor zorgen dat de rek van deze sector – die komt van medewerkers, van de goodwill van mensen, van mensen die geloven in wat ze doen en mensen niet willen opgeven – niet breekt.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Martine Taelman aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opstart van wijkgezondheidscentra in de provincie Antwerpen – 2227 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Mevrouw Martine Taelman (Open Vld): Voorzitter, minister, collega's, begin mei kreeg ik een nieuwsbrief van de provincie Antwerpen, waarin werd aangekondigd dat de provincie, in het kader van het provinciaal welzijnsbeleid, waarvan ik had begrepen dat het een persoonsgebonden aangelegenheid is en dus geen bevoegdheid van de provincie meer is, de opstart van wijkgezondheidscentra steunt. De provincie Antwerpen zal via haar dienst Welzijn en Gezondheid, door middel van impulssubsidies, middelen vrijmaken voor opstartende wijkgezondheidscentra op het grondgebied van de provincie.

Minister, in uw beleidsnota maakte u ook melding van de belangrijke rol die de wijkgezondheidscentra hebben bij het garanderen van het sociaal grondrecht op gezondheidszorg. Dat impliceert dat er in preventiestrategieën en gezondheids-campagnes bijzondere aandacht moet gaan naar het bereiken van kwetsbare groepen.

Minister, in welke mate werden er afspraken gemaakt met de provincies? Ik denk dan meer specifiek aan wat er in het begin van deze legislatuur is gebeurd: de provincie ontwikkelt initiatieven rond persoonsgebonden aangelegenheden, zet ze niet voort en men komt dan bij Vlaanderen aankloppen. Het is belangrijk om daar afspraken over te maken of duidelijke richtlijnen aan de provincies te geven volgens de beleidsvisie in de beleidsnota. Gaat de ondersteuning door de provincie Antwerpen uit van een gestroomlijnd initiatief met de inspanningen die u voor Vlaanderen aankondigde, of gaat het om een vrijstaand initiatief van de provincie?

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen): Minister, wijkgezondheidscentra zijn zeer belangrijk. Het staat ook in de beleidsnota dat we ze moeten ondersteunen en dat ze een gecoördineerde aanpak verdienen. Dit mag, eerlijk gezegd, niet afhangen van de goede wil in een provincie. We willen over heel Vlaanderen en Brussel wijkgezondheidscentra. Ik wil de vraag dus iets opentrekken: hebt u al zicht op hoe u die plannen zult uitrollen?

Mevrouw Taelman verwijst naar Modem en terecht. Het is een goede manier van werken vanuit de provincie Antwerpen waar men historisch gezien best veel inspanningen doet op het vlak van persoonsgebonden materies. Dat mag nu niet meer, dat betekent het einde van een aantal initiatieven die we met zijn allen goedvinden. In de provincieraad werden over alle fracties heen moties goedgekeurd om dit toch te behouden. Het overleg tussen de provincies en de Vlaamse overheid over hoe de beleidsniveaus op elkaar kunnen inspelen, is broodnodig.

Mevrouw Taelman, ik had even begrepen dat de provincie het beleid van de Vlaamse Regering mee moet uitvoeren, maar ik hoop toch dat er meer samenwerking kan zijn en dat verschillende beleidsniveaus samen plannen maken waarbij elk niveau inspraak heeft. Het kan niet de bedoeling zijn dat het hoogste niveau beslist wat de rest moet doen, er moet dus overleg zijn. Het is belangrijk dat in de verschillende projecten en initiatieven in de provincies van ons land geen kinderen met het badwater worden weggegooid, dat is echter wat er nu gebeurt.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Taelman, de provinciale subsidie waarnaar u verwijst, is inderdaad een vrijstaand initiatief van de provincie Antwerpen. Daar zijn geen richtlijnen over gegeven aan de provincies. Het gaat hier wel over impulssubsidies. Na de laatste staatshervorming zijn een aantal welzijnstaken weggehaald bij de provincies. We hebben een heel transitieproces gevoerd om die zaken over te nemen door de Vlaamse overheid. Daarbij zijn bestuurs-overeenkomsten afgesloten met alle provincies. Elke provincie mag op haar maat of volgens haar prioriteiten impulssubsidies geven voor een aantal zaken. Dit mag op termijn echter niet leiden tot een impliciete vraag aan de Vlaamse overheid om te financieren en dit moet compatibel zijn met het Vlaamse beleid. Daarom zijn het ook impulssubsidies binnen het bestuursakkoord.

Wat de financiering van de wijkgezondheidscentra betreft, doen wij onder meer met het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) een aantal zaken. Ook via financieringen aan de koepel maken wij een aantal zaken mogelijk. Wij zorgen nog voor een beperkte tegemoetkoming maar

verder gaat het over een federale aangelegenheid. Het gaat immers over de betaling van medische en paramedische prestaties.

Wij staan nu voor een nieuwe fase aangezien die bevoegdheden volledig zullen verdwijnen bij de provincies. Momenteel maken we een inventaris met de provincies en gaan we na hoe de middelen voor netwerkondersteuning en impulsacties zullen worden overgedragen naar het Vlaamse of lokale niveau. Daarna zal onderzocht worden hoe de personeelsoverdracht zal gebeuren. Voor de impulsacties wordt per actie een perspectief geformuleerd en door het betrokken agentschap wordt een transitietraject voorbereid. De timing wordt afgesproken in overleg met minister Homans die op Vlaams niveau verantwoordelijk is voor de operatie.

Vaak zijn die impulsfinancieringen niet recurrent. Daarbij rijst de vraag naar de continuering. Die oefening wordt gemaakt.

Wat ons betreft, moet een en ander passen in de ontwikkelingen van de eerste lijn. We starten binnenkort een denkproces over de evolutie naar een meer integrale zorg en een reorganisatie van het mesoniveau in de eerste lijn. De organisatie van de ondersteuning van de eerste lijn is een bevoegdheid geworden van de gemeenschappen en het is onze ambitie om dat zo goed mogelijk en in overleg met alle actoren op te bouwen. Op die manier willen we ons voorbereiden op de uitdagingen van de toekomst, namelijk meer nood aan chronische zorg, multidisciplinariteit, multiculturaliteit enzovoort.

We willen ook zorgen voor minder versnippering van het ondersteuningsaanbod. We hebben daar een voorbereidingstraject voor opgezet. Aan dat traject zullen de vertegenwoordigers van de verschillende betrokken zorgaanbieders en organisaties deelnemen. Ook de wijkgezondheidscentra zullen vertegenwoordigd zijn gezien hun belangrijke rol in het bereiken van kwetsbare groepen bij preventiestrategieën en gezondheidscampagnes. Dat is de invalshoek waar wij ook expliciet bevoegd voor zijn.

Dit zal begin 2017 leiden tot een conferentie over de ontwikkeling in de eerste lijn waarbij die voorstellen zullen worden besproken. Op basis daarvan zal worden gekeken hoe de decreten die de zaken regelen op Vlaams niveau, moeten worden aangepast.

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Mevrouw Martine Taelman (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw antwoord dat duidelijk schetst dat de provincies zich ervan bewust zijn dat het over impuls-subsidies gaat. De akkoorden zijn gesloten en de aangelegenheden verlaten het provinciale niveau. Er wordt een volledig traject doorlopen om na te gaan of die aangelegenheden naar het Vlaamse dan wel het lokale niveau gaan. Toch dreigt men op die manier, door nieuwe initiatieven te nemen, mensen voor voldongen feiten te plaatsen en problemen bij te creëren. Het lijkt me dan ook niet slecht dat de provincies hier wat meer terughoudendheid aan de dag leggen.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Mevrouw Katrien Schryvers (CD&V): Als inwoner van de provincie Antwerpen en geïnteresseerde in het welzijnsbeleid heb ik die nieuwsbrief over het provinciaal welzijnsbeleid ook gekregen. Ik heb daarbij hetzelfde vastgesteld. De provincie mag natuurlijk impulssubsidies geven. Ik stel vast dat de provincie daar heel actief in is. Iedereen die aanvragen doet, beseft echter dat dit heel tijdelijk is. Dat staat ook uitdrukkelijk in die reglementen en in die aanvraagformulieren. Het is inherent aan een impulssubsidie om een bepaald initiatief te nemen, maar dat vraagt nadien wel terughoudendheid.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen): Ik vind dit een heel raar debat. De provincie Antwerpen stimuleert het opstarten van wijkgezondheidscentra. Dan ga ik ervan uit dat we blij zijn dat dit gebeurt, want dit is een belangrijke hefboom om gezondheid dichtbij de mensen te brengen.

De Vlaamse overheid heeft een aantal extra bevoegdheden inzake eerste lijn. Het is dan ook cruciaal dat we daarop inzetten. Als een ander beleidsniveau initiatieven wil nemen, moeten we blij zijn dat het dat doet in plaats van een brief te sturen dat het daarmee moet stoppen. Ik vind dat een bijzonder gekke manier van werken. Wanneer de provincie Antwerpen – en Groen zit daar niet in de meerderheid – noden ziet, dan is het goed die te signaleren. Misschien bestaan er effectief drempels die ervoor zorgen dat wijkgezondheidscentra niet van de grond komen en moeten we die wegwerken. Dat initiatief moet niet van de provincie Antwerpen afhangen, maar moet op Vlaams niveau worden genomen. Wij moeten nagaan welke noden er zijn en hoe wij ervoor kunnen zorgen dat die worden weggenomen.

Minister, u zegt dat er al een en ander gebeurt en dat het voornamelijk een federale bevoegdheid betreft. Het is echter geen louter federale bevoegdheid om die wijkgezondheidscentra van de grond te krijgen. Dat is ook voor een groot deel een Vlaamse bevoegdheid. Vlaanderen beschikt over een aantal hefbomen om dat in gang te zetten.

U verwijst ook naar het VIPA. Ik heb daar een beetje moeite mee omdat we weten hoe het gesteld is met de VIPA-middelen. Persoonlijk heb ik ook weet van minstens een wijkgezondheidscentrum dat er niet zal komen omdat de middelen van het VIPA zijn stopgezet.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Mevrouw Freya Saeys (Open Vld): Het merendeel van mensen in een lage sociaal-financiële toestand gaat bij een individuele huisarts en niet per se naar een wijkgezondheidscentrum.

Ik denk dat we absoluut nood aan coördinatie hebben. De wijkgezondheidscentra zijn er, oké, maar die centra uitbreiden naar de verschillende provincies, zonder coördinatie, dat vind ik ongehoord.

De heer Peter Persyn (N-VA): Ik sluit me min of meer in dezelfde zin aan. We zijn niet tegen de wijkgezondheidscentra, maar we pleiten wel voor een gelijk speelveld. Ik ken collega's in Antwerpen en Brussel die met twee of drie gaan samenwerken en met eigen middelen een gebouw renoveren. Ze trekken daarvoor ook een diëtiste en psycholoog aan. Ze doen dat met eigen middelen. Ik heb dat ooit ook zelf nog gedaan. We hadden drie psychologen op de eerste verdieping ondergebracht. Op dat moment werd dat allemaal niet terugbetaald, maar we zorgden ervoor dat de patiënten er terecht konden, zelfs als ze niet de nodige financiële middelen hadden.

Ik pleit voor een gelijk speelveld. Dat zal zeker een agendapunt zijn voor de eerstelijnsconferentie. Individuele initiatiefnemers mogen niet worden benadeeld. Ze leveren erg goed werk in de grootstad. In Brussel zijn meer dan duizend huisartsen, waaronder 80 tot 85 Nederlandstaligen. We mogen hen niet in de kou zetten door een apart statuut en impulssubsidies in het leven te roepen. Na een incubatieperiode moeten we erop toezien dat de wijkgezondheidscentra leefbaar zijn. De goede omkadering moet er zijn. Maar volgens mij moet dat op termijn op generieke wijze gebeuren.

De heer Bart Van Malderen (sp.a): Mijnheer Persyn, en ook mevrouw Saeys: jullie hebben het over "een gelijk speelveld" en over "concurrentie". In

wijkgezondheidscentra werkt men op basis van een bepaald financieringsmodel samen opdat de bestaande ongelijkheid op het vlak van de toegang tot medische zorg wordt weggewerkt. Dat is het uitgangspunt. Er zijn nuttige privé-initiatieven die de eerste lijn goed uitbouwen. Dat beantwoordt aan een nood en is dus verantwoord. Binnenkort zullen we het Vlaams Actieplan Armoedebestrijding (VAPA) bespreken. Ongetwijfeld zullen wijkgezondheidscentra dan opnieuw als een speerpunt van het beleidsdomein Welzijn naar voren worden geschoven. Voor een bepaalde groep is medische onderconsumptie immers jammer genoeg een feit. De schampere opmerkingen die ik hier hoorde, verbazen me niet. We zullen daar nog op terugkomen wanneer we het over het VAPA hebben, is het niet?

Mevrouw Martine Taelman (Open Vld): Dit debat vloeit niet rechtstreeks voort uit mijn vraagstelling. U hebt het over schampere opmerkingen, mijnheer Van Malderen. Dat was alleszins niet mijn bedoeling. Ik treed mevrouw Saeys en de heer Persyn wel volledig bij. Er gebeuren al heel veel sociale correcties. Het klopt dat dit iets voor het federale niveau is. Als we almaar meer subsidies zouden geven, wat dan? Pleit u voor een tweesporenbeleid? Een level playing field waarover de heer Persyn het heeft, is echt nodig. Het klopt niet dat men hier schamper uithaalt.

De heer Peter Persyn (N-VA): Ik was zelf een van de gangmakers van de sociale derdebetalersregeling die sinds 1 juli 2011 in werking is. Die regeling zorgt voor een enorme drempelverlaging. Ik kwam geregeld in de Antwerpse binnenstad, waar heel wat nieuwe Vlamingen of nieuwe Belgen van Marokkaanse origine bij jonge huisartsen terecht kunnen voor de derdebetalersregeling. Ga maar eens naar de Carnotstraat: dat zijn prachtige groepspraktijken. U sprak ons aan, mijnheer Van Malderen. Ik pleit er toch voor dat we de discussie op een serene manier voeren en zorgen voor een level playing field. Ik kan me inbeelden dat we inzake subsidies of financieringsmodaliteiten nood hebben aan modules, maar we mogen toch niet met twee maten en twee gewichten werken. U wekt de indruk dat kansengroepen in grootstedelijke milieus verstoken blijven van eerstelijnszorg, maar het tegendeel is waar. Ik wil u meenemen hoor: ik ken de wijkgezondheidscentra, maar ik ken net zo goed de goedwerkende privé-initiatieven.

Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen): Dit is een boeiende discussie. Ik ging ervan uit dat we met zijn allen voorstanders waren van wijkgezondheidscentra, maar ik hoor dat we die vooral niet moeten stimuleren. Dat is een gewrongen standpunt. Wijkgezondheidscentra moeten toegankelijker en betaalbaarder worden gemaakt. Het is ook belangrijk dat er verschillende specialismen samenzitten, zodat mensen heel gemakkelijk de integrale gezondheidszorg krijgen die ze nodig hebben. Dat is een mooi project.

In het regeerakkoord lees ik dat we dat moeten stimuleren, maar blijkbaar staan niet alle regeringspartijen daar achter. Men is voor, maar men wil vooral geen "concurrentievervalsing". Het is het een of het ander: we gaan ervoor of we gaan er niet voor. Ik zeg niet dat daarom een arts in een wijkgezondheidscentra vijf keer meer moet verdienen dan een zelfstandig werkende arts. Maar we moeten toch nadenken over het feit dat ze er nu niet zijn. We moeten de drempels zoeken en die dan wegwerken. Dat is de bedoeling. De handrem die hier wordt opgetrokken, die moeten we loslaten. Het is hoog tijd.

De voorzitter: De hertekening van de eerste lijn wordt geagendeerd, en deze discussie kan daar perfect worden ingepast.

Mevrouw Saeys heeft het woord.

Mevrouw Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, minister, collega's, er zijn hier al veel interessante zaken gezegd. Ik moet de heer Persyn volledig bijtreden. Ik ben niet tegen wijkgezondheidscentra op zich, maar wel tegen een tweesporenbeleid.

Mevrouw Taelman zei dat ook. Als individuele huisarts of via groepspraktijken komen wij zeer veel in contact met mensen die het niet erg breed hebben. We passen nu al dikwijls het derdebetalerssysteem toe. Ook de maximumfactuur bestaat. Er moet goed worden overlegd – met de mensen van de wijkgezondheidscentra, maar vooral ook met de individuele huisartsen, want zij bereiken uiteindelijk de meeste mensen met een laag inkomen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de gezondheidstoestand van artsen in Vlaanderen – 2242 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Mevrouw Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, minister, collega's, dokters zorgen wegens hun drukke agenda te weinig voor zichzelf. Een kwart slaat maaltijden over en een derde kampt zelfs met een chronisch slaapttekort. Dat alles blijkt uit een masterproef die bij 200 Oost-Vlaamse artsen peilde naar hun welzijn.

Uit mijn eigen masterproef bleek reeds dat 95 procent van de artsen drinkt, tegenover 70 procent van de bevolking. 1 op 7 artsen drinkt dagelijks en vooral mannen doen aan bingedrinken. Bij roken zien we een omgekeerd beeld: slechts 8 procent van de artsen rookt, tegenover 22 procent bij de bevolking. 1 op 7 artsen gebruikte het afgelopen jaar slaapmiddelen, 1 op 20 nam kalmeermiddelen, 1 op 25 antidepressiva en ten slotte 1 op 9 pijnstillers met het verslavende codeïne. Daarbij gaat het vooral om vrouwen, en het gebruik neemt toe met de leeftijd.

Slapeloosheid, misbruik van middelen, burn-out, depressie: het zijn allemaal tekenen van hetzelfde basisprobleem, namelijk overbevraging en stress.

Artsen zoeken niet makkelijk zelf hulp. De meeste huisartsen hebben geen eigen huisarts, twee op de drie geeft toe dat hij of zij het moeilijk zou hebben om professionele hulp te zoeken bij psychische problemen of verslaving. Een dokter die goed in zijn vel zit, maakt minder fouten en voert minder onnodige behandelingen uit.

Minister, vorig jaar ontving ik van uw kabinet als antwoord op mijn schriftelijke vraag dat er voor zover u weet geen initiatieven zijn op Vlaams niveau die specifiek gericht zijn op artsen. Bij de huisartsenvereniging Domus Medica maken ze zich echter al langer zorgen over het welzijn van artsen. De vereniging werkt daarom aan een plan met maatregelen om burn-out, depressies en zelfdodingen bij artsen te vermijden. Bent u op de hoogte van de plannen van Domus Medica? Zo ja, hebt u dit reeds met hen besproken?

De gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs loopt af einde 2015. Zult u in de nieuwe gezondheidsdoelstelling aandacht besteden aan deze doelgroep? Kan het plan van Domus Medica hierin passen? Indien dit plan zou worden opgenomen, dan duurt het uiteraard nog enige tijd vooraleer de actie voelbaar is op het terrein. Kan ondertussen al een aanvang worden gemaakt met begeleiding van huisartsen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Artsen worden in het Vlaams actieplan suïcidepreventie genoemd bij de groepen die vanuit hun beroepsgroep een hoger risico

vertonen voor een overlijden door suïcide. Dit risico kennen we door vaststellingen in andere landen en in de wetenschappelijke literatuur. De bevindingen zijn niet altijd eenduidig, maar vooral bij vrouwelijke artsen wordt een verhoogd risico op suïcide aangehaald. Voor Vlaanderen beschikken we vooralsnog niet over beroepsspecifieke gegevens.

Domus Medica heeft inzake preventie voor Vlaanderen het voortouw genomen. Domus Medica doet dit binnen de beheersovereenkomst die Vlaanderen met hen sloot voor hun rol in het preventieve gezondheidsbeleid. Binnen dit project onderzoekt Domus Medica hoe het nu zit met de geestelijke gezondheid van de huisartsen in Vlaanderen. Hiervoor worden artsen bevestigd via een online enquête, interviews en een digitale postbus. Voor het aantal sterftes door suïcide bij huisartsen worden alle sterftecertificaten van overlijden door suïcide van de meest recente jaren geanalyseerd. Domus Medica bezorgt het resultaat van haar onderzoek nog voor het einde van het jaar.

Tijdens de voorbereidingen voor de herziening van de gezondheidsdoelstelling tabak, alcohol en drugs zal op wetenschappelijk onderbouwde wijze bekeken worden wat wel en wat niet meegenomen kan worden en hoe de prioriteiten gelegd worden in de doelstelling. Het is vandaag te vroeg daar al voorafnames op te doen.

Van een nieuw plan van Domus Medica heb ik geen weet. Ik veronderstel dat het gaat over wat ze in het kader van de beheersovereenkomst voor ons ontwikkelt. Voorlopig wordt onderzocht in welke mate artsen een verhoogd risico lopen op suïcide.

Het spreekt voor zich dat artsen, net als elke andere burger, een beroep kunnen doen op de algemene voorzieningen. Het is tegelijk geweten dat ze dat al te vaak niet doen. De drempel ligt hoog. Dat geldt zover we kunnen overzien voor alle aspecten van geestelijke gezondheid. Uit literatuuronderzoek blijkt dat vertrouwelijkheid en de toepasbaarheid in de huisartsencontext belangrijke concepten zijn voor het welslagen van acties naar artsen in psychische nood. Onderzoek naar de invulling van dit concept door de Vlaamse artsen en het belang ervan voor artsen in problemen, is dan ook cruciaal. We kijken dus zeker uit naar de resultaten van het onderzoek om eventuele acties naar deze groep te ondernemen, ook inzake toegankelijkheid van het aanbod.

Mevrouw Freya Saeys (Open Vld): Minister, ik ben erg tevreden dat artsen zullen worden opgenomen in het suïcidepreventieplan. Het klopt dat vooral vrouwelijke artsen een risicogroep vormen. Ik ben erg verheugd dat de resultaten van het onderzoek al gekend zullen zijn voor het einde van het jaar. Een individueel probleem bij een arts is ook een maatschappelijk probleem, en daar moet enorm veel aandacht aan worden besteed, zeker wat betreft de implicaties. Artsen worden nog altijd als rolmodel beschouwd. Ze voelen enorm veel schroom en hebben vaak niet de mogelijkheid om andere artsen te raadplegen omdat het collega's zijn. Het is dan ook erg belangrijk om met die resultaten aan de slag te gaan.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over tuberculose – 2249 (2014-2015)

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen (sp·a): Minister, de aanleiding voor deze vraag is het tragische overlijden aan tuberculose van een 14-jarige leerlinge. De vraag

gaat uiteraard niet over dit geval, maar over de reactie van de medisch directeur van de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). Hij verklaarde dat de laatste geverifieerde cijfers over gevallen van tuberculose van 2012 dateren. Toen waren er 54 sterfgevallen, waarbij we de nuance moeten maken dat bij heel veel gevallen er een andere doodsoorzaak was. Tbc kwam minstens met één andere aandoening voor.

De website van de VRGT beschikt over cijfers voor 2013, maar die zouden nog niet geverifieerd zijn. We zijn midden 2015. Eerdere vragen in dit parlement en daarbuiten hebben gewezen op een nogal zorgwekkende evolutie met betrekking tot tuberculose. Het lijkt me belangrijk dat van kortbij de evolutie van de ziekte, die een schokgolf door een gemeenschap stuurt als een tragisch overlijden zich voordoet, wordt opgevolgd. Op die manier kan ook een en ander in een juist perspectief worden geplaatst.

Uit cijfers van het Agentschap Zorg en Gezondheid blijkt dat de afgelopen jaren geen kinderen maar wel baby's overleden aan tbc. In België zijn er elk jaar een duizendtal nieuwe gevallen en het probleem zou zich het scherpst in Brussel stellen.

In uw beleidsnota lees ik dat u vier elementen wilt opzetten in een preventiestrategie: actieve screening van risicogroepen, passieve screening, contactonderzoek, en behandeling en opvolging van recent besmette contactpersonen. Daar spreekt ambitie uit om kort op de bal te spelen. Dat staat in contrast met de vaststelling dat we twee jaar na datum geen geverifieerde cijfers hebben van de screening.

Kunt u toelichten welke methode wordt gebruikt om gegevens rond tuberculose te verzamelen? Kunt u toelichten waarom het zo lang wachten is op geverifieerde cijfers? Wanneer zullen de cijfers voor 2013 en 2014 beschikbaar zijn? Kunt u toelichting geven bij het bereik van de actieve screening van risicogroepen? Hoe wordt dit bereik bepaald en geëvalueerd? Kunt u toelichting geven bij de evolutie van tbc in Vlaanderen? Kunt u toelichting geven bij de preventiestrategie en de vier deelelementen? Wat is de stand van zaken? In welke initiatieven en maatregelen voorziet u? Kunt u toelichten hoe de gegevensverzameling en preventieve strategie in Brussel in de praktijk verloopt? Kunt u toelichting geven bij het outbreakmanagement en de outbreakcontrole inzake tuberculose? Welke rol is hierin weggelegd voor het Outbreak Management Team dat onlangs is samengesteld?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Mevrouw Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, minister, collega's, in tegenstelling tot wat we denken, is tuberculose in ons land niet verdwenen. Er is een incidentie van 9,5 op 100.000 inwoners. Daarmee behoort België tot één van de laagste incidentielanden wereldwijd.

Tuberculose kan volledig worden genezen met antibiotica. De behandeling duurt zes maanden en bestaat meestal uit drie tot vier geneesmiddelen. Na besmetting bij gezonde mensen is er slechts 10 procent kans dat de ziekte zich ontwikkelt in de daaropvolgende jaren. De kans is het grootst bij jonge kinderen en dragers van hiv. De ziekte is sterk armoedegerelateerd. Risicogroepen zijn dan ook kansarmen, dak- en thuislozen, gedetineerden, nieuwkomers uit hoge incidentie-landen, asielzoekers, druggebruikers enzovoort. 54,6 procent van de gevallen komt voor bij niet-Belgen en 45,4 procent bij Belgen. 20 procent bij asielzoekers en mensen zonder papieren, dus 80 procent bij mensen die niet uit deze twee bevolkingsgroepen komen.

Er bestaat ook een Bacillus Calmette-Guérin-vaccin (BCG). In het advies van de Hoge Gezondheidsraad stond ook dat migratie geen bedreiging is voor de volksgezondheid in België, dat een systematische vaccinatie van jonge kinderen niet is aangewezen, tenzij voor bepaalde groepen.

Minister, worden hoogrisicogroepen, zowel Belgen als niet-Belgen, gescreend? Zo ja, hoe vindt men die mensen en via welke kanalen? Wat is de rol van de huisarts bij de screening van deze mensen?

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Mevrouw Caroline Croo (N-VA): Minister, ik sluit me aan bij mevrouw Saeys. Ik vraag me dan wel af of u het nuttig acht, in het licht van uw voornemen van een accuraat vaccinatieprogramma voor 2020, om een preventieve campagne in de scholen op te starten.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, in Vlaanderen en de andere gemeenschappen is tuberculose een meldingsplichtige infectieziekte. Artsen zijn dus verplicht een vermoeden van tbc aan de Vlaamse overheid te melden. De meldingscijfers voor Vlaanderen kunnen maandelijks worden geraadpleegd op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Met deze ruwe cijfers, die dus erg snel beschikbaar zijn, kan men reeds een inschatting maken van de evolutie van tuberculose in Vlaanderen. Eind februari van het jaar volgend op het registratiejaar bezorgen wij de cijfers aan de statisticus van de Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT). Die voegt de data van alle gemeenschappen samen en voert een controle uit op dubbele meldingen. In september heeft de statisticus van de VRGT de verwerking van alle data voor België afgewerkt. De cijfers worden vervolgens vergeleken met cijfers uit de ons omringende Europese landen en becommentarieerd door de VRGT. Dit rapport is dan klaar eind februari van het tweede jaar volgend op het registratiejaar. De cijfers van 2013 zijn reeds beschikbaar op de website van de VRGT. Het rapport van de cijfers van 2014 zal klaar zijn begin 2016.

Voor het eerst werd er ook een Vlaams rapport gepubliceerd op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid over de cijfers van 2013. Volgens de beheersovereenkomst met de VRGT, bezorgt de VRGT het Vlaams rapport op 30 september van het jaar volgend op het registratiejaar. De cijfers van 2014 zullen dus in het najaar 2015 op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid raadpleegbaar zijn.

De actieve screening van risicogroepen – dit zijn asielzoekers, gedetineerden en nieuwe immigranten – is via de beheersovereenkomst een taak die uitbesteed is aan de VRGT. Risicogroepen worden doorgaans gescreend via een longfoto, behalve kinderen onder de 5 jaar, rolstoelgebruikers en zwangeren. Zij krijgen een tuberculinehuidtest. De binnenkomstscreening van de asielzoekers gebeurt door de Dienst Vreemdelingenzaken (DVZ). Asielzoekers met een verdacht longbeeld bij de binnenkomstscreening en die toegewezen worden aan Vlaanderen, worden opgevolgd door de VRGT. Nadien worden de asielzoekers nog gescreend na zes maanden en na een jaar. Het bereik van de screening van de asielzoekers bij binnenkomst op de DVZ bedraagt 98 procent. De 2 procent gemiste gevallen worden nadien ook nog verder opgevolgd door de VRGT.

Gedetineerden krijgen zo snel mogelijk na hun detentie een longfoto. Na drie maanden krijgen ze een tuberculinehuidtest. Indien die negatief is, wordt de test jaarlijks herhaald. Personen met een positieve test krijgen een nieuwe longfoto en worden nadien jaarlijks met longfoto opgevolgd.

De nieuwe immigranten krijgen een uitnodigingsbrief waarin staat dat ze zich gratis op tuberculose kunnen laten onderzoeken bij de VRGT. Er gebeurt ook jaarlijks een screening bij mensen zonder papieren in gesloten centra. Voor deze groepen is de dekkingsgraad moeilijk te berekenen. Voor de eerste aanvullende screening en opvolgscreening van asielzoekers is dit onmogelijk omdat er geen

gegevens bekend zijn over hoeveel asielzoekers deze screening zouden moeten krijgen: de 'noemer' in de berekening ontbreekt. Voor de screening van de gevangenen kan justitie de cijfers over het aantal te screenen gedetineerden niet bezorgen. Ook hier ontbreekt dus de noemer in de berekeningsbreuk. Ook over de screening van nieuwe immigranten en mensen zonder papieren kan er geen dekkingsgraad worden berekend omdat de totale aantallen van deze groepen niet gekend zijn.

Sinds 1981 is er een blijvende dalende trend in het aantal tuberculosegevallen in Vlaanderen. De laatste drie jaar is deze gestagneerd op het lage niveau van 6,6 gevallen per 100.000 inwoners.

De preventiestrategie die in de beleidsnota beschreven staat, is al jaren de basis van de tuberculosebestrijding in Vlaanderen: actieve screening van risicogroepen, passieve screening, bron- en contactonderzoek en ten slotte behandeling en opvolging. De actieve screening van risicogroepen wordt uitgevoerd door de VRGT in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid. Passieve screening is de verantwoordelijkheid van de curatieve sector. De VRGT biedt een opleidingsprogramma aan voor artsen in de eerste lijn en voor alle intermediairen die werken met risicogroepen. Het blijkt echter niet gemakkelijk om huisartsen te motiveren om een opleiding over tbc te volgen. De VRGT is momenteel bezig met het ontwikkelen van een e-learningpakket voor intermediairen die werken met risicogroepen zodat zij mensen met verdachte symptomen sneller naar de VRGT of de curatieve sector kunnen doorverwijzen voor verder onderzoek. Het bron- en contactonderzoek wordt gecoördineerd door het Agentschap Zorg en Gezondheid. De uitvoering gebeurt in samenwerking met diverse actoren zoals de VRGT, de eerste lijn en de longartsen. De behandeling en opvolging van recent besmette contactpersonen is een taak van de curatieve sector. Het Agentschap Zorg en Gezondheid en de VRGT bezorgen hen hiervoor de nodige richtlijnen. Om de kostenefficiëntie van de verschillende elementen te evalueren loopt momenteel een overheidsopdracht.

In Brussel is de Vlaamse overheid enkel verantwoordelijk voor de tuberculosegevallen die zich voordoen in unicommunautair Vlaamse instellingen. De preventiestrategie voor deze gevallen is dezelfde als die voor Vlaanderen. De andere tuberculosegevallen worden gemeld aan de artsen van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest die hiervoor nauw samenwerken met de VRGT en het Fonds des Affections Respiratoires (FARES).

Bij elke melding van een tuberculosepatiënt wordt de besmettelijkheid ingeschat en wordt er samen met de patiënt een contactlijst opgesteld van de te onderzoeken contacten van deze patiënt. Deze contacten worden per brief uitgenodigd om zich te laten screenen. Voor deze screening kunnen ze gratis terecht bij het Agentschap Zorg en Gezondheid en de VRGT of betalend bij een arts naar keuze. Bij grotere groepen – zoals bijvoorbeeld de school in het recente geval – of in bijzondere gevallen – besmetting bij bezoekers van cafés, mensen die zich zelf niet willen of kunnen verplaatsen – gaan de verpleegkundigen van het Agentschap Zorg en Gezondheid en bij capaciteitsproblemen ook de verpleegkundigen van de VRGT ter plaatse testen uitvoeren. Zij verzamelen de resultaten en verwijzen contacten, indien nodig, verder voor onderzoek en eventueel behandeling. Contacten die zich niet aanbieden voor onderzoek krijgen nog eens een herinneringsbrief. Indien er paniek is in een bepaalde groep, besteedt het Agentschap Zorg en Gezondheid extra aandacht aan uitgebreide communicatie over de risico's om besmet te worden door tuberculose.

Het nog op te richten Outbreak Support Team (OST) wordt gerealiseerd in uitvoering van het MDRO-protocolakkoord (multi-drug resistant organism) tussen de gemeenschappen en de federale overheid en heeft alleen betrekking op

uitbraken in zorginstellingen. Het is de bedoeling dat het uitbraakonderzoek door het OST wordt ondersteund, in tegenstelling tot onze acties rond tbc in de gemeenschap, waar we het onderzoek volledig zelf voeren. Alleen wanneer de ondersteuning door het OST niet zou volstaan om het probleem in een zorginstelling op te lossen, neemt het OST handhavende maatregelen en wordt de sturende component opgevoerd.

De vraag of we moeten overgaan tot een screening moet het voorwerp uitmaken van een advies van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek. Wanneer uit wetenschappelijke literatuur of uit aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie zou blijken dat er een aanleiding is om dergelijke maatregel in overweging te nemen, dan wordt het advies gevraagd van de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek. Als daaruit blijkt dat de afweging tussen inspanningen, risico's en gezondheidswinst dat verantwoordt, dan kunnen we dat in overweging nemen. Ik heb er geen weet van dat er momenteel zo'n vraag voorligt, maar ik zal het voor alle zekerheid nog eens nagaan.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen (sp.a): Het is echt niet mijn ambitie om te vervallen in een welles-nietesspelletje. De aanleiding van mijn vraag was net dat op 20 mei, datum van indiening van mijn vraag, in weerwil van wat u net hebt gezegd, op de website van de VRGT staat dat het geen geverifieerde cijfers zijn uit 2013. In de officiële communicatie, naar aanleiding van het sterfgeval in Herzele, heeft men ook zwart op wit gezegd dat de laatste cijfers afkomstig zijn uit 2012. Die procedure sleept behoorlijk lang aan. Als men pas in september van het jaar nadien over geverifieerde cijfers beschikt, gecombineerd met een meldingsplicht, lijkt me dat een nogal omslachtige procedure. Ik zou u willen vragen na te gaan in hoeverre dat kan worden rechtgezet op die website en of die procedure niet korter kan.

Ik ben een beetje geschrokken van het onvermogen bij Justitie om te weten wat het bereik is van screening bij gevangenen. Ik kom uit Dendermonde, dat is een stad die een beetje een kwalijke reputatie heeft over het in huis houden van gevangenen. Maar over het algemeen zijn dat toch vrij behoorlijk gesloten instellingen waar een behoorlijke registratie aan vooraf gaat. Ik vind het raar dat men niet weet welk bereik men heeft op gevangenen. De link tussen Welzijn en Justitie moet hier absoluut worden gelegd. Ik wil u vragen om daar ten aanzien van uw verantwoordelijke collega iets rond te doen. Het gaat immers over een populatie met een hoog risico, maar blijkbaar zijn wij zelf niet op de hoogte van het bereik laat staan van de efficiëntie. Het is een beetje fluiten in het donker wat we daar doen. Ik wil u vragen om daar aandacht aan te besteden.

Minister Jo Vandeuren: Ik heb het even gecheckt. De gegevens staan wel degelijk op de website, maar het is mogelijk dat dit is gebeurd nadat er een indringende vraag was gesteld door de heer Van Malderen. Ik kan niet achterhalen wanneer dat is gebeurd.

Wat Justitie betreft, is het geen kwestie van niet willen. Het heeft veeleer te maken met het feit dat de werking van het informaticasysteem niet onmiddellijk aan de orde is. Alle gedetineerden worden systematisch gescreend wanneer zij de gevangenis binnenkomen. Op die manier is dit systeem relatief sluitend. Het al dan niet registeren zal ik samen met de minister van Justitie bekijken. We zullen dit toevoegen aan de lijst.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Sabine de Bethune aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een veroordeelde jeugdtrainer
– 2247 (2014-2015)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw de Bethune heeft het woord.

Mevrouw Sabine de Bethune (CD&V): Minister, naar aanleiding van de case waar ik naar verwijs in mijn vraag, stel ik een meer algemene vraag. U herinnert zich wellicht de feiten.

Enkele weken geleden vernamen we via de media dat een jeugdtrainer die een jaar geleden werd veroordeeld voor de verkrachting van een minderjarige, nog een jaar lang voetbaltraining gaf aan jonge kinderen. De trainer moest zich in april 2014 voor de rechter verantwoorden voor de belaging van een vrouw en de verkrachting van een minderjarig meisje. De rechter oordeelde in juni 2014 dat er voldoende bewijzen van schuld waren. De trainer werd veroordeeld tot vijf jaar effectieve gevangenisstraf en werd tien jaar uit zijn burgerrechten gezet. Er werd echter niet om zijn onmiddellijke aanhouding gevraagd, met als gevolg dat de man in kwestie nog bijna een jaar lang voetbaltraining gaf aan jonge kinderen.

Minister, ik heb geen vraag over dit concrete geval, tenzij u een opmerking zou hebben over de procedure. Dat valt echter niet onder onze bevoegdheid. Maar misschien hebben zich meerdere dergelijke gevallen voorgedaan. Is het uitgesloten dat zich nog andere dergelijke gevallen voordoen? Zou dit kunnen gebeuren door een leerkracht, in een zorginstelling? De indruk is gewekt dat er een missing link is. Heeft Justitie gefaald door de man niet onmiddellijk aan te houden of de informatie te verspreiden waar ze moest terechtkomen? Het gaat hier over een horizontale problematiek die verband houdt met sport, cultuur en onderwijs. Hoe kan men ervoor zorgen dat de instellingen die mensen tewerkstellen, op de hoogte zijn wanneer die tewerkgestelde mensen een gevaar zouden kunnen betekenen voor de veiligheid van de kinderen en dus niet geschikt zijn voor dergelijke functies?

Is het een probleem dat op federaal vlak moet worden opgelost, of kunt u daar een Vlaams beleid tegenover stellen?

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

De heer Lorin Parys (N-VA): Mevrouw de Bethune, ik begrijp uw bezorgdheid, maar het strafrecht is nu eenmaal zo. Nog niet zo lang geleden was er een opschorting van straf waardoor de feiten, zelfs indien er op geen enkele manier een missing link was, niet op het strafblad zouden verschijnen van de persoon die zich aandient voor deze of gene functie. Ik sluit me aan bij uw bezorgdheid, maar ik vraag me af of wij voor elke casus een sluitend antwoord kunnen geven, zeker wanneer we weten dat er zoiets als opschorting van straf bestaat.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Mevrouw Freya Saeys (Open Vld): Ik sluit me aan bij deze vraag. Ik vraag me ook af of het opportuun zou zijn dat de ministers van Welzijn, Sport en eventueel Onderwijs overleg plegen met de minister van Justitie om er in geval van zedendelicten over te waken dat de communicatie van Justitie ten aanzien van alle betrokken sectoren die werken met kinderen en jongeren, vlot verloopt.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het protocol kindermishandeling en de engagementsverklaring ter bescherming van de seksuele integriteit van minderjarigen in de jeugdsector, de vrijetijdsector, de sport, het onderwijs, de jeugdhulp en de kinderopvang van 29 februari 2012 vormen de bouwstenen van het Vlaams beleidskader inzake grensoverschrijdend gedrag. Dit beleidskader is geënt op het VN-Verdrag inzake de Rechten van het Kind van 20 november 1989 en op internationaal-rechtelijke verbintenissen in het kader van de bescherming van kinderen tegen seksuele uitbuiting en seksueel misbruik, het zogenaamde verdrag van Lanzarote.

De opvolging en de bespreking van de uitvoering van de in dit protocol opgenomen engagementen situeren zich binnen het Vlaams Forum Kindermishandeling dat samengesteld is uit actoren uit Welzijn, Justitie, Binnenlandse Zaken, Onderwijs, Jeugd en Sport.

Binnen de afspraken in het raam van het protocol gaan we ervan uit dat elke medewerker in een onderwijs-, sport- vrije tijd- of zorgcontext mee verantwoordelijk is om de psychische, fysieke en seksuele integriteit van elk kind te vrijwaren. Kinderen en jongeren verdienen bescherming tegen elke vorm van grensoverschrijdend gedrag of misbruik. Om dit te realiseren werden het Raamwerk Seksualiteit en Beleid en het Vlaggensysteem ontwikkeld. Wat preventie en optreden inzake grensoverschrijdend gedrag betreft, biedt vooral het Raamwerk Seksualiteit en Beleid bouwstenen aan voor een beleid over seksualiteit en lichamelijke integriteit. Het bundelt een modelvisie, concrete instrumenten en achtergrondinformatie. Daarmee kunnen organisaties een nieuw beleid over seksualiteit ontwikkelen of een bestaand beleid bijschaven. Zo'n beleid heeft het voordeel dat het duidelijkheid en veiligheid creëert voor alle betrokkenen. Deze instrumenten bieden per beleidsdomein de handvaten om zowel beleidsmatig, bijvoorbeeld op het niveau van een voorziening, een sportclub, een jeugdbeweging enzovoort, als in de praktijk om te gaan met grensoverschrijdend gedrag.

Er zijn ondertussen vijf specifieke raamwerken ontwikkeld, op maat van de integrale jeugdhulp, de jeugdsector, de kinderopvang, de sportsector en het onderwijs. Het is belangrijk dat er in het werkveld en binnen de diverse beleidsdomeinen continu werk wordt gemaakt van de bekendmaking en een vorming over de reeds beschikbare tools.

Specifiek wat het Vlaamse beleid betreft, wordt dus verder bekeken of een update van de engagementen van de ministers van Onderwijs, Welzijn, Sport en Jeugd moet worden geformuleerd. Het is immers essentieel dat lopende acties in de betrokken beleidsdomeinen gecontinueerd worden. De omvang en de impact van geweld op kinderen en jongeren maken het daarnaast ook noodzakelijk om verdere stappen te zetten in de preventie en de aanpak van fysiek, psychisch en seksueel geweld op kinderen.

De bundeling van krachten tussen de verschillende beleidsdomeinen en het realiseren van een transversale aanpak vormen daarbij belangrijke aandachtspunten. In dat kader maken we werk van acties uitgaande van vier pijlers: kennisverruiming en kennisdeling met betrekking tot geweld op kinderen en jongeren; algemene ondersteunende en sensibiliserende acties naar de brede bevolking, ter bescherming van de fysieke, psychische en seksuele integriteit van kinderen; adequaat en gepast omgaan met de integriteit van minderjarigen en met grensoverschrijdend gedrag en misbruik van kinderen en jongeren in de betrokken sectoren; en het aanbieden van gepaste ondersteuning en hulp aan minderjarige slachtoffers en daders van grensoverschrijdend gedrag en misbruik.

U weet dat wij alle sectoren die onder het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin vallen, in het kader van het Kwaliteitsdecreet de verplichting hebben opgelegd om daaromtrent een beleid te voeren in de instelling en de

voorziening. Daarin is trouwens ook een meldingsplicht opgenomen ten opzichte van de betrokken administratie. Dat is ondertussen in al onze regelgeving opgenomen.

Een gedegen aanpak van grensoverschrijdend gedrag veronderstelt uiteraard ook overleg tussen Vlaanderen en Justitie om bijvoorbeeld na te gaan hoe men in diverse settings tijdig verwittigd kan worden indien een betrokkene veroordeeld is voor zedenfeiten. Nog voor het zomerreces zal binnen het Vlaams Forum Kindermishandeling, samen met Justitie, die thematiek verder besproken worden. Voorts heeft men ons meegedeeld dat de minister van Justitie aan zijn administratie de opdracht heeft gegeven om een wetsontwerp te verfijnen dat op korte termijn voyeurisme strafbaar zal stellen.

Mevrouw Sabine de Bethune (CD&V): Minister, bedankt voor die informatie. Ik begrijp dat er over het concrete punt dat de aanleiding tot mijn vraag vormde, overleg zal plaatsvinden tussen Justitie en de bevoegde Vlaamse administratie, om te zien hoe men dit kan voorkomen. We zullen hier misschien over enkele maanden op terugkomen. *(Opmerkingen van minister Jo Vandeurzen)*

Hier gaat het over een veroordeling, er is dus geen geheim van het onderzoek. Ik weet dat er een veelheid van gevallen en nuances is en dat het niet evident is om elk geval te voorzien, maar als het echt over een veroordeling gaat, zou er toch een mechanisme moeten kunnen bestaan opdat die informatie zou kunnen doorstromen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de multidisciplinaire werking van de medisch-sociale opvangcentra (MSOC's) – 2263 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

De heer Björn Anseeuw (N-VA): De medisch-sociale opvangcentra (MSOC's) zijn ambulante centra voor personen met een drugsprobleem die het gevoel hebben dat ze nergens anders meer terecht kunnen voor hulp. De centra richten zich vanzelfsprekend tot de gebruikers, maar ook tot hun nabije omgeving, familieleden, vrienden. Zo zijn er al een aantal projecten op poten gezet binnen die MSOC's.

De MSOC's staan in voor de begeleiding, ondersteuning en behandeling van cliënten op medisch, psychisch en sociaal vlak en beogen hiermee een verbetering van hun algemene toestand. Multidisciplinair werken is voor MSOC's dus erg belangrijk. Dat is trouwens ook vastgelegd in de conventies die het RIZIV daarover met de centra heeft afgesloten.

De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) kaartte eerder al het tekort aan psychiaters aan. Een advies van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België van 2013 spreekt ook over de uitdagingen waar de psychiatrie voor staat op het gebied van opleiding, wetenschappelijk onderzoek en beroepsuitoefening. Het tekort aan psychiaters in opleiding zorgt ervoor dat de vacatures in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg), psychiatrische afdelingen van algemeen ziekenhuizen (PAAZ) en psychiatrische ziekenhuizen niet meer of moeilijk ingevuld geraken.

Ik geef een voorbeeld dat dus wel de hele sector treft. Het MSOC van Oostende kampt met de gevolgen van dit probleem. De functie van psychiater is er al sedert 1 juli 2014 niet meer ingevuld. Geen enkele psychiater schreef zich in voor

de overheidsopdracht die daarvoor werd uitgeschreven. Het niet kunnen invullen van de functie van psychiater suggereert dat dit geen probleem van voorbijgaande aard is.

Minister, welk perspectief kunt u de MSOC's bieden zodat ze een goede multidisciplinaire werking kunnen uitbouwen? Welke oplossingen schuift u in dit kader naar voren? Die multidisciplinaire werking is niet onbelangrijk. De psychiater levert niet alleen een concrete prestatie voor de cliënten, maar als teamlid brengt hij ook expertise in. Welke maatregelen werden al genomen om de multidisciplinaire werking te garanderen, ondanks deze problematiek? Men heeft al geprobeerd om die functie te laten waarnemen door een huisarts. Wat is uw mening daarover? Welke alternatieven ziet u daarvoor? De afwezigheid van psychiaters zorgt voor structurele problemen, gezien het belang van de multidisciplinaire werking. Sommige MSOC's zoeken creatieve oplossingen, maar het probleem is toch structureel aan het worden.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, de heer Anseeuw kaart hier een heel herkenbaar probleem aan. We hebben het daarover ook hier in de commissie al gehad. Ik herinner me een discussie over kinderpsychiaters. Ook dat probleem is erg prangend. Ook in de commissie Onderwijs zijn al vragen gesteld over de stageplaatsen, precies omdat in de cgg's de vacatures niet ingevuld geraken. Een tijdje geleden waren we in mijn streek geconfronteerd met het feit dat veel van onze psychiaters in Nederland aan de slag gingen. Misschien heeft dat te maken met het feit dat ik in een grensregio woon, dicht bij Nederland. Zoals velen onder jullie ben ik actief in raden van bestuur in de sector zelf. Het is mijn aanvoelen dat de trend wat aan het keren is. Is dat ook uw indruk, minister? Ik heb de indruk dat Nederland als het beloofde land iets minder aantrekkelijk wordt voor psychiaters, ten voordele van onze sector van de geestelijke gezondheid. Het is wel zo dat veel van onze voorzieningen extra inspanningen leveren om de uren opgevuld te krijgen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, we hebben geen exacte cijfers van MSOC's die psychiateren niet ingevuld krijgen. Wel is duidelijk dat het MSOC Oostende met deze problematiek niet alleen staat. Ook de MSOC's van Gent en Antwerpen krijgen de psychiateren niet ingevuld. Ook voor de dagcentra en sessiecentra is het zeer moeilijk om de in de conventie voorziene psychiateren in te vullen. Het RIZIV heeft in het verleden aanvaard dat een aantal centra die uren lieten invullen door een verslavingsarts, maar de afgelopen jaren wordt dit geweigerd. Zoals de heer Anseeuw zegt, hebben ook cgg's de grootste moeite om voldoende psychiaters aan te trekken, zeker in regio's waar geen universitair ziekenhuis in de buurt is. In de Westhoek bijvoorbeeld is het extra moeilijk om voldoende psychiaters te vinden.

De specifieke problematiek van het MSOC Oostende is bij ons gekend. We hebben hierover ook overleg gehad met de mensen van het MSOC Oostende. Zoals u weet, is het MSOC een van de voorzieningen verslavingszorg die naar aanleiding van de zesde staatshervorming onder Vlaamse bevoegdheid komt. Er bestaat een protocolakkoord tussen de federale en gefedereerde overheden over die zesde staatshervorming. Daarin is onder andere een transitieperiode voor elke over te nemen bevoegdheid afgesproken.

Tijdens die transitieperiode continueert het RIZIV zijn aansturing onder verantwoordelijkheid van de Vlaamse overheid en krijgt de Vlaamse overheid tijd om een nieuw beleid uit te werken. Voor de RIZIV-conventies verslavingszorg loopt de transitieperiode tot eind 2017. In deze periode gaan we uit van een

continuering van beleid zodat we al onze aandacht en energie kunnen richten op het ontwerpen van nieuw beleid. Het is dan ook niet de bedoeling om tijdens deze periode grote wijzigingen aan te brengen. Desalniettemin engageren we ons om in overleg met het RIZIV de continuïteit te garanderen voor de organisaties die nieuwe Vlaamse bevoegdheid zijn en gezamenlijk naar werkbare oplossingen te zoeken. We vroegen de MSOC's dan ook om een gezamenlijk actie te ondernemen en aanbevelingen te doen tot aanpassingen die we dan verder zullen bekijken, ook met het RIZIV.

Voor het nieuwe Vlaamse beleid inzake verslavingszorg vanaf 2018 zijn we een voorbereidend traject gestart. In het najaar 2015 organiseren we een symposium over verslavingszorg, en in voorbereiding daarvan verzamelen we alle relevante spelers uit het veld om een gezamenlijke visietekst te maken. Deze visietekst zal input leveren voor het nieuwe beleid en nieuwe noodzakelijke regelgeving. Ook in het traject erna zal de sector betrokken worden. Het lijkt nu reeds duidelijk dat de multidisciplinaire werking een centraal element zal blijven vormen.

Als gevolg van de zesde staats hervorming krijgt de Vlaamse overheid er heel wat nieuwe bevoegdheden bij, verslavingszorg is er slechts één van. Het is dan ook een uitzonderlijke uitdaging om voor alle nieuwe sectoren een passend Vlaams kader te ontwerpen.

We onderzoeken ook in andere deelsectoren van de geestelijke gezondheidszorg op welke wijze we de medische expertise en kwaliteit op een alternatieve wijze kunnen waarborgen. We denken dan bijvoorbeeld aan samenwerkingen tussen voorzieningen, niet enkel kijken naar diploma maar ook naar relevante beroepservaring, samenwerking met zelfstandig gevestigde psychiaters enzovoort. In een netwerk van voorzieningen kun je krachten bundelen en zijn er opportuniteiten om een groter pakket aan psychiateren aan te bieden met een gevarieerde opdracht onder goede arbeidsvoorwaarden.

Het MSOC Oostende is akkoord gegaan met de terugvordering van het RIZIV. Binnen het debat over de contingentering zijn de deelstaten bevoegd voor de subquota. We gaan nu na hoe we met de universiteiten en alle betrokkenen een beleid kunnen voeren waardoor de subquota ook op een voldoende manier worden ingevuld door studenten. In de vorige legislatuur heeft de Vlaamse overheid al naar aanleiding van het debat over de contingentering daaromtrent standpunten ingenomen. Er is bijvoorbeeld gesuggereerd dat zowel de manier waarop de opleiding als de stage worden georganiseerd, moet worden bekeken. Uiteraard is ook de verloning een belangrijk punt. In onze bevoegdheid subquota gaan we zeker na hoe we kunnen zorgen voor voldoende instroom in knelpuntberoepen in de medische sector.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

De heer Björn Anseeuw (N-VA): Ik ben enorm blij dat de multidisciplinaire werking een centraal element blijft in het nieuwe drugsbeleid in Vlaanderen. U zegt dat er niet alleen moet worden gekeken naar diploma's maar ook naar relevante beroepservaring. Kunt u daar wat concreter over zijn? Tot op heden weigert het RIZIV het werken met externe psychiaters. Acht u het mogelijk dat daar nog verandering in komt tussen nu en eind 2017? De ins en outs van het protocolakkoord zijn me niet helemaal duidelijk. Kunt u daar als Vlaams minister beweging in brengen zodat er een oplossing kan komen?

Wat betreft de subquota en de contingentering volg ik u, maar dat zal niet alles oplossen. Mevrouw Jans verwees naar Nederland waar de kentering zou zijn ingezet. In Vlaanderen stel ik vast dat voor de psychiaters die in de sector werken een competitieve verloning binnen het MSOC problematisch is ten opzichte van de rest van de sector. Binnen de sector is er een probleem, los van

het feit of psychiaters in Nederland gaan werken of niet. In Vlaanderen vinden psychiaters het niet interessant om te werken binnen een MSOC onder meer wegens het gebrek aan een competitieve verloning. Ze verkiezen een ziekenhuis, een privépraktijk enzovoort.

Minister Jo Vandeurzen: We gaan na in welke mate het voor ons mogelijk is om in overleg met het RIZIV bepaalde modaliteiten van de conventies te versoepelen, te wijzigen of alternatieven te bekijken. We kunnen dat niet alleen doen. Het heeft ook te maken met de terugbetaling van medische prestaties. Ik moet in alle eerlijkheid zeggen dat we op het eerste zicht voor een aantal conventies vinden dat het allemaal redelijk ingewikkeld is. Er moeten efficiëntie- en flexibiliseringsmogelijkheden zijn. We hebben dat niet alleen specifiek voor de MSOC's op onze agenda, maar voor een aantal sectoren. We proberen na te gaan of we niet een aantal organisatorische efficiëntiewinsten kunnen boeken, maar altijd met respect voor het feit dat in het protocol staat dat we dat met bemiddeling en inbreng doen van het RIZIV. We zullen het niet op eigen houtje doen, maar het is de moeite waard om dat de volgende maanden te bekijken.

De heer Björn Anseeuw (N-VA): Het is inderdaad goed om niet te wachten tot eind 2017 maar nu al aan de slag te gaan. Dat stemt me hoopvol.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.