



Vlaams
Parlement

vergadering **C15**
zittingsjaar 2016-2017

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 5 oktober 2016

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de sensibilisering inzake overmedicatie bij baby's – 2801 (2015-2016)	3
VRAAG OM UITLEG van Wouter Vanbesien aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de commercialisering van het sociaal werk – 26 (2016-2017)	
INTERPELLATIE van Güler Turan aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vermarkting van het sociaal beleid – 5 (2016-2017)	6
VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de conclusies van de inspectie van het internistisch zorgtraject – 2802 (2015-2016)	21
VRAAG OM UITLEG van Tine van der Vloet aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de invulling van de Groene Zorginitiatieven – 2816 (2015-2016)	27
VRAAG OM UITLEG van Bert Moyaers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over vermijdbare overlijdens bij hartpatiënten – 7 (2016-2017)	30
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over spuitruimtes voor drugsgebruikers – 35 (2016-2017)	34
VRAAG OM UITLEG van Danielle Godderis-T'Jonck aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stijgende incidentie van eetstoornissen op steeds jongere leeftijd – 37 (2016-2017)	36
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opmars van grote concerns in de kinderopvang – 42 (2016-2017)	40

VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de sensibilisering inzake overmedicatie bij baby's – 2801 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Onlangs werd een barometer gepubliceerd die de gezondheid van kinderen in kaart brengt. Een eerste onderzoek betrof het gebruik van geneesmiddelen bij kinderen. Daaruit bleek dat een op de twee baby's ten minste één keer per jaar antibiotica neemt. Gemiddeld krijgt een baby drie verpakkingen antibiotica per jaar. Ook krijgen vier op de tien baby's een behandeling tegen ademhalingsziekten.

Wereldwijd is resistentie tegen antibiotica een van de grootste uitdagingen in de gezondheidszorg. Hoewel het aantal infocampagnes over het antibioticagebruik groter is dan ooit, blijken de cijfers voor baby's en kleine kinderen ongewijzigd te blijven of zelfs toe te nemen. Ook aerosols behoren tot de meest terugbetaalde geneesmiddelen voor baby's. Pas na het zesde levensjaar neemt het antibioticagebruik af. Aandacht voor specifieke doelgroepen en specifieke pathologieën, zoals keelontstekingen, in de sensibilisering voor antibioticagebruik is dus cruciaal. Toch moeten we erop wijzen dat het voorschriftgedrag de verantwoordelijkheid is van de huisarts.

Het gebruik van antibiotica bevordert niet alleen de resistentie van de bacteriën, maar zorgt er ook voor dat baby's op latere leeftijd meer kans hebben op chronische ziektes, omdat de darmflora blijvend kan worden aangetast.

Bovendien volstaat het bij bepaalde infecties vaak om op een bioactieve manier het immuunsysteem te herstellen. Ook kan de darmflora preventief worden hersteld met probiotica, waardoor een kind minder vatbaar wordt voor vooral luchtwegeninfecties.

In maart 2013 heeft de VAD, de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen, in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een leerlingenbevraging toegelicht. Daarbij werd de stijgende tendens van de overmedicatie bij baby's al aangekaart. De minister toonde zijn interesse en zou de zaak aan Kind en Gezin voorleggen. Een formeel onderzoek naar aanleiding van die leerlingenbevraging heeft Kind en Gezin niet uitgevoerd, maar ze verklaarden wel dat zij zich vanuit hun preventieve taak vooral toespitsen op het sensibiliseren van ouders en professionals. Op 26 januari organiseert Kind en Gezin samen met andere stakeholders een conferentie van het jonge kind. Hoewel dat in de voorlopige rapporten van de verschillende werkgroepen nog niet werd vernoemd, lijkt het cruciaal om de preventie van overmedicatie bij jonge kinderen aan te kaarten.

Graag kreeg ik een antwoord op volgende vragen, minister.

Hebt u kennisgenomen van het voornoemde rapport? Steunt de Vlaamse Regering reeds initiatieven in het kader van de preventie van overmedicatie met antibiotica bij jonge kinderen en baby's? Zult u dit thema verder aankaarten bij Kind en Gezin? Welke maatregelen kunnen hieruit volgen?

Zult u de expertise van professionals inwinnen om de overmedicatie van antibiotica bij baby's preventief en gericht aan te pakken, in het belang van onze toekomstige gezondheidszorg? Werd hierover reeds van gedachten gewisseld op de interministeriële conferentie met uw federale collega De Block? Wat was de conclusie?

Hoe staat u tegenover de bioactieve manier om het immuunsysteem te herstellen die kan bijdragen tot een preventieve aanpak in onze gezondheidszorg? Hoe ziet u dit aan bod komen in de conferentie van het jonge kind? Of ziet u eerder een mogelijkheid om dit te bespreken op de gezondheidsconferentie preventie van dit najaar?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Franssen, we kennen dit rapport inderdaad, maar aangezien het voorschrijven van medicatie een federale bevoegdheid is, hebben we het niet grondig bestudeerd. We denken dat we ons op onze kernbevoegdheden moeten focussen.

In de dagelijkse werking van Kind en Gezin en van diverse zorgverstrekkers worden ouders geregeld geïnformeerd over correct geneesmiddelengebruik: niet te veel, maar ook niet te weinig is de boodschap. Op 30 september 2013 sloten de verschillende Belgische overheden met volksgezondheidsbevoegdheden het protocolakkoord met betrekking tot het Nationale Plan Multidrug Resistant Organisms. Het antibioticabeleid, met maatregelen voor zowel de intramurale zorg als de ambulante praktijk, vormt een vanzelfsprekend onderdeel van dat plan.

Voor de ambulante praktijk zijn er campagnes ter promotie van verantwoord antibioticagebruik, feedback over de voorschrijfgegevens rond antibiotica voor huisartsen en de 'antibioticumgids voor de ambulante praktijk'.

Via de feedback over het voorschrijfgedrag krijgen artsen inzicht in hun voorschrijfprofiel voor bepaalde groepen geneesmiddelen. Op die manier wordt op autocorrectie gerekend. Antibiotica zijn enkel op doktersvoorschrift te verkrijgen. Het sensibiliseren van de algemene bevolking kan nuttig zijn, maar het komt er vooral op aan het artsenkorps te motiveren om de praktijkaanbevelingen ter zake correct toe te passen. Aangezien de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en het curatieve aspect van de uitvoering van de geneeskunde een federale bevoegdheid zijn, voorziet het protocol dan ook in federale acties. De Vlaamse overheid neemt slechts partieel deel.

Kind en Gezin is op de hoogte van de problematiek en besteedt er aandacht aan tijdens de diverse contacten met ouders van jonge kinderen. Aangezien de problematiek hoofdzakelijk een federale bevoegdheid is, zullen we geen verdere initiatieven nemen buiten de basiswerking van Kind en Gezin en de preventieve werking op het vlak van resistentie en infecties in ziekenhuizen en woonzorgcentra.

Behalve over de aspecten die ik in verband met het protocolakkoord vermeldde, hebben we met de federale overheid nog niet van gedachten gewisseld. Zoals gezegd gaat het hierbij hoofdzakelijk over federale bevoegdheden.

Over het herstellen van het immuunsysteem op een bioactieve manier of het herstellen van de darmflora met probiotica spreek ik me niet uit. Ik laat de inschatting van de waarde van deze werkwijzen op het vlak van de volksgezondheid over aan experts ter zake. Ook dit is wederom een federale bevoegdheid. Ik denk dat er vooral sprake moet zijn van een evidencebased geneesmiddelengebruik. Als de guidelines beter worden gevolgd, is er waarschijnlijk niet zoveel nood aan het herstellen van het immuunsysteem. Laten we prioritair daarop inzetten.

Deze problematiek werd niet aangehaald in de werkgroepen ter voorbereiding van de conferentie van het jonge kind van 6 oktober. Ze zal ook niet aan bod komen in de gezondheidsconferentie van 16 en 17 december. De problematiek van psychotrope geneesmiddelen zal wellicht wel ter sprake komen wanneer we het over middelengebruik hebben, maar dat is een heel andere kwestie dan het overmatig antibioticagebruik bij kleine kinderen.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Uiteraard heeft deze problematiek heel wat federale kanten. Ik ben er wel van overtuigd dat onderzoek naar een bioactieve manier om het immuunsysteem te herstellen, kan bijdragen tot een grotere preventie van allerlei ziektes, maar ik begrijp dat ook dat voor een groot stuk federale materie is. Het zou echter goed zijn dat op een volgende interministeriële conferentie aan te kaarten en de federale verantwoordelijken de ogen te openen en aan te zetten open te staan voor meer dan alleen de zeer klassieke geneeskunde. Internationale studies wijzen uit dat het zeker kan helpen.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Minister, wij pleiten ook voor een rationeler gebruik van goedkope geneesmiddelen en voor een doordacht gebruik van antibiotica, om resistentie te voorkomen. De huisarts speelt daarin een belangrijke rol, maar ook de apotheker. Hij moet de patiënt uitleggen dat antibiotica niet altijd de juiste keuze is.

De probiotica en voedingssupplementen zijn eerder commercieel van aard dan nuttig. Er zijn er maar enkele die hun werk doen zoals het moet. Het gebruik ervan moeten we misschien toch ook een halt toeroepen. De lobbygroep van dergelijke medicatie en voedingssupplementen heeft de bovenhand en mensen laten zich daardoor te veel inspireren.

We zien dat Belgische kinderen recordhoeveelheden medicatie gebruiken. Bij min 18-jarigen is het geneesmiddelengebruik in vijf jaar tijd met 15 procent gestegen. Kinderartsen noemen dat hallucinant. De cijfers komen van het RIZIV. De grootste stijging zit bij de refluxremmers. Het gebruik daarvan nam met meer dan de helft toe. Jaarlijks worden meer dan 3 miljoen van die maagzuurremmers voorgeschreven. Ook het gebruik van middelen tegen psychosen, zoals schizofrenie, stijgt, plus 37 procent, tegen ADHD plus 35 procent, tegen diabetes plus 24 procent en tegen astma plus 21 procent. Kinderartsen en -psychiaters schrikken enorm van dergelijke hallucinerende cijfers. Volgens hen is er één oorzaak: overmedicatie. We schrijven veel te gemakkelijk en veel te veel medicatie voor, aldus professor kindergeneeskunde Yvan Vandenplas.

Dat is een alarmerende evolutie, die dringend een halt moet worden toegevoerd. De bijwerkingen van deze middelen zijn veel te gevaarlijk om er zo licht mee om te springen.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Voorzitter, omdat ik als gewezen huisarts momenteel de enige aanwezige arts ben, wil ik toch een pleidooi houden ter verdediging van de voorschrijvers. Ik kan uit persoonlijke ervaring getuigen dat de voorschrijvers onder druk staan van jonge ouders die zelf onder druk staan. Ik wil dit koppelen aan het debat over het werkbaar werk.

Ik heb hier het voorbeeld gehoord van de keelontsteking waarvoor slechts in 10 procent van de gevallen antibiotica nodig zijn. Het kost artsen echter veel inspanningen en overtuigingskracht de ouders te vertellen dat die antibiotica in de eerste plaats niet nodig zijn. Het komt erop aan met het kind een dag thuis te blijven. Dat betekent dat het kind niet naar de crèche kan gaan, en bestellen is betalen.

Ik zou het breder willen trekken. Nu gaat het om verwijten, om een responsabilisering of bijna een culpabilisering van bepaalde spelers in het veld. Volgens mij moeten we een brede discussie over de zorg voor jonge kinderen voeren. Onze samenleving verwacht dat we voor jonge ouders in bijkomende ruimte voorzien.

Er is een discussie aan de gang over het tijdskrediet en over het werkbaar werk. Ik zou hier bijkomende aandacht voor willen vragen. Ouders vragen immers vaak een voorschrift om mee naar huis te nemen. Indien het na een of twee dagen nog niet beter is, gaan ze het geneesmiddel dan toch halen. Dit brengt een overconsumptie met zich mee. We hebben allemaal de opdracht hier samen aan te werken.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Mijnheer Persyn, ik deel uw mening.

Mevrouw Croo, wat de bioactieve herstellingswijze van het immuunsysteem betreft, hoeft het niet altijd met supplementen te gebeuren. Ik denk dan ook aan gezonde voeding en aan de vraag welke groenten en welk fruit het best maximaal worden ingezet. Het gaat vooral om die kennis. Er is de klassieke farmacie en er zijn alternatieve farmaceutische bedrijven. Het is niet de bedoeling een concurrentieslag te organiseren. Indien ik het over een bioactieve manier heb, gaat het me vooral om de gezonde voeding. Die inzichten mis ik een beetje in het nieuw advies van de Hoge Gezondheidsraad.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Wouter Vanbesien aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de commercialisering van het sociaal werk – 26 (2016-2017)

INTERPELLATIE van Güler Turan aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vermarkting van het sociaal beleid – 5 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Vanbesien heeft het woord.

Wouter Vanbesien (Groen): Voorzitter, de commercialisering van de zorg is natuurlijk een ruim thema dat op verschillende manieren in de belangstelling heeft gestaan. Het gaat dan onder meer om de klachten over de kwaliteit in rusthuizen of over grote spelers die zich in de kinderopvang beginnen te organiseren. De directe aanleiding en hoofdfocus van mijn vraag om uitleg betreft echter het proces dat het stadsbestuur en het OCMW van Antwerpen in gang hebben gezet.

Bestaande samenwerkingsovereenkomsten met middenveldorganisaties worden opgezegd en vervangen door een vrije bieding op die opdrachten in de markt. Dit zou om de drie jaar worden herhaald. Momenteel gaat het om zeventien opdrachten voor in totaal ongeveer 5 miljoen euro. Er kunnen er nog bij komen. Er is voorlopig niet meegedeeld of het de bedoeling is hiermee te stoppen.

Het gaat onder meer en vooral om sociaal werk, wat natuurlijk een van de meest gecompliceerde vormen van werk is. Het zijn geen eenvoudige zorgtaken. Het gaat om het werken met de meest kwetsbaren, het winnen van vertrouwen en het laten aansluiten bij de samenleving. Het gaat om de thuislozenzorg, de woonbegeleiding en het buurtwerk.

Als we even nagaan welke organisaties voordien een samenwerkingsovereenkomst voor deze zeventien opdrachten hadden, gaat het onder meer om het centrum voor algemeen welzijnswerk (CAW), Samenlevingsopbouw Antwerpen, de Free Clinic, Werkvormm en dergelijke.

Geen mens weet waarom net deze zeventien opdrachten in de markt zijn gezet. De eerste evaluatiedocumenten of argumentatienota moeten nog altijd bovenkomen. Het lijkt erop dat het vooral een besparingsoperatie en een geniepige stomp in de maag is van soms wat te kritische middenveldorganisaties.

Minister, u bent niet verantwoordelijk voor wat in Antwerpen gebeurt. Het effect is echter dat nu de eerste commerciële actor een opdracht heeft gekregen. G4S heeft de opdracht gekregen het inloopcentrum De Vaart uit te baten.

De commercialisering van het sociaal werk overstijgt natuurlijk Antwerpen. Heel Vlaanderen kijkt naar wat daar gebeurt en zal zich daartoe moeten verhouden. Dit brengt andere gemeenten misschien op gedachten.

We moeten hierbij twee argumenten in ogenschouw nemen. Het eerste argument is zeer eenvoudig. Is de intrede van commerciële spelers in het sociaal werk al dan niet wenselijk? We kunnen dat principiële benaderen en de vraag stellen of we willen toestaan dat op het werken met de zwaksten winst wordt gemaakt die naar aandeelhouders gaat. Dat is een principiële benadering.

We kunnen het echter ook functioneel benaderen. Dat is minder ideologisch en meer op de praktijk gericht. We kunnen ons de vraag stellen of vanuit de commerciële logica geen druk voor snelle successen zal ontstaan. Het sociaal werk bestaat nu net uit trage processen. Het vertrouwen moet worden gewonnen en moeilijke stappen naar emancipatie moeten worden gezet.

Een tweede argument dat we in ogenschouw moeten nemen, betreft de netwerking van de sociale organisaties. Hun samenwerking is zeer belangrijk. Informatie moet worden gedeeld en ze moeten naar elkaar doorverwijzen. Indien organisaties om de drie jaar met elkaar moeten concurreren, zou dat onderhuids de samenwerking kunnen bemoeilijken.

Minister, ik zie in u – voor alle duidelijkheid – een bondgenoot. Dat is ook de reden waarom ik deze vraag om uitleg stel. Gezien uw achtergrond in Beweging.net kent u de kernpunten van het belang van het middenveld. Ik spreek u nu natuurlijk als minister aan. U hebt al verschillende omzendbrieven en beleidsbrieven geschreven over het belang van meer participatie van de doelgroep, wat nu overigens ook niet is gebeurd, en u hebt de CAW's decretaal allerlei opdrachten gegeven.

Los van die formele aspecten bent u hier sowieso bij betrokken. Deze evolutie in de grootste gemeente en het grootste OCMW van Vlaanderen is mogelijk trendsettend. U moet een inschatting maken.

Minister, vindt u het aangewezen dat het sociaal werk wordt gecommercialiseerd? Welke voorwaarden zijn daar volgens u eventueel aan verbonden? Erkent u de spanning? In hoeverre valt die spanning te overbruggen tussen de emancipatie van de meest kwetsbaren en een commerciële bedrijfscultuur? Wat is uw mening over de uitschrijving van de tenders zoals dat nu in Antwerpen gebeurt?

De voorzitter: Mevrouw Turan heeft het woord.

Güler Turan (sp.a): Mijnheer Vanbesien, u hebt dat vrij mooi verwoord.

Minister, mijn interpellatie is tot u gericht, maar is niet bedoeld om u te viseren. Ook ik zie in u een bondgenoot om naar de huidige tendensen te kijken. Als minister van Welzijn moet u meeluisteren naar de verzuchtingen van de sociale sector.

Er is bij de lokale besturen een duidelijke tendens aan de gang. Ik heb het de vermarkting van het sociaal beleid genoemd, maar eigenlijk is dit geen vermarkting.

Er is een markt met sociale actoren. Het gaat veeleer effectief om een commercialisering. Die tendens is nu ingezet.

Het eerste voorbeeld is het forensisch psychiatrisch centrum (FPC) in Gent, dat sinds 2014 door de Nederlandse zorggroep Parnassia en het Franse Sodexo wordt uitgebaat. In Turnhout, Retie en Gent worden asielcentra uitgebaat door een consortium bestaande uit Corsendonk Hotels en G4S Care, een onderdeel van de bekende bewakingsmultinational G4S, die nu ook in Antwerpen een belangrijke taak moet beginnen uitvoeren. Dit is onlangs effectief gegund. Het inloopcentrum voor daklozen 'De Vaart' in Antwerpen zal worden uitgebaat door G4S. Als ik het over uitbating heb, is dat geen onschuldig woord. We moeten hier echt naar kijken.

Het debat wordt in het veld gevoerd. De lokale besturen voeren dit misschien minder. Het is echter belangrijk dat het Vlaams Parlement naar Antwerpen kijkt. Het Antwerps stadsbestuur heeft immers beslist nog een rist andere sociale voorzieningen in de markt te plaatsen. Het gaat om buurtwerking, de arbeidszorg voor OCMW-cliënten, de nachtopvang van daklozen en zelfs de psychologische hulp bij familiaal geweld.

Afgelopen vrijdag heeft het Antwerps stadsbestuur een nieuwe oproep gelanceerd voor kandidaten voor de overname van de woonbegeleiding van huurders op de private en de sociale woonmarkt met complexe dossiers. Het gaat om 200 zwakke cliënten op de huurmarkt, maar ondertussen zouden ook 15 voltijdse equivalenten in de huidige begeleiding verdwijnen.

De ongerustheid in het sociaal werkveld, bestaande uit sociale werkers, de organisaties waarvoor ze werken, hun cliënten en professoren, is groot. Veel professoren in sociaalwetenschappelijke opleidingen hebben hun ongerustheid al geuit. Ze trekken aan de alarmbel en waarschuwen voor de nefaste gevolgen van een toenemende vermarkting en commercialisering van het sociaal beleid.

Voor commerciële spelers staat de winstmaximalisatie en niet de kwaliteit van de zorg voor de cliënt voorop. Er wordt gevreesd dat de vermarkting en de bijbehorende concurrentielogica de noodzakelijke continuïteit en langetermijnaanpak zal ondermijnen, de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van sociale voorzieningen zal doen afnemen, de samenwerking met andere organisaties in het werkveld onder druk zal zetten, de opgebouwde expertise en ervaring verloren zal laten gaan en het sociaal werk monddood zal maken.

Een van de belangrijkste bezorgdheden is echter dat de hulpbehoevenden met de meest complexe problematieken en de meest kwetsbare groepen het laatst of helemaal niet geholpen dreigen te worden. In de winstlogica van de commerciële spelers leveren zij immers het minste resultaat op.

De vermarkting van de sociale voorzieningen lijkt in tegenspraak met de Vlaamse regelgeving ter zake. De verwachte gevolgen ervan gaan lijnrecht in tegen de visie op het welzijnswerk en de zorg zoals die is geformuleerd in verschillende beleidsdocumenten van de Vlaamse Regering.

In het decreet van 8 mei 2009 betreffende het algemeen welzijnswerk geeft de Vlaamse overheid een tweevoudige opdracht aan de CAW's. Ten eerste moeten ze openstaan voor elke welzijnsvraag van elke burger. Ten tweede moeten ze zich zo organiseren dat ze in elk geval de meest kwetsbare groepen bereiken.

Minister, ik zal artikel 12 van dit decreet niet voorlezen. U kent het waarschijnlijk beter dan ik. Het uitvoeringsbesluit betreffende het algemeen welzijnswerk concretiseert dit nog verder en stelt dat elk CAW in een onthaalaanbod moet voorzien. Het onthaal moet laagdrempelig zijn. U hebt het geformuleerd als een proces van vraagverheldering. Samen met de gebruiker wordt de hulpvraag

ontrafeld. Om een beter inzicht in de aard van de problemen te krijgen, worden ze geïnventariseerd en systematisch in kaart gebracht. Alle oplossingsalternatieven worden verkend. De vraagverheldering is een antwoord op de hulpvraag of vormt een stap naar directe hulp of begeleiding.

De CAW's hebben de opdracht gekregen de meest kwetsbare groepen te bereiken. Om die opdracht uit te voeren, spelen de inloopcentra een essentiële rol. Een inloopcentrum laat toe contact met kwetsbare mensen op te bouwen zonder onmiddellijk een hulpverleningsaanbod op te bouwen. Het laat toe een vertrouwensrelatie op te bouwen en dergelijke. Voor de meest kwetsbaren zijn de inloopcentra het eind- en vertrekpunt. Als eindpunt vormen ze de laatste plek waar mensen terecht kunnen. Gezien de positionering binnen een CAW vormen ze ook het vertrekpunt om hen te bereiken en met hen op hun maat en op hun tempo aan de slag te gaan.

De cruciale rol van de inloopcentra voor het bereiken van de meest kwetsbare groepen blijkt eveneens uit het onderzoek 'Analyse van de organisatie van het eerstelijns welzijnswerk in een grootstedelijke context'. Uit dit onderzoek blijkt dat het onthaal in de grootsteden in het algemeen overbevraagd is en dit meer bepaald door de erg kwetsbare groepen. Net omdat een inloopcentrum voor die groepen een eind- en vertrekpunt vormt, is de loskoppeling van het inloopcentrum van het CAW problematisch. Het wordt nog problematischer als die opdracht naar een organisatie gaat die niet over een lokaal hulpverleningsnetwerk beschikt.

Minister, mijn overige opmerkingen over de decretale doelstellingen en de beleidsdoelstellingen voor het sociaal beleid kunt in de tekst van mijn interpellatie lezen. Hierin diep ik de problematiek verder uit. Ik denk dat de situatie goed is geschetst en dat u en de andere aanwezigen de situatie ook goed kennen. Spijtig genoeg gaat het hier om een tendens die is ingezet.

Minister, het gaat me hier niet specifiek om het Antwerps stadsbestuur. Ik wil vragen over de vermarkting in het algemeen stellen. Is de beslissing om sociale voorzieningen, zoals de uitbating van een inloopcentrum, door middel van projectoproepen in de markt te plaatsen, conform de Vlaamse regelgeving ter zake, meer bepaald het decreet van 8 mei 2009 betreffende het algemeen welzijnswerk, het decreet van 25 mei 2012 tot wijziging van het voornoemde decreet en het decreet Lokaal Sociaal Beleid? In welke mate gaat het Antwerps stadsbestuur met betrekking tot dit dossier in tegen het Vlaamse beleid ter zake?

De voorzitter van het Antwerpse OCMW heeft verklaard dat het stadsbestuur niet tot een tendering is overgegaan omdat dan de Europese regelgeving moet worden gevolgd. Dit is door middel van een projectoproep gebeurd. Ik heb signalen gekregen dat in die projectoproep geen enkele kwaliteitseis is gesteld. Wat vindt u daarvan? Is dit conform de decretale voorzieningen?

Dit biedt me de gelegenheid nog een vraag te stellen over de stand van zaken in verband met het decreet betreffende het lokaal sociaal beleid. Dat decreet zou worden herzien. Het zou een belangrijke hefboom moeten vormen om de vermarkting op het niveau van de lokale besturen tegen te gaan of toch minstens aan kwaliteitseisen te onderwerpen. Wanneer komt de herziening van het lokaal sociaal beleid eraan? Vindt u dit geen moment om de vermarkting aan banden te leggen of te reguleren?

Hoe staat u tegenover de vermarkting van het sociaal beleid die momenteel op gang is getrokken? Hoe evalueert u de risico's die zijn geschetst?

Zoals de heer Vanbesien heeft verklaard, bent u hier niet verantwoordelijk voor. Volgens mij kunt u als minister wel een rol spelen. Ik zou u willen vragen dit te verduidelijken. Over welke mogelijkheden beschikt u om de vermarkting en de

commercialisering van het sociaal beleid door lokale besturen tegen te houden of te ontmoedigen? Bent u bereid die mogelijkheden te gebruiken?

We hadden in Antwerpen drie CAW's die goed werkten. Om winst op de werking te kunnen boeken, hebt u ze tijdens de vorige legislatuur de opdracht gegeven tot een groot CAW te fusioneren. De voorzitter van het Antwerpse OCMW heeft echter verklaard dat er weinig concurrentie en innovatie was en dat ze daarom heeft gekozen voor een private commerciële speler die een goed aanbod heeft gedaan. Hoe ziet u de toekomst van de CAW's? Hun positie is enorm verzwakt ten gevolge van de geslaagde fusie die ze op uw vraag hebben doorgevoerd.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, het is misschien belangrijk eerst even kort stil te staan bij de vraag wat we nu precies onder sociaal werk verstaan. Dit is nodig om op een aantal vragen te kunnen ingaan.

Het sociaal werk strekt zich uit over heel wat levens- en beleidsdomeinen. We vinden het sociaal werk terug in de welzijnsorganisaties, in de dienstverlenende sector, in het sociaal-cultureel werk, in het jeugdwerk en ook, bijvoorbeeld, als personeelswerk in bedrijven en dergelijke. We kunnen dus zeker niet veralgemenend stellen dat sociaal werk niet vanuit of in een commerciële omgeving kan werken. Het kan in elke organisatie een bijdrage leveren.

Een eerste belangrijke voorwaarde houdt in dat de sociale werkers in al deze organisaties hun opdracht, die op een internationale consensus over het sociaal werk is gebaseerd, kunnen vervullen. Die opdracht is de versterking van mensen in hun eigen kracht, de bevordering van welzijn. Ze moeten daarbij vertrekken van de realisatie van de grondrechten en de sociale rechtvaardigheid.

Uiteraard hebben de CAW's daar in Vlaanderen geen monopolie op. Er is geen regelgeving die stelt dat enkel de CAW's sociaal werk kunnen uitvoeren. Als het om het algemeen breed onthaal gaat, zijn er in Vlaanderen al minstens drie actoren die ten gevolge van Vlaamse en federale regelgeving een bevoegdheid ter zake hebben. Dit zijn de OCMW's, de diensten voor maatschappelijk werk van de mutualiteiten en de CAW's.

Om hierover een debat met alle stakeholders te voeren, wat me zeer belangrijk lijkt, heb ik het initiatief genomen een conferentie te organiseren die volledig in het teken van het sociaal werk staat. Momenteel bereiden drie Vlaamse universiteiten deze conferentie over het sociaal werk, die in mei 2018 zal plaatsvinden, volop voor. De werktitel van de conferentie is 'Een solide toekomst voor het Sociaal Werk in Vlaanderen'. De doelstelling van de conferentie is tweeledig. Ten eerste willen we de gedeelde basis van het sociaal werk expliciteren. Ten tweede willen we de mensenrechtenbenadering in het licht van de huidige maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen expliciteren en concretiseren.

De thematiek die we hier vandaag bespreken, zal daar zeker een issue zijn. Dit zal vanuit een academische invalshoek worden benaderd en onderbouwd tijdens de brede conferentie met alle actoren uit het werkveld.

Alvorens op een aantal belangrijke elementen in te gaan, moet ik nog wijzen op een ander belangrijk principe, namelijk de lokale autonomie. In de interpellatie wordt gepolst of het Antwerps beleid tegen het Vlaams beleid ingaat en naar mogelijkheden om dit vanuit de Vlaamse overheid te verbieden.

Ik moet benadrukken dat de oproepen passen in de aanbesteding van middelen door de stad Antwerpen. Het werken met lokale convenanten met middelen die door een stad of een gemeente worden verstrekt, is helemaal niet nieuw. Binnen

een goed afgestemde lokale samenwerking betekent dit voor de CAW's, bijvoorbeeld, een belangrijke bron van middelen.

Uiteindelijk brengt dit me bij twee belangrijke elementen. Allereerst is er wat begripsverwarring over wat een tender is. Dit wordt de facto geassocieerd met het plaatsen in de markt of met het vermarkten zonder meer. Iedereen mag dit woord in het woordenboek opzoeken en zal daar een resem verklaringen vinden. Een tender is in dit geval echter een vorm van aanbesteding. Het werken met tenders, aanbestedingen, overheidsopdrachten of projectoproepen is al lang een bestaande praktijk in verschillende beleidsdomeinen, waaronder ook het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. We werken regelmatig met dergelijke oproepen.

Zoals iedereen zich allicht herinnert, heeft toenmalig minister Vandenbroucke in 2004 de tendering binnen de VDAB geïntroduceerd om werklozen te begeleiden. Wie een dergelijke marktbevraging wil houden, moet zich aan de Europese regels conformeren. De Vlaamse overheid moet dat ook doen. We moeten inschatten op welke wijze we dit technisch moeten aanpakken om conform te zijn en binnen de grenzen van het Europees kader te blijven.

Hoewel we hier in hoofdzaak positieve ervaringen mee hebben, zijn we zeker niet blind voor de mogelijke gevolgen inzake de continuïteit van het beleid. Een goed beleid moet in continuïteit blijven investeren. Dit houdt in dat organisaties onder meer kunnen investeren in duurzaam opgebouwde samenwerkingsrelaties, in de opleiding en vorming van de medewerkers en in de zorg- en ondersteunings-trajecten voor de doelgroepen waarvoor een langdurige zorg en ondersteuning en een zorgvuldig opgebouwde vertrouwensrelatie met de organisatie nodig is. In Vlaanderen doen we dit, bijvoorbeeld, door te investeren in basisvoorzieningen, zoals de CAW's. Dit sluit natuurlijk niet uit dat ook continu aandacht wordt geschonken aan de opvolging en de monitoring van de resultaten binnen dit aanbod. Dit gebeurt binnen vooraf duidelijk afgesproken kwaliteitskaders.

We mogen niet vergeten dat de erkende voorzieningen in de dagelijkse praktijk heel wat vernieuwing en innovatie tot stand brengen. In die zin betreur ik dat het CAW Antwerpen, dat met betrekking tot de begeleiding van daklozen een jarenlange expertise heeft opgebouwd, niet is geselecteerd.

We moeten, met andere woorden, een gezonde balans vinden tussen het werken met wat we de facto tijdelijke projecten zouden kunnen noemen en het regulier erkend aanbod dat ten gevolge van duidelijke afspraken op het vlak van kwaliteitscontrole onder toezicht staat. We hebben binnen het beleidsdomein immers belangrijke inspanningen geleverd om de projecten te verduurzamen die de toetsing aan de kwaliteitsnormen kunnen doorstaan. Jaren geleden werd de kritiek geuit dat het Vlaams beleid te veel met projecten werkte. We kregen toen de vraag dit te verduurzamen. De voorbije jaren hebben we dat dan ook gedaan.

Wat dit evenwicht betreft, kunnen we zeker iets leren uit de ervaringen die zijn opgedaan in Nederland, waar op een bepaald moment vooral met oproepen werd gewerkt. Daar zijn een aantal ongewenste effecten vastgesteld. Ik heb het hier, voor alle duidelijkheid, over oproepen die met een vaste regelmaat en met relatief beperkte tijdsintervallen worden herhaald.

Zo bestaat het risico dat zich een vorm van rangorde installeert. Hierbij worden de zwaksten binnen de vooropgestelde doelgroep nog uitgesloten. Met hen zijn de beoogde resultaten immers het moeilijkst te bereiken. Dit is het zogenaamde cherrypicking-effect.

Ook met betrekking tot de uitbouw van een samenwerking zijn in bepaalde Nederlandse projecten problemen ontstaan. Duurzame samenwerkingsverbanden tussen organisaties en tussen werkers, alsook de uitwisseling van expertise,

worden bemoeilijkt. Aangezien de volgende oproep al nakende is, zou een andere organisatie de uitgewisselde expertise wel eens kunnen inzetten om de opdracht binnen te halen.

Ik verwijs in dit verband tevens naar de conferentie over de eerstelijnszorg die momenteel in verschillende werkgroepen wordt voorbereid. Ik stel vast dat alle sectoren vragende partij zijn om duidelijkheid te krijgen over de samenwerkingsverbanden. Het is van groot belang dat organisaties in de welzijns- en zorgsector en lokale besturen zich tot duidelijke en duurzame netwerken kunnen engageren. Een te versnipperd zorg- en welzijnslandschap kan de netwerkvorming complex maken en de kostprijs van de samenwerking opdrijven. De ervaringen blijven echter relevant. We moeten zeker nagaan hoe we dit in Vlaanderen gezamenlijk, bijvoorbeeld door goede afspraken tussen de Vlaamse overheid en de lokale besturen, kunnen vermijden. Ik wil dan ook graag een gesprek voeren met de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VMSG) over de kwaliteitsstandaarden en de randvoorwaarden. Ik heb hierover al de nodige contacten gehad met de voorzitter van de VMSG.

De te vermijden effecten die uit de Nederlandse ervaringen blijken, lijken me veeleer eigen aan een relatief snelle opeenvolging van oproepen, die organisaties weinig rechtszekerheid biedt, dan aan de organisatievorm of de sector an sich. Dit brengt me bij een tweede belangrijk element, namelijk de vragen over de formele rechtsvorm waarin organisaties opereren. De vraag is of dit per definitie iets zegt over het al dan niet winstgedreven of waardegedreven karakter van organisaties.

Ik geef even het voorbeeld van een sociale werker die vanuit een grote gedrevenheid een vrij beroep uitoefent en hiermee een gerechtvaardigd inkomen verwerft. Daarnaast zijn er vzw's die deel uitmaken van commerciële groepen en zijn er vzw's die opereren binnen de contouren van een lokaal bestuur.

Dit is niet nieuw in het welzijnslandschap. Indien we een bepaald beleid willen uitbouwen, is het zeker niet zo dat we enkel op de rechtsvorm kunnen voortgaan. Het moet in elk geval duidelijk zijn dat de overheid die de middelen ter beschikking stelt, over garanties moet beschikken dat die middelen op de best mogelijke wijze zullen worden besteed. Dit betekent dat de aandacht minder naar de formele structuur uitgaat. Het gaat vooral om de resultaten, om de kwaliteit en om de transparantie van het proces dat tot deze resultaten leidt. Dit is een algemene vaststelling met betrekking tot de evoluties in het kwaliteitsdenken en in de wijze waarop we de handhaving samen met de initiatiefnemers en de Zorginspectie willen organiseren.

Wat het emancipatorisch werken en de zorg voor de meest kwetsbaren betreft, vind ik het van groot belang met duidelijke kwaliteitsafspraken te kunnen opereren. We kunnen dit emancipatorisch werken op verschillende niveaus vertalen. Op het niveau van het individu wordt gestreefd naar bewustwording over de mogelijkheid de omgeving te kunnen beïnvloeden en naar inzichten in de sociale context en in de manier waarop deze context kan worden beïnvloed. Op het niveau van de organisatie betekent dit dat de kwetsbare groepen inspraak hebben en de wijze waarop de dienst- en hulpverlening is georganiseerd en zich hiertoe kritisch kunnen en mogen verhouden. Op het beleidsmatig niveau betekent dit dat een sociaal beleid wordt gevoerd dat uitsluiting structureel bestrijdt.

Zoals ik al eerder heb vermeld, is het cruciaal dat de procesmatige criteria en de criteria die op de outcome gericht zijn, voldoende aandacht schenken aan een aantal randvoorwaarden die eigen zijn aan het emancipatorisch werken. Om die reden voeren we een beleid dat onder meer kwaliteitscriteria voor de CAW's omvat. De CAW's moeten ons voldoende vertrouwen. We moeten in handhavingmogelijkheden voorzien. De CAW's moeten in staat worden gesteld hun opdracht op een performante wijze te vervullen.

Ze doen dat trouwens ook op andere plaatsen en in andere settings met de reguliere middelen die ze van de Vlaamse overheid krijgen. Deze kwaliteitscriteria omvatten onder meer een decretale verankering van die opdracht om hun werking te richten naar de meest kwetsbaren, de gratis dienstverlening, de bereikbaarheid en de toegankelijkheid, het benutten van de aanwezige krachten van de gebruikers, het inzetten van de minst ingrijpende hulpverleningsvorm, de manier waarop wordt omgegaan met situaties waarin de integriteit van de hulpvrager of andere personen in gevaar is, het klachtenrecht enzovoort. In concreto betekent dat gewoonweg dat we geen initiatiefnemers financieren voor soortgelijke activiteiten zonder dat ze aan deze eisen voldoen.

Verder hanteren we voor het aanbieden of organiseren van bepaalde zorgvormen gewoon een vergunningsplicht. Dat is onder andere zo bij de kinderopvang, de ouderenzorg en noem maar op. Op dit moment werken we wat woonbegeleiding betreft ook aan een kader waarbij we de mogelijkheid onderzoeken om de projecten Housing First te continueren. We stellen vast dat er in heel wat commentaren wordt verwezen naar deze vernieuwende methodiek, die in Vlaanderen ondertussen al werd geïntroduceerd, samen met de CAW's.

We willen ook nog kort verwijzen naar de inzichten die we verwerven door het traject naar het formuleren van aanbevelingen inzake goed bestuur. Zoals al gesteld, staan welzijns- en zorgorganisaties voor enorme veranderingen en uitdagingen, zoals de vermaatschappelijking van de zorg, het bieden van zorg op maat, de persoonsvolgende financiering, intersectoraal werken, samenwerken in netwerken en de stijgende vraag naar efficiëntie en transparantie. Om ze te ondersteunen op het vlak van goed bestuur hebben we samen met de werkgeversorganisaties in de welzijns- en zorgsectoren en met de inbreng van de expertise van de Koning Boudewijnstichting, Hefboom en GUBERNA, aanbevelingen qua goed bestuur opgesteld. Daarmee willen we aan organisaties, of het nu gaat om vzw's, openbare voorzieningen, coöperaties of andere vennootschappen, een leidraad geven om het bestuur in de organisatie te overdenken, te bespreken, te evalueren en eventueel bij te sturen. Eergisteren vond samen met de werkgeversorganisaties en de Koning Boudewijnstichting de eerste van drie studieavonden plaats waarop we de aanbevelingen voor goed bestuur toelichten. De aanbevelingen worden daarna online ter beschikking gesteld.

Tot slot vinden we het nu vooral belangrijk dat we in overleg en dialoog kunnen gaan met de stad Antwerpen, en bij uitbreiding met alle lokale besturen, over de afstemming van de lokale beleidsdoelstellingen en de Vlaamse beleidsdoelstellingen. Momenteel werken we inderdaad aan een nieuw decreet Lokaal Sociaal Beleid dat hiervoor de sleutel moet zijn. Versnipperde inspanningen van enerzijds de Vlaamse overheid en anderzijds de lokale overheid moeten we vermijden. Daarbij wordt een goed uitgetekend lokaal sociaal beleid in nauw overleg met alle actoren opgebouwd. De Vlaamse overheid creëert daarbij een kader dat ervoor zorgt dat de Vlaams gesubsidieerde voorzieningen maximaal kunnen bijdragen tot de lokaal geformuleerde doelstellingen. Concreet wat Antwerpen betreft, zijn we alvast vragende partij en zeer bereid om samen met de stad Antwerpen onze inzichten vanuit de evoluerende kwaliteitskaders binnen Welzijn mee te vertalen in een duidelijke overeenkomst inzake de opdrachten die gelinkt zijn aan het lokaal sociaal beleid, en dat met aandacht voor een duidelijke en gedeelde evaluatie.

De voorzitter: De heer Vanbesien heeft het woord.

Wouter Vanbesien (Groen): Minister, ik wil u heel hartelijk danken voor uw antwoord. U doet eigenlijk heel wat rode alarmlichten knipperen als het gaat over wat er in Antwerpen aan het gebeuren is. Als je de insteken die u hier naar voren brengt, naast de realiteit legt van wat er in Antwerpen gebeurt, is daar een heel grote kloof tussen. Ik hoor u pleiten voor continuïteit van beleid, voor de

innovatie die mogelijk is binnen een continu kader. In Antwerpen ziet men dat anders, want daar beslist men nu dat er driejaarlijkse nieuwe tenders komen. Ik hoor u verwijzen naar ervaringen uit Nederland, waar men vaststelt dat er aan cherrypicking wordt gedaan, dat de uitwisseling van informatie tussen sociale organisaties wordt bemoeilijkt door de manier van werken die men daar heeft geïntroduceerd en die sterk lijkt op wat men in Antwerpen doet. Ik hoor u zeggen dat het allemaal te complex kan worden, waardoor de kosten omhoog gaan. Ik hoor u een pleidooi houden voor inspraak van de doelgroep. Dat zijn allemaal dingen die in Antwerpen niet gebeuren. Ik hoor dus verscheidene alarmbellen afgaan over wat daar in Antwerpen gebeurt.

U hebt eigenlijk drie verschillende initiatieven aangekondigd. In mei 2018 zal er een conferentie worden gehouden. Het lijkt me belangrijk om de dingen goed te onderbouwen en daar de tijd voor te nemen, maar tegelijkertijd zien we natuurlijk een belangrijk lokaal bestuur een aanzienlijke versnelling doen. Daarvoor komt dat te laat. Ik hoor u zeggen dat u het gesprek zult aangaan met de VVSG. Ten slotte zei u vragende partij te zijn voor overleg en dialoog met Antwerpen, om de verschillende benaderingen en inzichten bij elkaar te leggen. Mijn bijkomende vraag gaat specifiek daarover: hoe ziet dat er concreet uit? Hebt u dat voorstel al gedaan aan Antwerpen om daarover samen te zitten? Wat was het eventuele antwoord van Antwerpen? Is er een timing ter zake? Wat zijn uw precieze doelstellingen? Hoopt u daarmee ook nog in te grijpen op het proces van die tendering dat men heeft gestart in Antwerpen, of ziet u dat veeleer als iets op lange termijn?

De voorzitter: Mevrouw Turan heeft het woord.

Güler Turan (sp-a): Minister, net als collega Vanbesien ben ik begonnen met te zeggen dat we u in dezen als een partner zien. U staat niet tegenover ons. Wij komen u hier vanuit Antwerpen, maar ook vanuit het sociaal middenveld, dat daar signalen over geeft, vragen wat u als minister in dezen zou kunnen doen.

Ik dank u voor uw zeer lange uiteenzetting. Het ging ook vooral over de punten die in mijn vraagstelling aan bod kwamen, namelijk de kwaliteitseisen die we stellen aan het brede sociale veld en die u ook hebt opgesomd. Ik heb onthouden dat kwaliteit belangrijk is, dat resultaten belangrijk zijn, maar ook de transparantie bij het proces. U hebt ook gewezen op het risico en de gevaren van de projectoproepen. Ik heb u ook horen zeggen dat er ter zake Europese wetgeving is, die moet worden nageleefd, zonder u specifiek uit te spreken over wat er in Antwerpen met De Vaart is gebeurd. Ik ben er immers nog altijd niet van overtuigd dat de projectoproep die er daar is geweest, conform de decreetgeving en de Europese wetgeving was. Daarover zou ik u graag nog in detail willen spreken. Ik heb u ook horen zeggen dat u met de Zorginspectie klaarstaat om de handhaving te organiseren. U hebt het woord 'Zorginspectie' gebruikt.

Minister, er is het organiseren van conferenties in 2018. Er is het decreet Lokaal Sociaal Beleid waaraan wordt gewerkt. Er is de samenwerking met de VVSG. Dat zijn allemaal noodzakelijke dingen die moeten gebeuren en die u al hebt geïnitieerd, maar het is wel vandaag dat de architectuur van het sociale veld daadwerkelijk wordt hertekend door de lokale besturen. Ik ben het met u eens als het gaat over de gevaren en de risico's die u hebt opgesomd, maar ik vraag u nu, zoals collega Vanbesien dat ook heeft gedaan, wat u vandaag gaat doen met alles wat er gebeurt. U bent inderdaad geëindigd met de mededeling dat u vragende partij bent om samen met Antwerpen aan tafel te zitten om uw inzichten mee te vertalen. U had het over het geven van aandacht aan een gedeelde evaluatie. Wat stelt u nu concreet voor? Wat gaat u vandaag doen, met Antwerpen, maar ook met alle anderen die vandaag klaarstaan? Welke kwaliteitseisen, welke procedurele eisen stelt u vandaag voor de continuïteit, de kwaliteit, de betaalbaarheid en de aandacht voor de meest kwetsbaren? Die probeert u met

uw decretale voorwaarden en de CAW's enerzijds wel te dienen, maar die worden anderzijds door die tijdelijke projectoproepen onderuitgehaald.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Wat mij een beetje stoort, is dat hier enigszins aan framing wordt gedaan, net als met betrekking tot de ouderenzorg en de kinderopvang: men stelt het voor alsof de privésector absoluut slecht zou zijn in Welzijn. Voor mij is niet wie iets doet belangrijk, maar vooral of het daadwerkelijk wel goed wordt gedaan. Ik denk dat de overheid vooral als taak heeft om na te gaan of het werk wel kwalitatief gebeurt, dat het toegankelijk is, dat de doelgroep wordt bereikt die zou moeten worden bereikt en of er stappen vooruit worden gezet voor die doelgroep.

Ik denk ook dat een nieuwe speler toch wel een frisse wind kan laten waaien door het bestaande werkveld en een aantal goede praktijken kan binnenbrengen. Alvorens men een speler gaat veroordelen, lijkt het me dus toch wijs om eerst naar resultaten te kijken.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Zeker wat het begin van haar betoog betreft, wil ik me aansluiten bij mevrouw Saeys. Ik vind immers echt wel dat de uitspraken van zowel mevrouw Turan als de heer Vanbesien een blamage zijn voor de private sociaal ondernemers. Ik vind dat ondermaats, zeker omdat ze het niet kunnen stoelen op feiten.

Mijnheer Vanbesien, u spreekt over rusthuizen. We hebben hier de discussie ook gehad: in de 'commerciële' sector, als ik uw termen moet gebruiken, blijkt de kwaliteit niet slechter te zijn dan in de rusthuizen van OCMW's. Integendeel, in de vzw-settings zijn er blijkbaar meer probleemgevallen dan in de commerciële sector. Ik vind het dus eigenlijk beneden alle peil dat men alles over één kam scheert, zeker ten opzichte van de mensen die in die sector werken. Er worden immers ook mensen tewerkgesteld bij de commerciële partners. Er zijn maatschappelijk werkers, er zijn de verplegers en verzorgenden in de rusthuizen die met veel inspanningen en met veel zin een goede kwaliteit leveren.

Verder is er iets dat me toch wel verwondert. Voorzitter, daarmee richt ik me ook tot u. Er werd wel gezegd dat we het niet over Antwerpen zouden hebben, dat we het over de algemene tendens zouden hebben, maar in het betoog van mevrouw Turan heb ik minstens vijftien keer het woord 'Antwerpen' gehoord. Als we een algemene discussie willen voeren, dan moeten we dat ook algemeen houden en gaan we niet over individuele dossiers spreken, maar goed.

Er zijn hier een aantal zaken gezegd. Sommige dingen ga ik weerleggen. Minister, ook u zou ik toch willen verzoeken om ook eens met uw eigen CD&V-schepen in Antwerpen contact op te nemen, want blijkbaar zijn een aantal zaken voor u nog onduidelijk. Dat kan met een eenvoudig telefoontje, denk ik.

De voorzitter: Mevrouw Jans, u verwijt me dat ik toelaat dat er over individuele zaken wordt gesproken, en dan geeft u de minister de opdracht om met de CD&V-schepen in Antwerpen te praten. Dat is misschien ook wel een individuele casus.

Lies Jans (N-VA): Voorzitter, ik weet niet wat uw interventie nu bijdraagt aan het debat. *(Gelach)*

Neen, dat draagt dus niets bij aan het debat.

De voorzitter: Dat is dan wederzijds.

Lies Jans (N-VA): U neemt weer uw positie als voorzitter aan om het debat te voeren. Daar ga ik ook niet mee akkoord. Als voorzitter moet u op een objectieve manier de mensen laten uitspreken en daarna kunt u interveniëren. Goed? Dank u.

Ik wil het hebben over de commercialisering en het feit dat er een openbare aanbesteding wordt gehouden. Als we het dan toch over Antwerpen moeten hebben, wijs ik erop dat hier een aantal foute dingen zijn meegedeeld aan de commissie. Het was geen openbare aanbesteding, maar een projectsubsidie om bepaalde maatschappelijke doelstellingen te realiseren. Heel duidelijk is er in deze projectoproep geen prijselement. Dat staat niet centraal. Er is hier gezegd dat men voor de goedkoopste gaat, maar dat klopt dus absoluut niet. Lees de criteria: ze zoeken echt wel de geschikte partners om beleidsdoelstellingen te realiseren. Dan gaat het over de visie op de opdrachten, over ervaring en expertise en ook over de manier waarop er met de lokale actoren in het maatschappelijke domein wordt samengewerkt. Al die elementen die hier nu zijn aangehaald om te doen alsof dat niet zou gebeuren, kloppen dus niet.

Er werd ook gezegd dat alleen de privésector de mogelijkheid heeft gehad om in te dienen. Neen, CAW Antwerpen heeft ook een dossier ingediend. *(Opmerkingen van Wouter Vanbesien)*

Jawel. U moet maar eens luisteren naar de manier waarop u spreekt. *(Opmerkingen van Wouter Vanbesien)*

Mevrouw Turan heeft gezegd dat CAW Antwerpen niet kon meedoen. *(Opmerkingen van Wouter Vanbesien en Güler Turan)*

De voorzitter: Ik stel voor dat mevrouw Jans haar betoog van ongeveer twee minuten afrondt.

Lies Jans (N-VA): Neen, het is een langer betoog. Voorzitter, bij een interpellatie mag het iets langer zijn. U mag het reglement nakijken.

De voorzitter: Excuseer, het reglement bepaalt dat u twee minuten heeft. Ik heb u ter zake ruim de marge gegeven, zoals we dat gebruikelijk doen.

Lies Jans (N-VA): Met uw interventies kan ik ook mijn verhaal niet afmaken.

De voorzitter: Absoluut, maar u begon daarnet een parallel debat met de interpellant en de vraagsteller.

Lies Jans (N-VA): Voorzitter, als ze interageren, dan reageer ik.

De voorzitter: Gaat u gewoon verder.

Lies Jans (N-VA): Het is belangrijk dat ik een aantal onwaarheden rechtzet.

Een ander element is dat er niet wordt bespaard. Het is heel duidelijk dat men in Antwerpen wil gaan naar meer sociaal beleid. Ze besparen niet op die sector, maar zetten er integendeel middelen op in. Het is dus zeker niet vanuit een besparingslogica dat dit alles wordt opgezet, maar wel vanuit de logica van meer kwaliteit in het sociaal beleid.

Ook het volgende vind ik zeer belangrijk. Minister, u haalt voorbeelden uit Nederland aan. Het klopt dat er daar ook een hele privatisering is geweest, maar men moet ook het volledige verhaal vertellen.

Aan de ene kant is er de privatisering geweest, maar aan de andere kant heeft men in Nederland, waar we ook op werkbezoek zijn geweest, heel zware besparingen moeten doorvoeren, zowel op rijksniveau als op gemeentelijk niveau. Ook

die factoren moet men wel meenemen. Ook die besparingen hebben daar een groot effect op.

Collega's, in heel die kwestie die nu hier aan bod komt, is het voor mij belangrijk dat de cliënt centraal staat. Zowel in de daklozenopvang als in de rusthuizen-sector als in de kinderopvang is het die cliënt die centraal staat. Het maakt echt niet uit voor de mensen of daar nu een bordje met 'nv', 'bvba', 'cvba' of 'vzw' boven de deur hangt: het is de kwaliteit van de dienstverlening die telt voor de mensen. Er moet een degelijke hulp- en zorgverlening zijn, en die kwaliteit moet ook worden gecontroleerd. Die garanties moeten er inderdaad zijn. Minister, daarin volg ik u zeker. Bij de conferentie die in juni of juli 2018 zal worden gehouden, is het heel belangrijk om dat kader te bekijken en te zien of de kwaliteit inderdaad wordt gegarandeerd. Bij nieuwe zaken moet men altijd evalueren, en bijsturen indien nodig. Ik vind het dus zeer goed dat daarover een conferentie wordt georganiseerd.

Voorzitter, minister, ik snap eigenlijk niet dat men vanuit linkse hoek tegen de stappen is die leiden tot een nieuw en beter sociaal beleid. Ik denk dat iedereen hier de doelstelling heeft van meer sociaal beleid, om meer personen te helpen. Dat is de doelstelling van de N-VA, ook in Antwerpen. Hoe dat gebeurt, maakt voor ons niet uit. De kwaliteit moet gegarandeerd zijn en als dat op deze manier kan, dan staan wij daar zeker ten volle achter.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): De vermarkting is eigenlijk inderdaad al een realiteit. Minister, u haalt een aantal bekommernissen aan die leven. De vraag is natuurlijk hoe we daar een antwoord op bieden, vanuit een pragmatische benadering, om maximaal te kunnen inspelen op de fundamentele aspecten die u zelf aanhaalt: transparantie, kwaliteit, inspraak van kwetsbare groepen en die aanbevelingen voor een goed bestuur. Ik denk dat we vooral moeten bekijken hoe we hier een kader kunnen creëren om het allemaal in goede banen te leiden.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Aangezien duidelijk is dat veel natuurlijk zijn aanleiding vindt in de beslissingen die in Antwerpen worden genomen, moet ik toch ook waarschuwen voor het doen aan cherrypicking uit mijn antwoord, waarmee ik toch heb geprobeerd de nodige nuances aan te brengen. Het is soms interessanter te zien wat u hebt onthouden van wat ik heb gezegd. (*Gelach*)

Ik ben zeer genuanceerd in dit soort zaken. Waarom? Er zijn natuurlijk een aantal aspecten van een marktbevraging – u mag de technische formule dan nog kiezen – die in het voordeel ervan spreken. Het zet de zaken op scherp enzovoort. Er zijn echter ook een aantal risico's. Of het nu gaat over deze marktbevraging of over de oproep van de Vlaamse overheid voor een partnerorganisatie die actief is in de gezondheidspromotie en de ziektepreventie, als we dat doen, dan heb je altijd een moment waarop je wordt geconfronteerd met de vraag of men de ervaring van het verleden mee heeft of niet, hoe lang de duurtijd van het contract is, of dat toelaat om voldoende expertise op te bouwen, of je als Vlaamse overheid een partnerorganisatie hebt die voldoende ingebed is of contacten heeft met netwerken. Dat zijn zaken die daaraan te pas komen. Dat heeft de Vlaamse overheid en de toenmalige minister van Werk in het verleden ook niet verhinderd om te zeggen dat men ook voor de begeleiding van moeilijk bemiddelbare personen op de arbeidsmarkt zou overstappen op de marktbevraging als methode. Ik heb daar met nadruk naar verwezen omdat het in 2004 ook een nieuwigheid was. Ook toen ging men over van een situatie met allemaal dezelfde vertrouwde partners die intervenieerden, naar het doen van een oproep, waaraan men kon meedoen, zoals

ook andere spelers daaraan konden meedoen. Er zijn dus wel degelijk ook redenen waarom die methode wordt gebruikt, en de Vlaamse overheid doet dat dus ook.

Heel cru gesteld, de stad Antwerpen is niet verplicht om middelen vrij te maken voor de opvang van daklozen. Ze doet dat omdat ze ambities heeft om een beleid te voeren. Dat is trouwens niet het privilege van dit stadsbestuur, zal ik maar onmiddellijk zeggen. De stad Antwerpen doet dat al heel lang, zoals trouwens ook heel veel gemeenten in Vlaanderen extra inzetten op sociaal beleid.

Ik heb echt niet geïnsinueerd dat dit een besparingsoperatie zou zijn. Ik heb daar trouwens ook geen enkel argument voor of geen enkel cijfer over. Ik zeg alleen maar dat in dezen de lokale autonomie wel een belangrijk principe is. Collega's uit alle partijen, jullie vertegenwoordigers in de VVSG laten niet na voortdurend te beklemtonen dat er grote autonomie moet zijn, dat er zelfs meer lokale bevoegdheden moeten komen in de welzijnssectoren. Jullie claimen zelf allemaal dat het een belangrijk principe is dat Vlaanderen respect moet hebben voor de lokale autonomie. Van twee dingen een: ofwel kunnen we omgaan met lokale autonomie, ofwel kunnen we dat niet. In dezen is het de stad of het OCMW die daaromtrent een beslissing heeft genomen. Mevrouw Turan, als nu zou blijken dat die beslissing niet conform de wettelijke procedures is verlopen, dan bestaan er methodes om de voogdij daarover in te schakelen, die toezicht houdt op de manier waarop openbare lokale besturen hun opdrachten uitvoeren. Dat kan dan misschien heel jammer zijn, maar in ieder geval ben ik zeker niet de minister die de voogdij heeft over de lokale besturen. Als we spreken over het decreet Lokaal Sociaal Beleid met de vertegenwoordigers van de lokale overheden, dan vragen ze uitdrukkelijk naar het doorzettingsvermogen om zelf veel meer impact te hebben op het lokaal sociaal beleid. Dat principe moeten we dus natuurlijk ook in concreto onder ogen nemen.

Mevrouw Turan, u verwees naar de zorginspectie. Dat is een beetje als de kwestie van het forensisch psychiatrisch centrum (FPC) waarover we het gisteren hebben gehad in deze commissie. Als de stad Antwerpen aan Zorginspectie zou vragen of ze bereid is om voor haar een aantal opdrachten uit te voeren, dan moet daar met ons over worden gesproken. Met Zorginspectie zijn wij echter niet bevoegd voor dit initiatief, zoals we voor veel initiatieven van lokale besturen niet bevoegd zijn. Het is zeker niet zo dat er nu een specifieke situatie in Antwerpen is. Het is echter theoretisch denkbaar dat er een overeenkomst wordt gemaakt. Dan moet er echter met ons worden gesproken over de vraag of Zorginspectie op dat vlak een rol kan spelen. Bij een FPC kan ik me daar nog iets bij voorstellen, omdat dat een vrij grote organisatie is. Men heeft het ons echter niet gevraagd, maar theoretisch is dat wel een context die denkbaar is.

Misschien toch nog iets over de identiteit van de organisatie die het project heeft gekregen. We hebben het daar in de commissie al dikwijls over gehad. Er is de vraag of je, als je een vzw voor je hebt, te maken hebt met een per definitie waardegebonden, supergedreven, superefficiënte organisatie. Als het een andere vorm is, openbaar, dan is het zeker per definitie inefficiënt en als het commercieel is, dan is het superefficiënt. Dames en heren, dat soort clichés hebben we hopelijk toch al wel achter ons. De rechtsvorm van de vzw wordt in Vlaanderen in een aantal sectoren gebruikt door commerciële groepen, waarbij men een onderdeel van een organisatie vormt. Hij wordt gebruikt door openbare besturen. Ook in Antwerpen is er daarvan een stichtend voorbeeld: Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA) is de grootste privatisering die ooit in de openbare sector is gebeurd, onder socialistisch bestuur, maar het is een openbaar ziekenhuis dat in een privaatrechtelijke rechtsvorm is gestopt. (*Opmerkingen van Bart Van Malderen*)

Dat is een vzw. Als u me zou vragen wat dat is in Antwerpen, dan zou ik zeggen dat het een privaatrechtelijke rechtsvorm is, maar eigenlijk is dat een publieke partner die daar eigenlijk de maat van de dingen neemt. In Knack ging het

vandaag blijkbaar over privéklinieken. Wat zijn privéklinieken? Professionele zorgverstrekkers, vrije beroepen, zelfstandigen die op een andere manier een professionele vennootschap oprichten. Die rechtsvorm als dusdanig wordt toch steeds minder relevant, al was het maar onder druk van de Europese Unie, die ons ter zake natuurlijk ook voor een aantal limieten stelt. Wat ik dus heb gezegd, is het volgende: wat veel belangrijker is, en steeds belangrijker wordt, is de vraag of je de kwaliteit zichtbaar kunt maken. Dat is bij emanciperend werken met kwetsbare groepen een kwestie op zichzelf: hoe kunnen we dat objectiveren? Dan zullen er believers zijn, die menen dat je dat kunt objectiveren, en mensen die zeggen dat dat niet allemaal in cijfers te vatten is. We hebben duidelijk twee overwegingen ter zake, en daar zal die conferentie uiteraard ook over moeten gaan. Dat is ook de reden waarom we dat initiatief graag ook naar de drie universiteiten doortrekken, als trekkers.

Het gaat echter wel over het zichtbaar maken van de kwaliteit. Dan ben ik nog de eerste om te zeggen dat het niet alleen over outcomecijfers gaat. We hebben soortgelijke discussies in de jeugdhulp. Bij Youth at Risk kan men zeggen dat het gaat over zoveel jongeren met een crimineel verleden die door de jeugdrechter zijn verwezen, over zoveel jaren huisvesting, geen nieuwe strafbare feiten en werk. Dat zijn een aantal criteria die je kunt hebben, maar er zijn wellicht ook beperkingen op. Outcome is een punt, maar toch wel steeds meer mensen pleiten anderzijds ook voor procesindicatoren en niet alleen outcome-indicatoren. Het op weg gaan met mensen, dat proces van een aantal zaken kan immers ook een belangrijke kwaliteitsindicator zijn. Ik pleit er dus voor om veeleer het debat in die richting te ontwikkelen. Kan je dat? Wat zijn de grenzen daarvan?

Ik ben een voorstander van het ontwikkelen van een tweede debat. Het moet natuurlijk ook gaan over de transparantie van het inzetten van de middelen. Het zijn publieke middelen, wat wil zeggen dat men maatschappelijk moet kunnen verantwoorden dat die publieke middelen ook worden ingezet om het na te streven doel te bereiken. Ook die transparantie lijkt me belangrijk. Toen de Vlaamse overheid in de vorige legislatuur sociale akkoorden heeft afgesloten met werkgevers en werknemers uit de Vlaamse socialprofitsectoren, hebben we in dat akkoord opgenomen dat we, als we extra middelen ter beschikking stellen, het er samen over eens zijn dat die moeten worden aangewend om meer zorg en hulpverlening te organiseren. Transparantie lijkt me wat dat betreft dus een belangrijke kwestie. U hebt dat waarschijnlijk allemaal niet opgevangen, maar we hebben met de werkgeversorganisaties UNIZO, Voka en Verso een traject afgelegd om te bepalen wat de regels voor corporate governance zijn. Ik zie alleen dat mijn woordvoerder maandagavond wanhopig negen tweets heeft gestuurd om het toch maar wereldkundig te maken. Dat zijn dus regels voor goed bestuur. Die gaan over transparantie, de raden van bestuur, de verhouding met de stakeholders, de missie, de waarden enzovoort. We hebben die opgesteld, met iedereen samen, voor alle types van organisatie, en we doen nu de ronde van Vlaanderen om alle geïnteresseerden duidelijk te maken dat dat eigenlijk toch een onderdeel is van een manier van actief zijn in zorg en welzijn.

Mijn aanbod op dit ogenblik is dubbel. Ik denk dat men een punt heeft als men een aantal zaken met ons wil opnemen als lokale besturen steeds meer vanuit hun lokale autonomie beslissen een marktbevraging te doen, in welke formule dan ook. Als men bekommerd is om kwaliteit als een maatstaf die toch belangrijk is om te weten of die middelen goed zijn ingezet, dan lijkt het me evident dat we proberen met de VVSG te bekijken of we ter zake een aantal standaarden kunnen afspreken, of bepaalde dingen tot best practice kunnen worden gemaakt.

Ook zijn we er natuurlijk wel in geïnteresseerd – maar dat is een vraag van ons – om mee te begeleiden, te observeren en te kunnen zien wat de effecten zijn van het project, van de manier waarop het contract is gelibelleerd en de manier waarop het wordt opgevolgd in Antwerpen. Ik zal daarover ook contact opnemen met de stad

Antwerpen. Antwerpen heeft wat mij betreft op tal van terreinen natuurlijk een bijzondere positie als het gaat over zorg en welzijn. Er is sprake van een grootstedelijke problematiek, en die is misschien dan toch nog altijd van een andere proportie en dimensie dan in andere centrumsteden of landelijke gebieden. Antwerpen heeft echter ook een traditie van het inzetten van toch wel behoorlijk wat middelen in die sectoren die in andere gemeenten toch wel vaak meer klassiek, evident en alleen worden beschouwd als voorwerp van Vlaamse of federale bevoegdheden. Of het nu gaat over het Family Justice Center dat we hebben geopend in Antwerpen – en je kunt alleen maar zeggen dat de stad daar een geweldige rol in heeft gespeeld – of over initiatieven met betrekking tot veelplegers en risicojongeren, we hebben toch de gewoonte en de traditie om te bekijken hoe we het ene beleid op het andere kunnen doen aansluiten.

Ik ben dus voorzichtig. Ik zie ook de risico's van dergelijke evoluties. Daar moeten we, denk ik, tijdig het gesprek over voeren.

Ik zeg ook niet dat we met een radicale lijn besluiten om dat niet onder ogen te nemen. Dat is niet correct. In de praktijk van elke dag en door vele vertegenwoordigers van uw politieke partijen wordt dit soort bewegingen ook georganiseerd. Daar moet op een meer genuanceerde manier naar gekeken worden.

De voorzitter: De heer Vanbesien heeft het woord.

Wouter Vanbesien (Groen): Mevrouw Saeyns zei dat we een anti-privé-inbreng zouden hebben gedaan. Dat klopt niet. De partners van de samenwerkingsovereenkomst zijn nu trouwens ook privépartners. Het gaat helemaal niet over de tegenstelling tussen de overheid en de privésector.

Mevrouw Jans, als u zegt dat het enige wat telt het centraal stellen van de kwaliteit is, dan hebt u enigszins het punt gemist dat we hier gemaakt hebben, namelijk dat de manier van werken op dit moment in Antwerpen net aan de kwaliteit vreet, om de verschillende redenen die aangehaald zijn, waaronder de ervaringen in Nederland, waar de minister ook naar verwees.

Minister, u bent een genuanceerd en voorzichtig man, daar ben ik het mee eens. Ik heb u niet in een kamp willen trekken. Ik heb wel goed geluisterd naar wat u zei en ik heb daarin verschillende belangrijke argumenten gehoord, die een rol spelen in het debat in Antwerpen en die niet anders geïnterpreteerd kunnen worden dan als oranje knipperlichten. Ik vind het bijzonder goed dat u met de VVSG samen best practices gaat opstellen over de manier om met marktbevragingen te werken en dat u vragende partij bent om in Antwerpen mee te begeleiden en te observeren. Houd ons zeker op de hoogte. We zullen dat mee in het oog houden en er later eventueel nog een vraag over stellen.

De voorzitter: Mevrouw Turan heeft het woord.

Güler Turan (sp.a): Minister, u sprak over enerzijds en anderzijds, maar ik wil concluderen dat u in dezen toch een bondgenoot wil zijn van het sociaal netwerk. Ze vragen vandaag niet om bepaalde dossiers naar zichzelf te laten gaan. Het gaat mij niet om de ene of de andere partner. Het gaat mij wel degelijk over de kwaliteitseisen, waaraan vandaag grote verliezen kunnen worden geleden.

Dan kom ik tot dat specifiek geval in de stad Antwerpen, waarover nu een noodsignaal wordt uitgestuurd. Als we kijken naar de gunning en het jurydossier in dit specifieke geval, wordt enerzijds de anciënniteit van de medewerkers en de hoge kwalificatie van het personeel als een probleem gezien. Anderzijds wordt de inzet van daklozen zelf en vrijwilligers als zeer efficiënt gezien. Er zijn nog geen personeelsleden. Een actor die het nu toegewezen krijgt, moet nog personeel gaan zoeken om de inloopcentra te kunnen bemannen. Het gaat niet enkel om

daklozenopvang, het is een centrale aankomst- en vertrekplaats om problemen te analyseren en correct door te verwijzen. Het gaat om kwaliteit en de transparantie van middelen, maar ook om de transparantie van gunning. Er moet een kader geschapen worden. De lokale autonomie kan uw verantwoordelijkheid niet in de weg staan om bepaalde kaders duidelijk te stellen.

Als slot formuleerde u een dubbel aanbod. Daar zal ik aan vasthouden. Die autonomie en die marktbevraging neemt niet weg dat we kwaliteit vooropstellen, zegt u, en u gaat bekijken hoe u daar met de VVSG bepaalde minimale standaarden aan kunt koppelen. Ik hoop dat u dat zeer snel zult doen, want er is veel beweging. U gaat ook contact opnemen met de stad om mee te begeleiden en te observeren, als ik u goed heb begrepen?

Minister Jo Vandeuren: Ik ben geïnteresseerd om het proces te kunnen volgen. Als de stad zegt dat ze daar niet op in wensen te gaan, is dat hun autonome beslissing.

Güler Turan (sp.a): U bent dus vragende partij en hebt hun de hand gereikt. Wij zullen vanuit de commissie en vanuit de gemeenteraad van Antwerpen proberen om de stad ertoe aan te zetten om met u samen te werken.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Ik wil opmerken dat ik na een interpellatie recht had op een spreektijd van vijf minuten. Ik verzoek bij dezen dat dit zo wordt opgenomen in de notulen. U hebt mij vroeger onderbroken, en u zei dat mijn tijd op was.

De voorzitter: Zoals iedereen had u inderdaad recht op vijf minuten, maar ik heb u onderbroken omdat u rechtstreeks in contramine ging met de heer Vanbesien en met mevrouw Turan.

De interpellatie en de vraag om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de conclusies van de inspectie van het internistisch zorgtraject – 2802 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): In januari 2015 stelde ik in de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een vraag over het rapport van de Vlaamse Zorginspectie over de inspectie van het eerste zorgtraject: de chirurgische patiënt. Bij de inspectie van het tweede zorgtraject, het internistische zorgtraject, waarvan het rapport verscheen in juli 2016, lag de nadruk vooral op medicatiedistributie, spoedgevallendiensten, intensieve zorgeenheden en internistische afdelingen. Ook een aantal thema's uit het chirurgisch zorgtraject werden hernomen.

Uit de hernomen thema's was een duidelijke verbetering merkbaar. Op het vlak van handhygiëne bleken meer medewerkers aan de basisvoorwaarden te voldoen, het preventief onderhoud van medische toestellen was ook merkbaar beter, en het zorgvuldiger invullen van de patiëntendossiers tussen de zorgverstrekkers ging er ook op vooruit.

Enkele pijnpunten bij de algemene ziekenhuizen op vlak van zorgkwaliteit werden door het internistische zorgtraject dan weer blootgelegd. Apothekers hebben een vertoebeld zicht op de medicatieschema's van de patiënt. Een elektronisch of niet-

elektronisch voorschriftensysteem maakt een enorm verschil. Heel opmerkelijk is dat voor spuiten en infusen vaak geen medische orders teruggevonden worden, en dat belangrijke basisgegevens nog steeds niet worden genoteerd op een aantal spuiten en infusen. Het pijnbeleid heeft nog een grote verbetermogelijkheid. Een dagelijkse routine is hiervoor aangewezen. Wat ook een verbeterpunt was in het chirurgisch zorgtraject, en jammer genoeg nogmaals werd opgemerkt in het tweede zorgtraject, is de informatiedoorstroming van patiënt tussen de verschillende zorgverstrekkers.

Tijdens de inspectie werd er gewerkt met rode en oranje lichten. Voor bepaalde ziekenhuizen zou er een hercontrole plaatsvinden. Dit was bij drie op de tien van de gecontroleerde campussen het geval. De reden hiervoor was hoofdzakelijk dat de ziekenhuizen er niet in slagen de permanentie van medisch en verpleegkundig personeel te garanderen volgens de kwaliteitseisen.

In vergelijking met de inspectie van het eerste zorgtraject zijn er op het vlak van transparantie naar de patiënt over de kwaliteit van de ziekenhuizen al heel wat positieve evoluties gemaakt. Op de website www.zorgkwaliteit.be kunnen patiënten verschillende ziekenhuizen per thema met elkaar vergelijken.

Minister, hebt u kennisgenomen van dit beleidsrapport? Hoe staat u tegenover de aanpak van dit zorgtraject?

Een groot aantal van de pijnpunten zijn federale bevoegdheid, maar toch wordt dit door de Vlaamse Zorginspectie gecontroleerd. Hoe verloopt de communicatie met uw federale collega hieromtrent?

Welke aanpak zult u hanteren in het dossier rond de ondermaatse communicatie tussen patiënt en zorgverstrekker, dat nagenoeg geen betere evolutie kent na de inspectie van het eerste zorgtraject en ook op eerstelijnsvlak heel moeizaam verloopt?

Werd de hercontrole reeds uitgevoerd in de ziekenhuizen met oranje en rode knipperlichten? Zo ja, zag men verbetering in die ziekenhuizen? Zo neen, in welke periode zal ze worden uitgevoerd?

Hoe zult u de continuïteit garanderen van de wijze waarop de zorgtrajecten werden gecontroleerd? Bent u van plan om deze zorgtrajecten te herhalen? Zult u een nieuw thema aansnijden in de volgende inspectieronde?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Doorheen de laatste jaren leeft binnen de sector van de algemene ziekenhuizen bij alle stakeholders een bijzondere aandacht en gedrevenheid om kwaliteit van zorg bovenaan de agenda te plaatsen. Zo kozen zo goed als alle ziekenhuizen vrijwillig voor extern toezicht door accreditatieorganisaties. Bovendien is zowat elk ziekenhuis op vrijwillige basis ingestapt in het indicatorenproject dat de sector samen met de overheid heeft opgezet. Ook binnen deze gewijzigde context wil de Zorginspectie de kwaliteit van zorg blijven bewaken en synergie stimuleren met andere partners, door haar inspecties zo goed mogelijk in te passen in dit bredere kwaliteitsverhaal. Zo werd een nieuw toezichtmodel ontwikkeld voor de sector van de algemene ziekenhuizen. Dit nieuwe toezichtmodel bestaat uit twee toezichtvormen: het nalevingstoezicht als concrete toetsing van de zorgpraktijk en het systeemtoezicht als organisatiedoorlichting.

De focus van het toezicht van de Zorginspectie in de algemene ziekenhuizen ligt sinds 2013 op nalevingstoezicht: een heel gerichte en concrete toets van de zorgpraktijk. Het nalevingstoezicht wordt toegepast op zorgtrajecten. Bij het toezicht houden in functie van kwaliteit van zorg vindt de Zorginspectie het namelijk essentieel te vertrekken vanuit het perspectief en de zorgnoden van de patiënt. Deze benadering sluit naadloos aan bij de kanteling van de ziekenhuisorganisatie die

plaatsvond in de sector, de uitwerking van zorgtrajecten binnen de ziekenhuizen en de ontwikkeling van zorgprogramma's. Hierbij werd telkens geprobeerd om de zorg van diagnose tot en met behandeling en revalidatie uit te stippelen en de diverse stappen in het zorgproces naadloos op elkaar te laten aansluiten, zonder dat de patiënt daarbij hinder ondervindt van de grenzen tussen ziekenhuisdiensten, medische en paramedische disciplines, specialiteiten en zorginstellingen. Via toezicht op zorgtrajecten kan niet alleen een representatieve toezichtdoorsnede worden gemaakt van de complexe ziekenhuisomgeving, maar kunnen ook de risico's bij de overgang tussen zorgmomenten worden gecapteerd.

Naast de inspectieverslagen op het niveau van het individuele ziekenhuis, die online beschikbaar zijn, maakt de Zorginspectie ook werk van een overkoepelend rapport per zorgtraject, waarin een globaal en sectorbreed beeld wordt gegeven met betrekking tot de inspectievaststellingen. Het beleidsrapport met betrekking tot het chirurgisch en het sectorbreed rapport met betrekking tot het internistisch zorgtraject kunnen worden teruggevonden op de website van de Zorginspectie: <http://www4wvg.vlaanderen.be/wvg/zorginspectie/inspecties/Pages/AlgemeneZH.aspx>

Bij de publicatie van elk van deze beleidsrapporten was er ook ruime media-aandacht voor de vaststellingen van de Zorginspectie.

Wat betreft uw tweede vraag, wens ik op te merken dat pijnbeleid, ziekenhuis-apotheek en medisch en verpleegkundig personeel in deze context geen federale bevoegdheid zijn. Tot voor de zesde staatshervorming was de federale overheid bevoegd voor de programmatie- en de erkenningsnormen van de ziekenhuizen. De federale overheid legde de normen vast en de Vlaamse overheid gaf uitvoering aan het verlenen van vergunningen en erkenningen. Door de zesde staatshervorming is de bevoegdheid voor de erkenningsnormen overgekomen naar de gemeenschappen. Daardoor is sinds kort de Vlaamse overheid bevoegd voor de ziekenhuisnormen en blijft zij uiteraard bevoegd voor de vergunningen en de erkenningen. In dat kader onderzoekt het agentschap Zorg en Gezondheid de aanvragen tot vergunning en erkenning en voert de Vlaamse Zorginspectie de inspecties uit in de Vlaamse ziekenhuizen. Onze normeringsbevoegdheid kent een belangrijke uitzondering: we zijn niet bevoegd voor de organieke normen met betrekking tot de ziekenhuizen.

Daarnaast vallen pijnbeleid en het geneesmiddelenvoorschrift volledig onder het luik kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen, dat sinds de zesde staatshervorming integraal een Vlaamse bevoegdheid is. Daarnaast gebeuren er binnen de ziekenhuisapotheek ook nog inspecties door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). De opmaak van een overkoepelend rapport per zorgtraject biedt het voordeel dat een globaal en sectorbreed beeld kan worden gegeven met betrekking tot de inspectievaststellingen. Zo nodigt het beleidsrapport de ziekenhuissector uit om rond de aandachtspunten die werden vastgesteld, bijkomende acties te ondernemen. Bovendien kunnen deze sectorbrede inspectievaststellingen ook aanleiding geven tot nieuwe beleidsinitiatieven, op diverse niveaus.

Er is geen actieve doorstroming van deze inspectieverslagen naar de federale collega, maar aangezien deze rapporten publiek beschikbaar zijn, kunnen ook de federale collega's hier inzage in nemen. De opvolging gebeurt op een gefaseerde wijze. De mogelijkheid bestaat tot een tweede en derde inspectie door de Zorginspectie. Bij blijvende negatieve evaluatie neemt het agentschap Zorg en Gezondheid het dossier over voor verdere handhaving. Dit gebeurt op individuele basis.

De Zorginspectie baseert zich voor haar toezicht op een specifiek eisenkader per zorgtraject, dat ontwikkeld werd door de overheid en beroepsgroepen met professionals uit de sector. Vanuit haar focus op risicogestuurd toezicht wil de Zorginspectie samen met alle stakeholders voornamelijk inzetten op die punten die

een sterke link hebben met kwaliteit van zorg en die een grote impact hebben op patiëntveiligheid. De Zorginspectie maakt dan ook een selectie uit het eisenkader: die eisen die inhoudelijk het meest cruciaal zijn en die binnen een haalbare timing via nalevingstoezicht kunnen worden afgetoetst, worden in het inspectie-instrument opgenomen. De Zorginspectie kiest er daarnaast ook expliciet voor om waar mogelijk een link te maken tussen opeenvolgende zorgtrajecten door eisen die niet goed scoorden in een zorgtraject, te hernemen in het daaropvolgende traject.

Zoals al is vermeld, is tijdens de inspecties van het internistisch zorgtraject een duidelijke verbetering opgemerkt met betrekking tot een aantal knelpunten die in het chirurgisch zorgtraject zijn vastgesteld. Hoewel de cijfers dit niet of nog niet aantonen, merken we toch dat binnen de hele sector, mede op basis van de inspecties, heel wat evoluties aan de gang zijn.

Op dit ogenblik zijn in verschillende sectoren een aantal positieve evoluties aan de gang. Ik geef een paar voorbeelden. De patiënt wordt nog meer centraal gesteld. Er is meer netwerking en samenwerking. Er is de transmurale zorg. In het licht van het nieuwe Vlaamse zorglandschap zal op onder meer deze punten een sterke focus worden geplaatst. In dit concept houden we, bijvoorbeeld, rekening met basiszorggebieden. De ziekenhuizen en de partners uit andere sectoren in een beperkte regio moeten zeer nauw samenwerken om het traject van de patiënt en de communicatie te optimaliseren.

Wat de zeldzame ziekten en de beroertezorg betreft, onderzoeken we momenteel samenwerkingsmodellen die de doorstroming en de communicatie tussen de verschillende modules van een zorgtraject over de verschillende sectoren heen verbeteren. Op relatief korte termijn zal een gelijkaardig traject voor kinderen worden gestart.

Eind juni 2016 zijn alle checks 2 van het internistisch zorgtraject afgerond. In 25 van de 85 bezochte campussen, behorend tot 21 ziekenhuizen, is op basis van de aanwezige knipperlichten besloten een check 2 uit te voeren. In totaal ging het om 28 rode knipperlichten. Na check 2 zijn er 28 weggewerkt. Op een campus is het knelpunt op het vlak van de verpleegkundige permanentie op de spoedafdeling behouden. Aangezien tijdens check 2 de scope van het inspectiebezoek is verruimd en niet enkel de knipperlichten zijn gecontroleerd, zijn op een campus twee nieuwe rode knipperlichten naar boven gekomen. Het gaat om de verpleegkundige permanentie op de spoedafdeling en om de verpleegkundige permanentie op de afdeling voor intensieve zorgen. Verder zijn 75 oranje knipperlichten, waarvan 12 binnen eenzelfde themagroep, opgevolgd. Dit heeft geleid een check 2 in 4 van de 85 campussen. Op 3 campussen ging het om 2 oranje knipperlichten, met name tweemaal met betrekking tot het thema van de gestandaardiseerde zorg en eenmaal binnen het thema van de communicatie. Op 1 campus ging het om 6 oranje knipperlichten, met name viermaal binnen het thema van de veilige omgeving en tweemaal binnen het thema van de gestandaardiseerde zorg. Na check 2 zijn al die 12 oranje knipperlichten weggewerkt.

Tijdens de ontwikkeling van een nieuw toezichtmodel zijn een vijftal zorgtrajecten geselecteerd. Dit is gebeurd omwille van de specificiteit van de patiëntengroep, de bijzondere noden en behandelconcepten en de veiligheidsrisico's die voor deze patiëntengroepen kenmerkend zijn. Het gaat om het chirurgisch zorgtraject, het internistisch zorgtraject, het zorgtraject van de geriatrische en de revalidatiepatiënt, het zorgtraject van de psychiatrische patiënt en het zorgtraject voor moeder en kind.

Daarnaast ziet de Vlaamse Zorginspectie een specifieke plaats voor een aantal zorgtrajecten die voornamelijk in grotere zorginstellingen en binnen bepaalde samenwerkingsvormen worden aangeboden en die worden gekenmerkt door een meer technische of complexe inhoud. Het gaat dan om het zorgtraject voor medisch-

oncologische diagnostiek en behandeling, het zorgtraject voor cardiale pathologie en het zorgtraject voor diagnostiek en behandeling van nierinsufficiëntie.

Eind februari 2016 heb ik de sector van de algemene ziekenhuizen een omzendbrief bezorgd waarin ik heb aangegeven dat het nalevingstoezicht onverkort wordt voortgezet. Ik heb toen aangekondigd dat het zorgtraject cardiologie als derde zorgtraject was gekozen.

Zoals steeds bestaat de eerste stap uit de ontwikkeling van een nieuw eisenkader. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (VAZG). Op 20 september heeft een startvergadering plaatsgevonden met alle relevante stakeholders, namelijk de administraties, de beroepsgroepen en de koepelorganisaties. Tijdens die vergadering is het globaal kader betreffende het eisenkader geschetst en zijn concrete afspraken gemaakt voor de opmaak van het voorlopig eisenkader. Dit is gepland voor het najaar van 2017. Vervolgens zal de Vlaamse Zorginspectie het inspectie-instrument opstellen en proefinspecties uitvoeren. Hierna kunnen eventueel nog aanpassingen aan het eisenkader worden aangebracht. Op basis van het definitief eisenkader, dat er op basis van de timing tegen 2018 moet zijn, zullen de effectieve inspectiebezoeken worden uitgevoerd.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Minister, ik dank u voor uw duidelijk antwoord. Ik heb geen verdere vragen.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Voorzitter, mevrouw Croo had ook graag even het woord genomen, maar ze is naar een andere commissie geroepen. Ik wil nog een paar punten aanhalen die voor mijn fractie van belang zijn.

Minister, de Vlaamse Zorginspectie, de zorgtrajecten en het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals hebben allemaal de bedoeling de kwaliteit te bevorderen. Ik ben blij dat u de link met het Zorgstrategisch Plan Vlaanderen legt. Dit moet in de toekomst allemaal beter worden geïntegreerd. Dit zijn geen vrijblijvende oefeningen. Het gaat dan om kwaliteitsvolle zorg en om efficiëntie. Een van de criteria voor een kwaliteitsvolle zorg is dat die zorg ook efficiënt moet zijn. Met betrekking tot de uiteindelijke outcome hebben deze instrumenten hun waarde.

We onderschrijven dit volledig. We hopen dat u de voorliggende oefening met betrekking tot de zorgstrategische planning in Vlaanderen voor de complexe, planbare zorg verder op deze instrumenten zult blijven inzetten.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Voorzitter, de zorgtrajecten vormen een goede leerschool. Er zijn veel verbeterpunten in de sector aangepakt. Het is belangrijk dat de Vlaamse Zorginspectie haar inspectierol vervult en ageert indien er op het terrein problemen met de kwaliteit of de veiligheid van de patiënt zijn. De zorgtrajecten kunnen een partner in het brede kwaliteitsstreven voor de verbeterpunten zijn.

Minister, ik heb een concrete vraag. U hebt het gehad over de verschillende zorgtrajecten die in de ziekenhuizen lopen en worden uitgerold. Op zich is dit geen probleem. Ik heb u echter ook horen praten over de transmurale zorg. Volgens mij is dit een bekommernis die we allemaal delen. In dit verband zou eventueel ook een zorgtraject voor het kind kunnen worden gestart. Mijn vraag is hoever u staat met het overleg met de verschillende actoren over dat zorgtraject

voor het kind over de muren heen. Dit is terecht. Er zijn een aantal discussies aan de gang over de vraag hoe dat zorgtraject moet worden uitgewerkt.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, ik wil nog op een punt ingaan, namelijk het vertroebeld beeld van het medicatieschema van patiënten. Dit lijkt me effectief een zeer belangrijk probleem. Tijdens opnames wordt vaak aan de familie gevraagd welke medicatie de patiënt neemt. Vaak is er echter geen familie. Die mensen zijn oud, horen slecht, hebben een slecht geheugen, kennen hun medicatie niet of zijn dement. Dat kan natuurlijk zware gevolgen hebben.

Het medicatieschema van elke patiënt zal in Vitalink worden opgeslagen. De artsen zouden dit, mits toestemming van de patiënt, kunnen raadplegen. Hoe zit het juist met dit systeem? Wat is de stand van zaken?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Mevrouw Saeys, uw vraag heeft betrekking op de elektronische aanmaak van een medicatieschema. Het gebruik van medicatieschema's in Vitalink stijgt. Er zijn afspraken gemaakt. We moeten nog eens checken wat de concrete timing is. Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen over een schema beschikken dat voor de eerstelijnszorg beschikbaar is. Het is de bedoeling dat het om een schema gaat dat onder meer aangeeft wie geautoriseerd is om wijzigingen aan te brengen en om het schema te lezen.

Indien we dit consequent digitaal zouden doen en de elektronische patiëntendossiers (EPD's) en Vitalink op elkaar zouden afstemmen, zouden we op dat vlak de best mogelijke stap zetten. Over dat schema zijn we het volgens mij eens. Hoe dit met betrekking tot de EPD's in de ziekenhuizen wordt uitgevoerd, moeten we nog eens navragen. Conceptueel is dit in elk geval de bedoeling. Mochten we die informatie nog tijdig ontvangen, zal ik het in de loop van de vergadering medelen.

Mijnheer Bertels, we zullen niet een nieuw klassiek normenpakket voor het zorgtraject voor kinderen maken. In het licht van de zorgstrategische oefening hebben we vastgesteld dat we naar aanleiding van de door de federale overheid uitgevaardigde normen allerlei vragen krijgen om pediatrie diensten op niveau 3 te erkennen. We maken hier schema's van. We zouden de ziekenhuizen kunnen beoordelen zodra ze een erkenning vragen. Ze moeten aan minimumnormen voldoen en dergelijke. In het Zorgstrategisch Plan Vlaanderen staat echter een andere redenering. We zouden dit moeten kunnen inpassen in een globale visie op de kindzorg in de regio. Op die manier komt de eerstelijnszorg ook in beeld.

Dat is de oefening die we nu maken. We hebben een schema klaar om dit te doen voor de beroertezorg. De federale koninklijke besluiten leiden ertoe dat we de S2-afdelingen moeten erkennen waar in het geval van een beroerte zware interventies kunnen worden uitgevoerd. We zouden natuurlijk kunnen wachten tot de ziekenhuizen ons de vraag stellen. Ze kunnen ons melden dat ze over de infrastructuur en de permanentie beschikken en vervolgens om een erkenning vragen. We volgen echter een omgekeerde redenering voor wie een erkenning komt vragen.

We weten dat de beroertezorg eigenlijk, net als de pediatrie zorg, piramidaal en geëchelonneerd is opgebouwd. Dit moet worden ingebed in een globale afspraak met de eerstelijnszorg. We zullen de ziekenhuizen medelen dat, als ze op basis van een federaal koninklijk besluit en binnen een federale programmatie die er mogelijk nog kan komen, een erkenning willen indienen, er van hen wordt verwacht dat ze eerst een bepaald traject van het regionaal zorgstrategisch plan doorlopen. De stakeholders in de eerstelijnszorg moeten hierbij worden betrokken. Voor de pediatrie zorg is dat nog evidentier dan voor de beroertezorg.

We zijn niet van plan een besluit van de Vlaamse Regering te schrijven waarin we een traject opnemen. Dat is niet de bedoeling. Indien de ziekenhuizen ons nodig hebben om beslissingen over erkenningen of vergunningen te nemen, is dat in zekere mate een opportuniteitsbeslissing. Iedereen weet dat we aan die erkenningsbeslissing voorwaarden zullen verbinden. We zullen vragen of de regionale zorgstrategische oefening met de omgeving al is gemaakt. Dit omvat ook de collega's in andere ziekenhuizen. Dat is de redenering die hierachter schuilt.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Tine van der Vloet aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de invulling van de Groene Zorginitiatieven – 2816 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): Voorzitter, in het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juni 2016 betreffende het vergunnen van aanbieders van zorg staat dat naast de erkende en de niet-erkende zorgaanbieders ook groenezorginitiatieven mogelijk zijn. Volgens het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen (BRV) kan de minister bevoegd voor de bijstand aan personen vaststellen in welke gevallen en onder welke voorwaarden groenezorginitiatieven die zich bij het agentschap registreren, dagondersteuning kunnen bieden aan verschillende personen met een handicap zonder vergunning.

Minister, in uw antwoord op een schriftelijke vraag die ik u hierover heb gesteld, hebt u geantwoord dat deze voorwaarden tegen september 2016 gekend dienden te zijn. Het Steunpunt Groene Zorg heeft ondertussen een aantal informatie-avonden met als titel 'Zorgboerderij en Persoonsvolgende financiering' georganiseerd waarop ze toelichting hebben gegeven.

Een standpunt dat het steunpunt heeft ingenomen, vind ik verontrustend. Wat het collectief aanbod van zorg als groenezorginitiatief betreft, wordt de link met landbouw weer gelegd. Dit standpunt zou op 12 oktober 2016 bij het agentschap worden toegelicht. Het steunpunt heeft voorgesteld om geïdentificeerde landbouwers te gebruiken als kenmerk om een groenezorginitiatief te kunnen zijn. Op deze manier blijft de landbouw centraal staan. De overschakeling van de persoonsvolgende financiering (PVF) is net een historisch moment. We willen een sterke nadruk leggen op de initiatieven die net de zorg centraal plaatsen.

Op deze manier wordt ook het aanbod beperkt. Het is immers niet nodig landbouwactiviteiten te verrichten om mensen in een groene omgeving van de nodige zorg te voorzien. Hierdoor dreigen heel wat aanbieders uit de boot te vallen. Dat is nu net het omgekeerde van wat de PVF beoogt.

Minister, zijn de voorwaarden voor groenezorginitiatieven reeds bepaald? Wat houden ze net in? Zult u de omslag naar de PVF aangrijpen om ervoor te zorgen dat het welzijn van de mensen en niet het al dan niet verrichten van landbouwactiviteiten centraal komt te staan? Zullen naast het Steunpunt Groene Zorg nog andere zorginitiatieven worden betrokken bij de gesprekken met het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), zodat een zo breed mogelijk gamma aanbieders bij de invulling van de definitie van groene zorg wordt betrokken?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, de voorwaarden voor groenezorginitiatieven zijn nog niet bepaald. Er zijn contacten tussen het VAPH en het Steunpunt

Groene Zorg om dit voor te bereiden. Ik ben er me goed van bewust dat we dit zouden moeten finaliseren. Dat zal zeker iets voor de komende weken en maanden zijn.

In de PVF staat het welzijn van de mensen centraal. Om die reden is er een vergunningsregeling waaraan de zorgaanbieders moeten voldoen. De vergunning wordt pas afgeleverd en behouden indien de zorgaanbieder aan bepaalde kwaliteitsnormen voldoet. Slechts in welbepaalde gevallen heeft de Vlaamse Regering bepaald dat van die vergunningsplicht kan worden afgeweken, bijvoorbeeld omdat de ouders zelf de meerderheid van het bestuur van de organisatie uitmaken of omdat een organisatie binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin al een erkenning heeft.

Mevrouw van der Vloet, dit is niet van toepassing op de groenezorginitiatieven. Ze vallen immers onder geen van deze bepalingen en ze zijn geen vergunde aanbieders. Zoals u zelf goed weet, hebben we afgesproken dat we zouden nagaan hoe we door middel van een ministerieel besluit toch ruimte aan die groenezorginitiatieven zouden geven. Momenteel blijft het tot die sector beperkt. We gaan na in welke mate dit toch mogelijk zou zijn.

In de voorwaarden die we zullen uitwerken, zullen we aandacht hebben voor een zekere kwaliteitsborging. Dit moet nog worden geoperationaliseerd. Het vasthouden aan een vergunning en aan kwaliteitsvoorwaarden, ook indien het om het werken in een groene omgeving, gaat, is zeker niet tegengesteld aan het geven van voorrang aan het welzijn van de mensen.

Op dit ogenblik is het Steunpunt Groene Zorg de gesprekspartner voor de verdere operationalisering. Andere initiatieven die een aanbod hebben of willen ontwikkelen, beschikken momenteel nog niet over een structureel aanspreekpunt en zijn bij het VAPH ook niet gekend.

Ik spreek me vandaag nog niet uit over de vraag of het wenselijk is de scope van de definitie van groenezorginitiatieven verder te verruimen dan enkel het aanbod van de geregistreerde landbouwers. Dat is zeker niet uitgesloten. We moeten echter beseffen dat we met een enorme transitie aan de gang zijn. Indien we de continuïteit en de stabiliteit willen verzekeren, kunnen we er het best voor zorgen dat we het debat niet te zeer verbreden. Dit zou de kans dat we ons op korte termijn in een startpositie zouden bevinden immers hypothekeren.

Ik vind de kwaliteitsbewaking zeer belangrijk. In de regelgeving is geen definitie van groenezorginitiatieven opgenomen. Indien we met een definitie zouden werken, zou dit leiden tot registratie, controle en alles wat daarbij hoort. Daar moeten we eens goed over nadenken. In het licht van het PVF-systeem zullen we grondig moeten nadenken over de vrijstelling van de vergunningsplicht.

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kom hier geregeld op terug omdat heel wat studies uitwijzen dat mensen in een groene omgeving heel wat rustiger en gelukkiger zijn. Om die reden kom ik geregeld terug op dit onderwerp, dat ik belangrijk vind.

Ik heb vastgesteld dat bepaalde voorzieningen momenteel over een boerderijwerking beschikken. De mensen worden in die boerderijwerking ingeschakeld. Hoewel het niet om landbouwbedrijven gaat, kan dit natuurlijk. Ik zou die lijn echter wat ruimer willen trekken.

Het gaat niet om de landbouwbedrijven, maar om de groene omgeving en om de zorg zelf. Het kan gaan om een boerderij binnen een voorziening of om een

boerderij die wat verder is gelegen. Ik vind dat we die optie zeker en vast in aanmerking moeten nemen. Nu worden de zorgboerderijen immers gebruikt of bijna misbruikt door de voorzieningen.

De voorzieningen zetten hun cliënten daar af om een dagje mee te werken op de zorgboerderij. De boer krijgt hier echter geen euro voor. Dat kan niet. De zorgboer biedt kwaliteit en zorgt voor dagopvang. Wekelijks worden die personen daar afgezet. Momenteel kan dit omdat het onder de voorziening valt. De voorziening wordt voor die dagen betaald. De zorgboer krijgt hier echter niets voor.

Om die reden wil ik ervoor pleiten dit in de PVF rechtstreeks te regelen. Dit moet niet langer met de speler van de voorzieningen worden geregeld. De persoon die graag op een boerderij werkt, gaat een aantal dagen naar de voorziening, maar moet ook een aantal dagen aan zorg rechtstreeks bij de zorgboer kunnen kopen. Die persoon moet financieel staand kunnen blijven. Het lijkt me zeer belangrijk hier in de PVF rekening mee te houden.

Wat de PVF betreft, moet de zorg in de gesprekken tussen het VAPH en de groenezorginitiatieven aan bod komen. Er moet niet enkel naar de landbouwgerelateerde bedrijven worden gekeken. Ik hoop dat hier rekening mee zal worden gehouden.

De voorwaarden zijn nog niet bepaald. Dat zal de komende weken en maanden gebeuren. Ik hoop dat die voorwaarden er snel zullen zijn. Hier moet ook duidelijk over worden gecommuniceerd. Zal dit ook in januari 2017 gebeuren? Dit zou de initiatieven de mogelijkheid bieden hier eventueel mee in te stappen. Hoe groter het aanbod is, hoe meer vragen we kunnen beantwoorden. Het gaat natuurlijk altijd om een combinatie. Het gaat om de voorzieningen, om de zorgboerderijen en om alle andere initiatieven. We hebben nu een enorme kans om dit in de PVF mee naar voren te schuiven. Ik hoop dat hier goed over zal worden nagedacht. We mogen niet enkel naar de landbouwers kijken. De groenezorginitiatieven vangen nu al veel mensen op. Dit verloopt vaak langs de voorzieningen. De groenezorginitiatieven mogen hun stem ook laten horen. Ik hoop dat het VAPH hier een beetje rekening mee zal houden.

Bart Van Malderen (sp.a): Ik ervaar op een aantal punten toch wel een belangrijke tegenspraak tussen wat in de vraag is bepleit en het antwoord.

Minister, er is u gevraagd snel te werken. U hebt geantwoord dat u veel ander werk hebt en dat u vooral niet snel wilt werken. Er is u gevraagd te kijken naar de zorg en niet naar het statuut van het bedrijf waar die zorg plaatsvindt. U hebt geantwoord dat een ophijsting daarvan veel discussies op gang zou trekken. Ik zou er vooral voor willen pleiten alles zo zorgvuldig mogelijk aan te pakken.

Mevrouw van der Vloet, er zullen wat raakvlakken met andere beleidsdomeinen zijn. U hebt verwezen naar mensen met een handicap die op een boerderij werken. Dit opent een heel ander debat. We moeten de nodige finesse aan de dag leggen om niet in de vallen te trappen die deze waardevolle initiatieven zouden kunnen hypothekeren.

De praktijk op het terrein komt niet meer overeen met de zeer categoriale benadering die wordt gehanteerd. Lang niet alle landbouwbedrijven zijn geschikt om als zorgboerderij te fungeren. Veel groenezorginitiatieven vinden niet meer plaats in wat we momenteel als landbouwbedrijven omschrijven. Soms gaat het om mensen die dit als bijkomende activiteit doen en dergelijke. Zorgvuldigheid en pragmatiek zullen absoluut nodig zijn.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik probeer het even in de terminologie van de PVF te vatten. Iemand kan zijn budget aan een vergunde zorgaanbieder toevertrouwen. Dat zijn van rechtswege de erkende instellingen van het VAPH, de instellingen die in een of andere vorm een erkenning binnen het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin hebben en de vzw's waar de ouders de meerderheid in een raad van bestuur met een geplafonneerd aantal hebben. Dat is de toestand.

De vraag is of we kunnen toelaten dat een budget wordt besteed aan dagopvang in een groenezorgomgeving als de initiatiefnemer niet behoort tot de categorieën die ik daarnet heb opgesomd. Dat is de technische vertaling.

Bij de goedkeuring van het ministerieel besluit is duidelijk afgesproken dat we die opening moeten maken. De vraag is enkel hoe we dit zullen definiëren. Aan de hand van die definitie zal immers worden bepaald over wie het gaat. Dit heeft natuurlijk een belangrijke precedentwaarde. Ik begrijp dat wordt gezocht naar een formule om het goede en de waarde van de bepleite ideeën met de start van het PVF-systeem in overeenstemming te brengen.

Ik probeer me even een ander creatief initiatief voor de geest te halen. Er zijn heel wat interessante zaken buiten de groene omgeving die mensen veel deugd doen. Kunnen die mensen hun budget daar dan aan besteden? We moeten goed overleggen. We zijn het erover eens dat we een oplossing voor de groene zorg moeten vinden. Dat is afgesproken. We zullen proberen dit tijdig in orde te krijgen.

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): Minister, het gaat inderdaad niet enkel om het werken op de boerderij. Het is meer dan dat. Het gaat om een zinvolle dagbesteding. Wat de definiëring betreft, wil ik nog eens vragen om, zoals de groenezorginitiatieven vragen, de geïdentificeerde landbouwers niet als uitgangspunt te gebruiken. U moet de zorg centraal stellen. Dat is de boodschap die ik nog eens wil herhalen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Bert Moyaers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over vermijdbare overlijdens bij hartpatiënten – 7 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Moyaers heeft het woord.

Bert Moyaers (sp.a): Voorzitter, op 26 september 2016 heeft Le Soir een studie met de titel 'Aspire IV' bekendgemaakt. De studie is uitgevoerd bij 300 Belgische patiënten en heeft aangetoond dat 85 procent van de patiënten die een hartinfarct hebben gekregen het hun opgelegde revalidatieprogramma niet correct volgt. Een dergelijk revalidatieprogramma vermindert het risico op een nieuwe hartaanval nochtans ernstig. Het zorgt ervoor dat de levenskwaliteit van de patiënt stijgt. Volgens de studie is het gevolg dat jaarlijks 15.000 doden vallen die eigenlijk kunnen worden vermeden.

Volgens mevrouw De Maeyer, een cardiologe, zijn er diverse oorzaken. De verantwoordelijkheid ligt uiteraard bij de patiënt zelf, maar ook bij de arts die beter moet uitleggen waarom medicatie moet worden genomen en waarom ze zo vaak of zo lang moet worden genomen. Ook de bijbehorende levensstijlmaatregelen, zoals stoppen met roken, overgewicht verhelpen of meer bewegen, worden zelden ter harte genomen.

Mevrouw De Maeyer heeft, samen met ons, vastgesteld dat de overheid veel campagnes voert, maar dat de daadwerkelijke opvolging op de vloer ontbreekt. Ze breekt een lans voor meer coaching en begeleiding van de patiënt. Ze heeft hierbij het voorbeeld gegeven van het Angelsaksisch model van de 'dedicated nurses'. Dat zijn verpleegsters die aan een huisartsen- of specialistenpraktijk zijn verbonden en die precies de opdracht hebben voor deze coaching en begeleiding te zorgen. Ze helpen de patiënt met de fysieke en de psychologische opvolging van de aanbevelingen. Het gaat om meer dan elke dag even op de hometrainer te zitten: het is een multidisciplinair programma dat de patiënt helpt te stoppen met roken, een gezonde voedingsstijl aan te nemen, enzovoorts. Volgens de cardiologe kan de mortaliteit hierdoor met de helft worden verminderd.

Minister, we hebben het in het verleden in deze commissie al gehad over de noodzaak te werken aan de gezondheidsvaardigheden van de brede bevolking en van de zwakkere doelgroepen in het bijzonder. U hebt toen gesproken over een toolbox die het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie (VIGeZ) voor de gezondheidsverstrekkers zou ontwikkelen. Hiermee zouden ze hun gezondheidsinformatie en -communicatie beter op de aanwezige gezondheidsvaardigheden kunnen afstemmen en zouden ze de gezondheidsvaardigheden van hun doelgroep kunnen verhogen.

Minister, vindt u ook dat de communicatie tussen arts en patiënt kan worden verbeterd? Is de aangekondigde toolbox van het VIGeZ betreffende de gezondheidsvaardigheden al beschikbaar? Hoe wordt deze toolbox onder de zorgverstrekkers verspreid? Ziet u een mogelijkheid om de coaching en de begeleiding van de patiënten te verbeteren zodat ze opgelegde levensstijladviezen letterlijk ter harte zouden nemen? Is het systeem van de 'dedicated nurses' een te volgen voorbeeld?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: In België beschikt volgens recent onderzoek 40 procent van de volwassenen over beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden om de adviezen die onder andere door zorgverstrekkers worden gegeven, goed op te volgen. Het gaat daarbij zowel om het voldoende kunnen begrijpen van de gezondheidscommunicatie als om het kritisch beoordelen ervan en het kunnen toepassen op de eigen situatie.

Om dat te verbeteren, zijn twee strategieën complementair. We moeten ervoor zorgen dat de zorgverstrekkers en preventiewerkers meer aandacht hebben daarvoor, beter kunnen inschatten wat de aanwezige gezondheidsvaardigheden zijn bij een patiënt of een doelgroep en daarmee rekening houden in hun advies. Hiertoe gaan we de ontwikkelde communicatie- en preventiematerialen aanpassen, zodat ze toegankelijk worden gemaakt voor wie geringe gezondheidsvaardigheden heeft. Ook moeten we de patiëntengroepen met geringe gezondheidsvaardigheden ondersteunen bij het verwerven van sterkere gezondheidsvaardigheden. De toolbox van VIGeZ zet in op die eerste strategie. Meer specifiek trachten we om de aandacht voor gezondheidsvaardigheden niet enkel bij de zorgverstrekking te versterken, zoals bijvoorbeeld in functie van medicatietrouw, maar vooral ook bij adviezen en communicatie met betrekking tot het volhouden van een gezonde leefstijl, zowel door zorgverstrekkers als door preventiewerkers in alle settings, dus bij de steden en gemeenten, bij de welzijnsorganisaties, op de werkplek enzovoort.

Een eerste stap was het versterken van de alertheid voor gezondheidsvaardigheden. Daarvoor lieten we een laagdrempelige brochure ontwikkelen en implementeren via studiedagen en netwerking. U kunt die brochure vinden op <http://www.vigez.be/themes/gezondheidsongelijkheid/wat-zijn-gezondheidsvaardigheden>. In een tweede stap willen we de tools ontwikkelen die zorgverstrekkers en preventiewerkers ondersteunen om beter rekening te houden met de aanwezige vaardigheden. Er zijn de

algemene tools, die voor alle intermediairs in alle settings nuttig zijn. Tools voor toegankelijke en laagdrempelige gezondheidsinformatie en voor het inschatten van het aanwezige niveau van gezondheidsvaardigheden van groepen worden dit najaar nog ontwikkeld in samenwerking met de communicatieafdeling van de Thomas Morehogeschool. Zij hebben recent reeds zelf een basisset 'Heerlijk helder in de zorg' ontwikkeld.

Dan zijn er de tools op maat van elke setting, namelijk lokale besturen, bedrijven, cure en care, onderwijs, en dat op basis van een behoeftebevraging per setting. De behoeftebevraging gebeurt dit najaar, zodat in 2017 specifieke tools kunnen worden ontwikkeld. De tools kunnen gaan over mondeling advies, gebruik van beeldmaterialen, communicatievormen, organisatieontwikkeling voor meer aandacht voor gezondheidsvaardigheden, inrichting en beleid. In cocreatie zullen praktijkgerichte checklists worden gemaakt.

Naast de toolbox voorziet VIGeZ in een toegankelijk aanbod van vorming voor het gebruik van de tools in samenwerking met de settings waar de aandacht voor gezondheidsvaardigheden kan worden versterkt. Rekening houden met de noden van een specifieke doelgroep in een specifieke setting en met de gezondheidsvaardigheden van die doelgroep is een aandachtspunt dat ook aan bod komt in de gezondheidsconferentie van 16 en 17 december eerstkomend.

Voor de tweede strategie, het versterken van gezondheidsvaardigheden, zal in een later stadium worden samengewerkt met het hoger onderwijs en het volwassenenonderwijs. De modaliteiten waaronder dit kan gebeuren, moeten nog worden onderzocht. Dit najaar start de Vlaamse overheid met de opmaak van een eisenkader voor de cardiale patiënt. Daarbij wordt op zoek gegaan naar eisen die cruciaal zijn voor de kwaliteit van de zorg voor die doelgroep in onze Vlaamse ziekenhuizen. Dat kan worden beschouwd als een soort informele actualisering van de ziekenhuisnormering. Dat eisenkader zal worden gebruikt door de Vlaamse Zorginspectie om controles uit te voeren met betrekking tot het zorgtraject voor cardiale patiënten. De sector zal daaraan meewerken, wat de gedragenheid van het eisenkader op de werkvloer moet garanderen. Ook vanuit die invalshoek zullen we dus bekijken hoe we op deze thema's van gezondheidsvaardigheden kunnen inzetten. De Vlaamse overheid heeft daarbij inderdaad specifiek de vraag gesteld om aandacht te hebben voor de aspecten met betrekking tot preventie en revalidatie. Die items zijn niet normatief omschreven en zijn tot nu toe ook niet gecontroleerd. We hopen dat de sector deze onderwerpen kritisch zal onderzoeken en valabele voorstellen zal aanleveren. Die kunnen de aanzet vormen om de preventie en de revalidatie meer prioriteit te geven in onze ziekenhuiszorg.

De voorzitter: De heer Moyaers heeft het woord.

Bert Moyaers (sp-a): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb er toch wel een en ander uit geleerd, maar ik heb nog een paar bijkomende vragen. In welke mate wordt vandaag het geld van taksen en accijnzen op tabak dat we kunnen aanwenden, al ingezet voor de preventie van onder andere rookstopprogramma's? Zijn er momenteel ook lokale cijfers over roken en schade door roken? Dat zou immers lokale besturen kunnen aanmoedigen om ter zake actie te nemen. Uiteindelijk is roken immers toch ook een van de factoren die heel vaak samenhangen met hartproblemen.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): De problematiek van een gebrek aan therapietrouw of de volledige afwezigheid ervan beperkt zich natuurlijk niet tot hartpatiënten. De therapietrouw bij chronische behandeling is ongeveer 50 procent, onafhankelijk van de aandoening, het behandelingsplan of de meetmethode. Er wordt geschat dat 50 à 70 procent van de patiënten die chronische geneesmiddelen

moeten nemen, binnen een jaar zonder aanleiding met hun behandeling stoppen. Het veranderen van een levensstijl lijkt me sowieso moeilijk. Ik denk daarom dat coaching heel belangrijk is. Vaak hebben artsen onvoldoende tijd. Ze leggen wel kort uit wat de noodzaak is, maar daarom doen patiënten het nog niet. Ze hebben vaak misschien de intentie om het te doen, maar vaak stopt het als er echt moet worden overgegaan tot actie. We gaan nu kijken naar de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. We gaan proberen die vorm te geven. Ik denk dat daarbij vooral ook aandacht moet gaan naar het coachen van patiënten, niet alleen op het vlak van therapietrouw, maar ook qua voeding en beweging.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Collega Moyaers, ik wil u in eerste instantie bedanken voor de interessante vraag en de pertinente bijvragen. Ik denk dat we inderdaad getuige zijn van een hele verschuiving, van een reactieve en passieve patiënt naar een veel mondigere, participerende patiënt. Gezondheidsvaardigheden worden heel belangrijk. Van de patiënt zal in de toekomst eigenlijk worden verlangd dat hij meer de behoeder wordt van zijn eigen gezondheid, en ook inzet op de primaire preventie. Het werd al aangegeven: dan gaat het over stoppen met roken, over het aanpassen van een slechte levenshygiëne. Ik denk dus dat er op dat vlak veel ruimte is, uiteraard in dialoog met de zorgverstrekkers, in de eerste plaats die van de eerste lijn.

Ik vind ook de suggestie van de 'dedicated nurses' heel waardevol. Vorige week nog hadden we de proefballon van de hulparts die zou moeten worden gecreëerd om in de eerste lijn de huisartsen bij te staan. Mijn fractie is daar zeker geen voorstander van. Wel zien we er een meerwaarde in – en dat bestaat eigenlijk al bij de referentieverpleegkundigen diabetes, palliatieve zorg en wondzorg – dat verpleegkundigen, of misschien een nieuwe tussenvorm van zorgcoördinatoren, zich specifiek gaan richten op het qua zorg coachen en begeleiden van de patiënt. Die vraag lijkt me dus aanleiding te kunnen geven tot heel interessante evoluties en denkoefeningen, die echter wellicht concreet moeten worden gemaakt in de eerstelijnsconferentie.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De hele kwestie van een fiscaal beleid, of het nu voedseltaksen of accijnzen zijn, dat een bepaald gezondheidsbeleid moet ondersteunen, is natuurlijk een mooi voorbeeld van 'health in all policies', waarbij bepaalde bevoegdheden, ook op een ander bestuursniveau, worden ingeschakeld. Wij hopen natuurlijk dat, als men op dat vlak echt een gezondheidsbeleid voor ogen heeft, er daarover overleg is en dat we kunnen bekijken hoe ter zake gestroomlijnd kan worden gewerkt. Buitenlandse ervaringen met bijvoorbeeld voedseltaksen leren ons immers dat, als men dat 'stand-alone' doet, zonder dat het geïntegreerd is in communicatie en andere aspecten van de benadering, dat eigenlijk niet zo succesvol is. We hebben daarover dus ook een protocol afgesloten met de diverse overheden die bevoegd zijn voor de volksgezondheid, om te bekijken hoe we, als er bewegingen zijn, die samen in één gestroomlijnde actie kunnen onderbrengen. Het is heel duidelijk dat de accijnspolitiek heel belangrijk is als het gaat over roken.

Als dat uw vraag was, we proberen in onze strategie om zo veel mogelijk de stakeholders te interesseren in de thematieken van gezondheids promotie en ziektepreventie, inderdaad regionale cijfers te produceren. We kunnen dat al vrij goed voor een aantal zaken, zoals de participatiegraad bij kankerscreening, maar er zijn er ook waarbij we dat nog niet echt helemaal kunnen.

We proberen daar dus, vaak door samen te werken met het kankerregister, regionaal gedifferentieerde cijfers over te produceren. We weten immers dat dat heel mobiliserend is voor de stakeholders om in de eigen regio dan aan de slag te gaan, om te bekijken waarom iets werkt in een andere regio enzovoort. In de

mate dat we dat op een wetenschappelijk verantwoorde manier zichtbaar kunnen maken, proberen we dat echt systematisch te doen in alle aspecten van de gezondheidspromotie.

De voorzitter: De heer Moyaers heeft het woord.

Bert Moyaers (sp·a): Minister, ik dank u voor uw antwoord, en ik dank uiteraard de collega's om er ook zo positief over mee te denken.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over spuitruimtes voor drugsgebruikers – 35 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp·a): Minister, in navolging van Nederland en Duitsland wil het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest de wenselijkheid onderzoeken van spuitruimtes, plekken waar harddruggebruikers terecht kunnen om in een veilige ruimte drugs te gebruiken onder begeleiding van speciaal opgeleid personeel, om overdoses en de verspreiding van ziektes te vermijden. Dat zou moeten leiden tot het terugdringen van ziektes als hepatitis C en hiv, en tot het vermijden van overlast op straat. In het kader daarvan kondigde minister-president Vervoort aan dat hij hierover had samengezeten met de andere regio's in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Minister, klopt het dat u daarover overleg hebt gehad met die andere regio's? Wat zijn eventuele wettelijke belemmeringen voor het oprichten van dergelijke spuitruimtes? Bent u daar zelf een voorstander van? Zo ja, zult u stappen zetten om die spuitruimtes mogelijk te maken? Of bent u daar veeleer een tegenstander van?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Binnen de Algemene Cel Drugs werd hierover inderdaad gesproken met de vertegenwoordigers van de bevoegde ministers op het federale niveau en die van de andere regio's. Er werd een stand van zaken opgemaakt, die mogelijk ter sprake zal komen in de eerstvolgende Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, waarin de voormalige Interministeriële Conferentie Drugs werd ingekanteld.

Er is een analyse gemaakt. Ik neem aan dat u daar wel kennis van hebt. Daaruit blijkt dat de oprichting van veilige spuitruimtes momenteel in strijd is met artikel 3 van de Belgische wet van 1921 betreffende verdovende middelen. Een aanpassing van die wet is noodzakelijk, zodat er een duidelijk rechtskader wordt bepaald dat toelaat de gebruikers en de betrokken werknemers te beschermen. Als ik de slotconclusie lees, dan kan ik niets anders dan zeggen dat men daar formeel over is: een omzendbrief volstaat niet. Ik citeer: "De huidige federale wetgeving laat de oprichting van een gebruiksruijme niet toe. Immers, een lokaal ter beschikking stellen dat het gebruik van illegale drugs vergemakkelijkt of hiertoe aanzet, is strafbaar in het kader van de Drugswet van 1921. Een wetswijziging van de Drugswet is een conditio sine qua non voor de oprichting van een gebruiksruijme. Een koninklijk besluit of een rondzendbrief van de procureurs-generaal volstaan niet."

Die wetswijziging behoort dus exclusief tot de bevoegdheid van de federale overheid. Via de gesprekken binnen de Algemene Cel Drugs vernemen we dat de

federale overheid hieromtrent geen plannen heeft. Dat staat ook in het rapport. We gaan ook zelf geen initiatieven nemen om werk te maken van veilige spuitruimtes in Vlaanderen. Zoals ik zei, ontbreekt er in België op dit moment een wettelijk kader. Daarenboven zouden er eerst heel wat elementen moeten worden onderzocht, zoals de haalbaarheid op basis van behoeften, de praktische voorwaarden enzovoort. Naar welke doelgroep gaan we ons dan richten? Waar gaan we dit organiseren? Op welke uren? Hoe verhoudt die werking zich met de politie? Welke begeleiding is er? Heel veel vragen moeten worden onderzocht, nog los van de noodzaak van een aangepast wettelijk kader.

De fundamentele vraag is evenwel of het, rekening houdend met de specificiteit van Vlaanderen, wel raadzaam is om hier in Vlaanderen een dergelijke werking uit te bouwen. Ik ben daar niet van overtuigd. In een aantal functies die in het buitenland door de risicobeperkende gebruikersruimte worden opgenomen, is door ons voorzien binnen de reguliere werking van onze verslavingszorg. Vanuit de medisch-sociale opvangcentra (MSOC's) worden bijvoorbeeld begeleidingsgesprekken met gebruikers aangegaan vanuit een multidisciplinaire teamwerking, wordt in doktersconsultaties voorzien met betrekking tot gebruik, worden programma's aangeboden met vervangingsmedicatie voor opiaatgebruikers, wordt gebruikt injectiemateriaal ingewisseld tegen steriel materiaal. Kortom, we voorzien, binnen de mogelijkheden van het huidige wettelijk kader, reeds in een aantal antwoorden op de noden van deze doelgroep.

Op basis van grondige evaluaties en in overleg met het werkveld trachten we zo goed mogelijk te anticiperen op de nieuwe noden en ontwikkelingen. Wat dat betreft, moet ik u toch signaleren dat we een behoorlijk traject hebben afgelegd met de sector om een visie te ontwikkelen op het Vlaamse beleid met betrekking tot verslavingszorg, en dat gelet op de nieuwe bevoegdheden. De conceptnota ter zake is ook door de regering goedgekeurd.

In dat traject heb ik, tenzij ik me vergis, niemand daarvoor horen pleiten. Ook van de lokale overheden, want vaak gaat het toch in eerste instantie ook om het kunnen beheersen van overlast, heb ik tot nu toe geen enkele vraag gekregen.

U kunt de visie van de Vlaamse Regering met betrekking tot de verdere uitbouw van de drughulp in Vlaanderen dus terugvinden in de conceptnota Verslavingszorg. Zoals gezegd, vormt die visie, die in nauw overleg met de sector en vertegenwoordigers van de doelgroep tot stand is gekomen, de basis voor de verdere ontwikkeling van een Vlaams beleid inzake verslavingszorg. Er is voor gekozen om de drughulp in te bedden in het bredere kader van de geestelijke gezondheidszorg. Dat zal dan ook decretaal worden verankerd.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp-a): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is overigens een goede keuze om dat in te bedden in het bredere kader van de geestelijke gezondheidszorg. Daar ben ik het mee eens. Mijn vraag was vooral welke de wettelijke belemmeringen zijn. Die zijn nogal groot, zo ik hoor. Er is federaal ook geen intentie om die wet aan te passen, hoor ik u zeggen. Het eventuele initiatief van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest blijkt dan dus zonder voorwerp.

Ik ben het met u eens dat de MSOC's zeer goed werk verrichten, zeker als het gaat over het terugdringen van het risico op overlast en andersoortige risico's, van spuiten die door kinderen in een park worden gevonden en zo. Dat neemt niet weg dat er een kleine, meer hardnekkige groep is die niet altijd hulp zoekt en niet altijd of niet even gemakkelijk wordt bereikt via de hulpverlening, en waarvoor we ook de ogen niet mogen sluiten. Dat is gewoon een kleine oproep die ik wil doen. Ik denk dat onder andere straathoekwerk bijvoorbeeld dan weer

wel soms contact heeft met die mensen. Het is echter erg belangrijk dat we die kleine groep met een bijzonder hoog risico niet vergeten in het drugbeleid.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Danielle Godderis-T'Jonck aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stijgende incidentie van eetstoornissen op steeds jongere leeftijd – 37 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA): Voorzitter, minister, in ons land lijdt naar schatting ongeveer 4 procent van de vrouwen aan een eetstoornis. Uit een onderzoek in Nederland blijkt dat het aantal jongens en meisjes onder 14 jaar die aan anorexia lijden, tussen 1999 en 2004 is gestegen van 8 procent naar 35 procent. In ons land zijn daar echter geen cijfers over. Eetexpert.be leert ons dat eerder Europees onderzoek heeft aangetoond dat de anorexiaproblematiek in België nog sterker aanwezig is dan in Nederland. Ongeveer een half procent van de totale Europese bevolking lijdt aan anorexia. Voor Nederland is dat ongeveer 0,4 procent, voor België bijna 1 procent.

Kinderpsychiater en eetstoornissenexpert Annik Simons stelt vast dat eetstoornissen op steeds jongere leeftijd beginnen en dat de gevolgen ervan op latere leeftijd steeds maar toenemen en ernstig kunnen zijn. De jongeren worden sterk beïnvloed door media zoals pro-anablogs, zeker in een periode waarin de culturele nadruk op slank en mooi zijn wordt gelegd. Ook de modewereld gaat hierin niet vrijuit: de norm voor modellen is nog altijd 'size zero'. Dokter Simons vindt dat er op dergelijke blogs foute ideeën en handelwijzen worden verspreid, die de kinderen nog meer aanzetten tot het obsessief bezig zijn met hun gewicht en met wat ze niet of wel eten.

Ze steunt daarbij de ouders van een tienerdochter met een eetstoornis die vragen dat er een verbod zou komen op dergelijke pro-anablogs en dat het idee van een 'vettaks' zou worden gebannen. Opgroeiende jongeren hebben immers wel degelijk vetten nodig voor hun ontwikkeling. Dokter Simons stelt dat die pro-anablogsites kinderen ervan overtuigen dat ze een te hoog gewicht hebben. Ik citeer haar: "Ze geven kinderen tips over hoe ze bijna niets kunnen eten en hun ouders om de tuin kunnen leiden." Die blogs zijn geïllustreerd met foto's van heel magere meisjes, waaraan de kijker zich kan spiegelen. Deze ouders voelen zich te weinig gesteund in de strijd tegen de ziekte van hun kind. Ze vragen dat de overheid pro-anorexiablogs zou verbieden en dat jongeren op school geen calorieën meer zouden leren tellen. Andere ouders worden geconfronteerd met lange wachtlijsten als ze om gespecialiseerde hulp vragen. De arts verwijst in dit kader ook naar de voedingshype die overal in de media en in de samenleving opduikt. In de boekenwinkels zien we hele rekken overvol met allerhande kook- en dieetboeken.

Minister, welke middelen worden momenteel aangewend om jongeren over gezonde voeding en een gezonde levensstijl te informeren? Zullen er in de toekomst ter zake extra middelen worden ingezet? Over hoeveel gaat het dan precies? Op welke manier wilt u de ouders van jongeren die aan een eetstoornis lijden, beter gaan ondersteunen? Is het aanbod tot op heden voldoende, ook en vooral binnen de geestelijke gezondheidszorg? Ziet u een mogelijkheid om dergelijke blogs en websites te verbieden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Godderis, het is een terechte bezorgdheid dat jongeren op een goede en doordachte manier worden geïnformeerd over gezonde voeding, hun eetgedrag en een gezonde levensstijl. We willen zeker vermijden dat we eetstoornissen aanwakkeren door onzorgvuldige communicatie over voeding en overgewicht. De preventie van overgewicht en de preventie van eetstoornissen gaan hand in hand. Vanuit preventieoogpunt zetten we in op het versterken van beschermende factoren, zoals het stimuleren van een positief zelfbeeld, verbondenheid met leeftijdsgenoten, mediaweerbaarheid en een verschuiving van een voedings- of gewichtsfocus naar een gezonde leefstijl. We hebben in samenwerking met een aantal partnerorganisaties, zoals het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie (VIGeZ), Eetexpert en de Logo's (loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie), ingezet op een heel aantal methodieken gericht naar kinderen en jongeren, ouders, gezinnen en onderwijs. Voorbeelden zijn de promotie van de actieve voedingsdriehoek, de uitwerking van de campagne 'Laat ze zien hoe het moet', de website Gezondopvoeden.be, het vormingsaanbod met betrekking tot gezond opgroeien, de campagne voor gezonde voeding en beweging in kinderdagverblijven en 'Actieve kinderopvang', het implementeren van de kadermethodiek Gezonde School, de thematische invulling voor voeding 'Kieskeurig', De Proefkampioen enzovoort.

Via Eetexpert ondersteunen we sinds 2000 de media in de ontwikkeling van een doordachte communicatie met betrekking tot eten en gewicht. Er zijn adviezen opgesteld voor de pers en het beleid, zoals het vermijden van zwart-witboodschappen over gezonde voeding en bijhorende antivetboodschappen. In 2017 zetten we daar verder op in en zetten we verder in op het uitwerken van concrete adviezen voor de media. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan het verspreiden van boodschappen die een positief lichaamsbeeld ondersteunen dan wel ondermijnen, zoals reclame voor methoden gericht op snel gewichtsverlies.

Ouders wijzen ons terecht op de grote impact van eetstoornissen. Ze vragen een goede preventie, de organisatie van efficiënte vroegdetectie en de uitbouw van snelle en goede vroeginterventie om erger te voorkomen. Ik denk dat het beleid daar al op inzet, en we zullen dat zeker continueren en verder uitbouwen. Inzake de preventie van eetproblemen plannen we acties voor jongeren binnen diverse settings. Het onderwerp is trouwens mee opgenomen in de voorbereiding van de gezondheidsconferentie van 16 en 17 december, waar de vernieuwde gezondheidsdoelstellingen, preventiestrategieën en een eerste reeks van acties aan bod zullen komen. Inzake vroegdetectie zijn er op dit ogenblik duidelijke draaiboeken en veel praktijkondersteunende instrumenten beschikbaar of in ontwikkeling. Ze helpen huisartsen, diëtisten, psychologen, centra voor leerlingenbegeleiding en centra voor geestelijke gezondheidszorg bij een goede vroegdetectie. Zij krijgen ook gratis ondersteuning bij hun werk en kunnen terugvallen op een doorgedreven vormingstraject met gratis e-learning en face to face vorming. 4000 hulpverleners in Vlaanderen maken daar nu al gebruik van. Dat werk zal worden gecontinueerd.

Waar het de afgelopen tijd wat moeilijk liep, was de transparantie voor de burger over ons vangnet. We beschikken over goede hulp, maar voor ouders en betrokkenen is niet altijd duidelijk tot wie ze zich moeten wenden. Ik heb dan ook recent de opdracht gegeven aan de partnerorganisatie Eetexpert om een wegwijzer te zijn voor al wie hulp zoekt. Ze zullen voortaan een helpdesk aanbieden die gericht is op de algemene bevolking. Het is onze ervaring dat er wel goede expertisecentra zijn, maar dat we de toegang en de beschikbaarheid daarvan wat duidelijker zullen moeten promoten.

We proberen ouders van jongeren die aan een eetstoornis lijden, ook indirect te ondersteunen door onze samenwerking met het Familieplatform Geestelijke Gezondheid en de vereniging Anorexia Nervosa - Bulimia Nervosa.

Het staat buiten kijf dat eetstoornissen zoals anorexia nervosa ontstaan door een wisselwerking van persoonlijke en omgevingsfactoren. Bij personen met bepaalde kwetsbaarheden kan een risicofactor zoals het maatschappelijk slankheidsideaal een grotere invloed hebben, waardoor in bepaalde omstandigheden of bij bepaalde stressfactoren zich een eetprobleem kan ontwikkelen. Preventie zet in de eerste plaats in op het versterken van beschermende factoren die een buffer kunnen vormen tegen de invloed van dergelijke risicofactoren. De Vlaamse overheid werkt, zoals ik al zei, daarvoor al een hele tijd samen met Eetexpert, dat dat wat ons betreft ook goed doet.

Om de impact van het slankheidsideaal te beperken, wordt ingezet op zowel het versterken van het individu als de communicatie vanuit de media. Op individueel niveau is er het versterken van het zelfbeeld, zoals gezegd. We proberen ter zake toch ook in te zetten op mediaweerbaarheid. Bij mediaweerbaarheidstrainingen leren jongeren over de digitale beeldvormingstechnieken die door de media worden gebruikt om ideaalbeelden te creëren en leren ze een kritische houding aan te nemen ten opzichte van het slankheidsideaal. Die trainingen worden gegeven door leerkrachten, die worden getraind door professionals. Dat is de train-the-trainermethode. Eetexpert trainde sinds 2006 ongeveer 5000 Vlaamse leerkrachten om met hun klas aan de slag te gaan over dit thema. De modelfunctie van de leerkracht komt daarbij ook aan bod. Via die trainingen worden, naast kennis over onder meer mediatechnieken, ook de attitudes van leeftijdsgenoten beïnvloed. Daardoor kan de druk van leeftijdsgenoten om aan het slankheidsideaal te beantwoorden mee afnemen.

Ook op omgevingsniveau worden al heel wat stappen gezet. In 2017 wordt in samenwerking met Eetexpert ingezet op afspraken met en aanbevelingen voor de media en de reclame- en mode-industrie, onder meer over beperkingen en openheid over digitale beeldvormingstechnieken, het gebruik van modellen met een diversiteit aan lichaamsvormen, het verspreiden van boodschappen die een positief lichaamsbeeld ondersteunen, het vermijden van de promotie van methodes die gericht zijn op snel gewichtsverlies evenals afspraken over de beeldvorming met betrekking tot eetstoornissen. Het gaat hier, net als in de meeste andere landen, om vrijwillige gedragscodes die in overleg met de sector worden opgesteld, om zo ook gedragenheid te creëren. Van een bestraffend wetgevend beleid zijn tot heden weinig voorbeelden in andere landen bekend. De beperkte voorbeelden raken slechts een klein aspect aan van de media-invloed. Een voorbeeld is een wet die in Israël in 2012 van kracht is geworden met betrekking tot modellen met een te lage body mass index (BMI).

Het bestaan van pro-anasites lokt al langer reacties en protestreacties uit. Door recente media-evoluties blijven de boodschappen niet meer beperkt tot blogs en websites, maar breiden ze zich uit naar nog moeilijker te controleren media, zoals Facebook, Twitter, Youtube en andere sociale media. Ze bereiken zo ook gemakkelijker een jonger publiek, dat bovendien vatbaarder is voor de boodschappen over lichaamsidealens. Met de opkomst van smartphones, tablets en dergelijke wordt monitoring door ouders ook steeds moeilijker. Bovendien kan iedereen die dat wil, zonder enige technische of inhoudelijke kennis, dergelijke communicatiekanalen opstarten en een groot publiek bereiken. Het onderzoek naar de effecten van de sites is beperkt, maar er kan niet worden uitgesloten dat er negatieve effecten zijn. Er is dus een terechte vraag naar een aanpak. Die kan zich richten op verbod en censuur, en op het creëren van alternatieven en het vergroten van het bewustzijn. Frankrijk heeft reeds een verbod op websites op tafel gelegd, maar er zijn diverse praktische problemen. Wat als de website wordt uitgegeven in een land waar geen verbod bestaat? Hoe bepaal je of de inhoud schadelijk is? Er is geen duidelijke grens tussen een pro-anawebsite en een website met informatie over eetstoornissen. Wat doe je met de blogs van eetstoornispatiënten? Die bevatten immers ook heel wat 'trucjes'.

In onze vrije maatschappij is het niet evident om pers en communicatie aan banden te leggen. Aangezien de technische oplossingen niet evident zijn om uit te voeren, werd in Vlaanderen tot op heden dan ook veeleer geopteerd voor het inzetten op preventie en alternatieven, met het vergroten van het bewustzijn met betrekking tot het bestaan van die websites, het informeren van de media om niet op een sensationele manier met eetstoornissen om te gaan, het voorzien in alternatieven voor de nood aan online en andere steun en lotgenotencontacten voor eetstoornispatiënten en het opnemen in de therapie bij eetstoornispatiënten van het bezoeken van de websites.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Die noodkreet van die ouders in een open brief over hun tienerdochter was voor mij wel heel herkenbaar, maar twintig jaar geleden sprak men daar nog niet zo veel over en zocht men ook niet zoveel hulp. Dat is gelukkig totaal veranderd.

Ook alle lof voor algemeen coördinator van de Eetexpert An Vandeputte. Ik heb zelf op 8 september ook deelgenomen aan het congres in Leuven. Mevrouw Vandeputte wil nog meer dokters, CLB-psychologen, leerkrachten en diëtisten inzetten in de begeleiding.

Een prachtig initiatief is ook de Inloophiel, een soort bus die heel Vlaanderen doorkruist om mensen te informeren. Meestal gebeurt dat door vrijwilligers. Ze helpen mensen met eetstoornissen. Ze geven hun steun en goede raad. Ze krijgen geen subsidies van de Vlaamse overheid. Een drietal provincies in Vlaanderen verleent hun wel steun.

Onlangs vernam ik dat de residentiële opname sterk verminderd is. Er moet wel nog veel meer ingezet worden op de ambulante begeleiding omdat er toch altijd mensen zijn, vaak in een gezinssituatie, die eetstoornissen blijven hebben. Voor hen is het moeilijk om residentieel opgenomen te worden.

Wat betreft de invloed van blogs en persberichten, valt dit voor een stuk binnen de federale materie. Ik weet dat vorig jaar in Israël en in Frankrijk wetsvoorstellen zijn goedgekeurd die inhouden dat modellen die op de catwalk lopen, het bewijs moeten leveren dat ze een gezonde BMI hebben. We moeten misschien eens kijken of onze federale collega's dat mee kunnen ondersteunen.

De voorzitter: De heer Moyaers heeft het woord.

Bert Moyaers (sp-a): Ik ben dankbaar voor deze vraag over eetstoornissen. In het kader van de mediaweerbaarheid, waar de minister het over heeft gehad, is nog wel wat werk aan de winkel, vaak ook voor de ouders zelf. We worden elke week geconfronteerd met een of andere dieetgoeroe die een nieuw boek uitbrengt. Volgens de ene moet je de suikers laten en volgens de andere de vetten, en dan is er nog iemand die zegt dat je geen zetmeel moet eten. Recent las ik een interessant artikel in de weekendbijlage van De Morgen. Daarin stond dat ouders de diëten die ze uit die boeken halen, meteen ook opleggen aan hun kinderen. Op die manier ontnemen ze hun kinderen een aantal voedingsstoffen. Soms gaat het zover dat ze hun kinderen verbieden om fruit te eten. Er is dus nog werk te doen in verband met het betrekken van de ouders, niet enkel de ouders die met een probleem zitten, maar ook de ouders die zelf problemen bij hun kinderen aan het creëren zijn.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het rolmodel van de ouders en de manier waarop ze omgaan met voeding en beweging is belangrijk. We proberen daarop in te zetten en daarmee aan de slag te gaan.

Het aanbod van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zullen we een beetje beter in kaart moeten brengen. Zo moeten we bijvoorbeeld met eetexperts kijken welke ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen of kinderpsychiatrische afdelingen echt rond dat thema werken, en die beter in kaart brengen, zodat het niet te lang duurt voor ouders weten waar ze terecht kunnen. Ik heb een aantal van die mensen ontmoet, die zich gegroepeerd hebben, en voor hen is precies dat aspect van groot belang.

Kortom, men moet snel de juiste behandeling kunnen inzetten. Dat is een cruciaal punt.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA): Minister, u weet dat mijn dochter twintig jaar eetproblemen heeft gehad. Ze werd toen opgenomen in Kortenberg, bij Leuven. Ik kom uit de Westhoek, dat was op een afstand van 175 kilometer. De situatie in West-Vlaanderen is vandaag nog onveranderd, er is nergens een ziekenhuis dat zich inzet voor mensen met eetstoornissen. In het Zeepreventorium in De Haan bestaat wel de mogelijkheid om zwaarlijvige kinderen te helpen. Het is hoog tijd dat er ook in West-Vlaanderen een ziekenhuis is waar mensen met eetproblemen terecht kunnen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opmars van grote concerns in de kinderopvang – 42 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp-a): Michel Vandenbrouck, docent gezinspedagogiek aan de UGent, sloeg in De Morgen alarm over de commercialisering van de kinderopvang, en meer bepaald over de opmars van grote concerns die zelfstandige kinderopvanginitiatieven, die nauwelijks weten rond te komen, overnemen en zo hun marktpositie verder verstevigen.

Het is belangrijk dat we de doelstellingen uit het decreet Kinderopvang halen: tegen 2020 in betaalbare, kwaliteitsvolle kinderopvang voorzien voor elk kind dat er nood aan heeft. Dat vereist nog een flinke inspanning: het groeipad de voorbije jaren volstond weliswaar om de doelstelling te halen die was vastgelegd voor 2015, maar is voorlopig ruim onvoldoende om de doelstelling 2020 te halen. Dat vereist een subsidiekader dat kinderopvanginitiatieven ondersteunt, en daarbij ook voldoende aandacht heeft voor starters: we merken echter dat zij het vaak erg moeilijk hebben, omdat ze te lang in het ongewisse blijven over eventuele subsidies, en er dan ook vaak na een aantal jaar de brui aan geven omdat ze niet de middelen krijgen die ze nodig hebben om als kleinschalig initiatief te overleven. Soms betekent dat het verdwijnen van broodnodige kinderopvangplaatsen, met alle problemen voor de getroffen gezinnen. Soms komt er een groter concern op de proppen om de zaak over te nemen.

Minister, klopt het dat grotere concerns een steeds sterkere positie in de markt innemen? Hebt u cijfers over die evolutie?

Ziet u de opkomst van enkele grotere spelers die de potentie hebben om de markt te domineren als een probleem? Erkent u dat zij zich in een positie kunnen manoeuvreren die hun toelaat een ruimere subsidiëring af te dwingen, in tegenstelling tot kleinere spelers?

Ziet u een rol weggelegd voor de regelgevende en subsidiërende overheid in het bewaren van het evenwicht tussen meer kleinschalige initiatieven en grotere concerns? Indien ja, hoe wilt u dat evenwicht bereiken?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Uw vraagstelling is geïnspireerd op het door u vermelde fenomeen waar het artikel in De Morgen over bericht. U vraagt of we cijfermatige evidentie hebben of een dergelijk fenomeen zich ook afspeelt in Vlaanderen. We schetsen u daarom in wat volgt de evolutie met betrekking tot de groepsopvang vanaf 1 april 2014 tot op vandaag, dus over een periode van ongeveer twee en een half jaar.

Het aantal organisatoren van groepsopvang daalde in die periode licht van 1536 naar 1528, hetzij 8 organisatoren minder. Het aantal locaties daarentegen stijgt van 2053 naar 2102, hetzij 49 locaties extra. De capaciteit stijgt met 3048 plaatsen, van 56.177 plaatsen naar 59.225 plaatsen. Sinds 1 april 2014 hebben Infano, Partena en Solidariteit voor het Gezin, onderdeel van deze tien grootste organisatoren, samen 14 locaties groepsopvang overgenomen. We kunnen u dus op basis van deze cijfers geruststellen en aangeven dat uit die cijfers blijkt dat er op heden geen massale overname van kleine locaties groepsopvang is door grote concerns. We hebben in Vlaanderen dus nog altijd een vrij divers landschap binnen de kinderopvang waarbij de vergelijking met het persartikel over de situatie in Nederland absoluut niet aan de orde is.

We moeten wel voorzichtig zijn met die cijfers, want het kan niet uitgesloten worden dat de samenstelling van algemene vergaderingen of de raden van bestuur van vzw's veranderen zonder dat dit ten aanzien van de subsidiërende overheid aanleiding geeft om te zeggen dat er sprake is van een overname.

We hebben niet altijd zicht op de onderliggende verbanden tussen een aantal initiatiefnemers die ten opzichte van ons zelfstandige vzw's of kinderdagverblijven zijn.

Het is zeker niet onze bedoeling dat kinderopvang in de vorm van groepsopvang in de toekomst enkel en alleen door grote concerns wordt georganiseerd. Het bewaren van een evenwicht tussen kleine en grotere organisatoren is op dit ogenblik geen uitdrukkelijke doelstelling. Wel volgt Kind en Gezin de evolutie nauwgezet op. Het is net de verdienste van het decreet dat iedere initiatiefnemer, ongeacht structuur of statuut, onderworpen is aan een vergunningsplicht. Niemand kan dus tegen betaling, kinderopvang aanbieden in Vlaanderen zonder te voldoen aan eenzelfde set van kwaliteitseisen. We hebben net geopteerd om met het decreet een level playing field te creëren. Dat hierbij in sommige gevallen schaalvergroting is opgetreden, is niet per definitie een slechte zaak. Het lijkt logisch dat in sommige gevallen door schaalvergroting, via een overname of een fusie of via andere modellen van samenwerking, geprobeerd wordt om schaalvoordelen te creëren. Dat moet altijd gecombineerd worden met de bepalingen uit het decreet, die van die aard zijn dat er moet kunnen worden gewerkt in een kleinschalig initiatief dat ingebed is in een buurt of een wijk. Het ene staat het andere niet per definitie in de weg.

Het belang van formele structuren, zoals we daarnet al stelden, schuift steeds meer op naar het belang van duidelijke kwaliteitsnormen, afspraken inzake goed bestuur en het monitoren van de outcome in functie van goede zorg. Dat is al eerder aan bod gekomen naar aanleiding van een vorige vraag. Het is steeds minder evident te stellen dat je drie klassieke types van organisatoren hebt, zeker in de kinderopvang, waar we historisch gestart zijn met zelfstandige initiatiefnemers die we in dat level playing field een betere financiering hebben proberen te bezorgen om de levensvatbaarheid te vergroten, maar het

onderscheid tussen een openbaar bestuur, een vzw en een for-profitorganisatie is in deze sector minder evident. Er zijn kleinschalige bvba's, die formele vennootschappen zijn, maar waar je echt van ziet dat het om gedreven mensen zijn, die zaakvoerder zijn en heel kort bij een lokaal initiatief staan. Je hebt andere, grotere organisaties, of vzw's die op meerdere plaatsen initiatieven hebben, enz. Ook hier beoogt het decreet meer aandacht voor gelijke kwaliteitseisen en normen, transparant en goed bestuur en het focussen op de kwaliteit van de opvang. Van belang is ook de vraag of men de doelgroepen zoals ze in het decreet beschreven zijn op de juiste manier bereikt.

Het decreet houdende de organisatie van de kinderopvang van baby's en peuters situeert zich ook binnen een Europees rechtskader. Europees gezien is kinderopvang een vorm van economische dienstverlening in de zin van het EU-werkingsverdrag, dit maakt dat de regels van de interne markt en de mededinging erop van toepassing zijn. Kinderopvang kan worden beschouwd als een dienst van algemeen economisch belang. Overeenkomstig de principes van de interne markt wordt er enkel gereguleerd waar nodig. De norm moet gelijk worden toegepast op gelijke situaties en evenredig zijn aan de gestelde doelstelling. Staatssteun is in principe verboden, maar kan toegelaten worden indien aangetoond wordt dat de subsidies niet meer zijn dan wat strikt noodzakelijk is, rekening houdend met een redelijke winst. Bovendien is het vanuit de regels van de interne markt nodig om duidelijk te verantwoorden waarom de ene de subsidies wel krijgt en de andere niet. Het subsidiebesluit legt vast dat de organisator met meer dan achttien subsidieerbare plaatsen op het niveau van de organisator een rechtspersoonlijkheid met sociaal oogmerk moet zijn, dat staat zo in onze subsidiereglementering. Onder 'sociaal oogmerk' wordt verstaan, het sociaal oogmerk bedoeld in de vennootschapswetgeving. Vennootschappen met rechtspersoonlijkheid worden vennootschappen met sociaal oogmerk genoemd indien ze niet gericht zijn op de verrijking van hun vennoten en wanneer in hun statuten een aantal zaken geregeld zijn, zoals de bepaling dat de vennoten geen of een beperkt vermogensvoordeel nastreven en een nauwkeurige omschrijving van het sociaal oogmerk. De organisator kan geen vrije inkomsten van de gezinnen vragen. Verder is hij vrij in zijn keuze van rechtspersoon, maar er zijn limieten binnen het IKG-systeem (inkomensgerelateerd) welke organisatoren dat kunnen zijn. Binnen die limieten is er vrijheid. Het kan een vzw, een openbaar bestuur of een vennootschap zijn. Er moet enkel een sociaal oogmerk zijn.

Zodra de organisator over achttien subsidieerbare kinderopvangplaatsen beschikt, houdt de specifieke dienstverlening ook in dat hij over een rechtspersoonlijkheid moet beschikken. Het kan, met andere woorden, geen feitelijke vereniging zijn. Verder bepaalt de regelgeving dat de organisator die een subsidie voor het IKG-systeem krijgt zijn werking op een bepaalde manier moet organiseren. Hij moet zijn budget goed van zijn persoonlijk budget afschermen.

Hoewel een aantal zaken zijn geregeld, blijven we het cruciaal vinden dat iedereen in Vlaanderen ten gevolge van de vergunningsplicht tot kwaliteitsvolle kinderopvang is genoopt. We beschikken over de nodige instrumenten om dat te handhaven.

Eerlijk gezegd, vind ik dat het door de professor aangehaalde argument in twee richtingen kan worden gebruikt. Volgens hem wordt de levensvatbaarheid van een aantal initiatieven bedreigd omdat ze nog niet voldoende door de overheid worden gefinancierd. Ik kan dat enkel bevestigen. Ik heb altijd verklaard dat een uitbreidingsbeleid ertoe leidt dat we op de verbetering van dat aspect nog gedurende jaren zullen moeten inzetten. We hebben al geweldige stappen gezet, maar het is zeker nog niet in alle regio's helemaal in orde.

We kunnen ook een andere redenering volgen. Als ik het me goed herinner, is de royale overheidsfinanciering in andere landen veeleer een reden geweest tot de

vermarkting door grote concerns dan het tegenovergestelde. We moeten het juiste evenwicht in de financiering vinden. Indien we alles zeer ruim financieren, zal de neiging van bepaalde concerns om zich hierin te interesseren misschien nog groter worden. We moeten een goed evenwicht vinden, maar op dit ogenblik hebben we nog een weg af te leggen om de initiatieven uit trap 1 de juiste financiering te bieden. Met de nieuwe kinderbijslag willen we op dat vlak een stap zetten.

Ik wil nog even herhalen dat we in het traject betreffende het goed bestuur inzetten op meer transparantie in de besluitvorming en in de besteding van de middelen. Dit is een belangrijk principe in de welzijns- en zorgsectoren. Dit geldt natuurlijk ook voor de kinderopvanginitiatieven die we in dit traject willen ondersteunen. Samen met de werkgeversorganisaties en de welzijns- en zorgsectoren en met de inbreng van de Koning Boudewijnstichting zijn aanbevelingen op het vlak van goed bestuur opgesteld. Die aanbevelingen zijn aan de organisaties gepresenteerd. Het kan om vzw's, openbare verenigingen, coöperaties of andere vennootschappen gaan. De aanbevelingen moeten een leidraad vormen om het bestuur van de organisatie te overdenken, te bespreken, te evalueren en eventueel bij te sturen.

Tot slot wil ik het nog even over de verdere rol van het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) hebben. Er is de mogelijkheid een rol als kennisloket te vervullen en een grotere focus op beleidsvoorbereidend en -evaluerend werk te leggen. Om het VIPA tot een financieel kenniscentrum te laten uitgroeien, wordt nu een nieuw organisatiemodel uitgetekend. Het VIPA heeft specifieke kennisthema's afgebakend waarop het als kenniscentrum wil inzetten. Voor elk van deze kennisthema's zal een actieplan worden opgesteld. Inzicht in de financiële transparantie is zeker een van die thema's.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp-a): Minister, ik bevestig dat kwaliteit zeker niet enkel in kleinschaliger verband kan worden geleverd. We moeten er ons echter voor hoeden de kleine initiatieven te laten wegspeelen. Indien u dit vanuit economische invalshoek wilt bekijken, moet u maar naar andere sectoren kijken. Ook als de grote ketens allerlei zaken aanbieden, willen we de kleine middenstanders niet zien verdwijnen. In het onderwijslandschap zijn er kleine buurtschooltjes en veel grotere scholen. Ik beweer niet dat het ene noodzakelijkerwijze meer kwaliteitsgaranties dan het andere biedt. Ik vind enkel dat het ontbreken van veelsoortige initiatieven tot een belangrijke verschraling van het kinderopvangaanbod zou leiden. Dit zou potentieel een risico met zich kunnen meebrengen.

U vindt dat we moeten opletten voor een overdreven financiering. Dit zou immers een pervers effect kunnen hebben en net diegenen lokken die het enkel voor de centen doen. Volgens mij kunt u dat oplossen door te zorgen voor een fatsoenlijke basisfinanciering met daarbovenop een variabel gedeelte. De basisfinanciering zou mensen in staat moeten stellen een initiatief te nemen en dit levensvatbaar te houden. Het variabel gedeelte zou kunnen verschillen in functie van de schaalgrootte van het initiatief. Indien er meer schaalvoordelen zijn, lijkt het me logisch dat u per bijkomend opgevangen kind in minder bijkomende financiering moet voorzien.

Er zijn manieren om met uw terechte bezorgdheid rekening te houden. U wilt de foute spelers niet lokken. Het zou echter jammer zijn indien de kleinere initiatiefnemers hier de dupe van zouden worden. U wilt niet noodzakelijk met geld gooien naar diegenen die het niet nodig hebben. Het moet mogelijk zijn een evenwicht te vinden.

Minister, u streeft ook naar een evenwicht. Om de evolutie zich niet in deze zin te laten voortzetten, zal dat ook belangrijk zijn. We moeten in Vlaanderen een kwaliteitsvol en voldoende gevarieerd aanbod aan kinderopvanginitiatieven in stand kunnen houden en verder kunnen ontwikkelen. We hebben de komende jaren nog een hele weg af te leggen.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Voorzitter, zoals al eerder is verklaard, is het zeer belangrijk dat we de verscheidenheid aan kinderopvanginitiatieven in Vlaanderen kunnen behouden. Op termijn moeten ouders de mogelijkheid hebben om te kiezen tussen kleinschalige initiatieven en grootschalige initiatieven, die dan meestal door grote concerns worden geleid. De diversiteit moet blijven.

Minister, we moeten hier op een rustige manier mee omgaan en niet meteen doemscenario's uitdenken. U hebt daarnet een paar voorbeelden aangehaald. We kunnen niet van Infano, Partena of Solidariteit voor het Gezin beweren dat ze slechte kwaliteit leveren. Ze moeten ook voldoen aan de bepalingen in het decreet over kwaliteit. Ik zie op dit ogenblik geen probleem. Ze moeten voldoen aan de bepalingen inzake toezicht en handhaving.

We moeten gewoon de conclusie trekken dat het een goede zaak is dat private investeerders in grote concerns in bijkomende kinderopvangplaatsen in Vlaanderen willen investeren. Met iedere bijkomende plaats maken we weer een gezin gelukkig. Dat lijkt me de belangrijke slotzin van mijn betoog.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, zoals de voorgaande sprekers al hebben verklaard, is diversiteit belangrijk. De kleinschalige kinderopvanginitiatieven met onthaalouders bieden in de landelijke gemeenten vaak een kinderopvang dicht bij huis.

Ik wil opnieuw een pleidooi houden dat ik eigenlijk al in het begin van deze commissievergadering heb gehouden. We mogen de private initiatieven niet als een bedreiging zien. Het maakt niet uit of het om een vzw, een bvba of wat dan ook gaat. Het moet kwalitatief en toegankelijk zijn en het aanbod moet voldoende groot zijn.

Grote concerns leveren misschien een schaalvoordeel op. Ze kunnen lagere prijzen bedingen. Ik denk dan aan de aankoop van materiaal of van voeding. Ze kunnen een aantal administratieve taken samenvoegen. In tijden van budgettaire krapte kunnen we dat enkel toejuichen. Verder kunnen ook good practices aan de andere spelers op het speelveld worden meegegeven.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik ben het met een aantal zaken eens. Ik kom eigenlijk terug op het debat dat we daarstraks hebben gevoerd. We moeten namelijk proberen het juiste debat te voeren. Op zich maken schaalvergrotingen geen deel uit van ons geloof. Het moet niet. Niemand beweert dat iedereen naar schaalvergroting moet streven.

Het heeft natuurlijk een aantal voordelen op het vlak van efficiëntiewinst. Hoe meer de kwaliteitseisen van de ouders een rol spelen, hoe meer de kleinschalige initiatieven misschien moeten nagaan hoe ze kunnen samenwerken of een koepel kunnen vormen. Op die manier kunnen ze dan bepaalde zaken met elkaar delen.

Ik beweer niet dat het onmogelijk is een kleinschalig initiatief te nemen zonder op het eigen eiland te blijven zitten. Dat eiland kan ook worden gecombineerd met een netwerk waaraan wordt deelgenomen. Het kan gaan om een beroepsorganisatie die steun verleent. Er zijn veel manieren waarop mensen zich kunnen organiseren en zich kunnen laten informeren en ondersteunen.

De kinderopvang moet voldoen aan de voedselveiligheidsnormen, de sociale wetgeving, de fiscale wetgeving en de brandveiligheidsnormen. Ik kan me

voorstellen dat de kleinschalige initiatieven met betrekking tot een aantal zaken proberen ergens steun te vinden. Die steun kan komen van een organisatie die met de juiste mindset ondersteuning biedt.

Wat de financiering betreft, voeren we een geleidelijke beweging uit met betrekking tot trap 2 om alle barema's in hetzelfde paritair comité onder te brengen. We hebben een stuk van de weg afgelegd. Het gaat dan om initiatieven met allerlei rechtsvormen. In trap 1 is er een basisfinanciering per plaats en per jaar. We weten dat we dit in een aantal regio's nog moeten afwerken.

Het is de bedoeling er met het nieuwe systeem van de Vlaamse kinderbijslag voor te zorgen dat ouders die voor de opvang in trap 1 kiezen, gedeeltelijk vanuit de rugzak worden gefinancierd. Op die manier proberen we een goed evenwicht te vinden tussen de levensvatbaarheid, de kleinschaligheid en de geïntegreerde aanpak.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.