



Vlaams
Parlement

vergadering **C255**
zittingsjaar 2016-2017

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 30 mei 2017

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over bloedstroominfecties in Vlaamse ziekenhuizen – 2145 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over maatregelen ter voorkoming van bloedvergiftiging in ziekenhuizen – 2205 (2016-2017)	3
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de preventieve kindercare – 2228 (2016-2017)	8
VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de relatieondersteunende campagne 'Donderdag date-dag' – 2262 (2016-2017)	11
VRAAG OM UITLEG van Els Robeyns aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de intensieve veeteelt en volksgezondheid in West-Vlaanderen en samenwerking hieromtrent tussen Vlaanderen en de federale overheid – 2287 (2016-2017)	13
VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over WISDOC, het online platform voor het beoordelen van dokters – 2183 (2016-2017)	17
VRAAG OM UITLEG van Jean-Jacques De Gucht aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de financiering van wetenschappelijk onderzoek naar eindelevenskwesaties – 2196 (2016-2017)	19
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de minimumnormen voor erkenning als serviceflat – 2235 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over erkende en aangemelde assistentiewoningen – 2253 (2016-2017)	22

**VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over bloedstroominfecties in Vlaamse ziekenhuizen
– 2145 (2016-2017)**

**VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over maatregelen ter voorkoming van bloedvergiftiging in ziekenhuizen
– 2205 (2016-2017)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Voorzitter, minister, recent verscheen in een aantal dagbladen dat duizenden patiënten jaarlijks een bloedstroominfectie krijgen tijdens een opname in het ziekenhuis. 18 procent van deze infecties heeft de dood tot gevolg. De infecties zouden er voornamelijk komen omdat zorgverstrekkers zich niet altijd houden aan de voorgeschreven voorzorgsmaatregelen. Ik zeg 'zouden', want de cijfers van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) zijn niet publiek.

Zorgnet-Icuro legt toch wat nuance in de cijfers en stelt dat de Vlaamse ziekenhuizen al heel wat initiatief nemen rond optimale implementatie van infectiepreventiemaatregelen. Ze verwijzen naar de katheterbundels die vaak in de praktijk gebruikt worden. Zo'n bundel bestaat uit een beperkte lijst met eenvoudige taken die, als je ze samen toepast, tot een infectiedaling moet leiden. Deze infecties, veroorzaakt door de grampositieve kiemen die door de katheter in de bloedbaan terechtkomen, komen minder en minder voor. De resterende bloedvergiftigingen die men vaststelt, worden veroorzaakt door de gramnegatieve kiemen die vanop een andere plaats in het lichaam infectiehaarden creëren. Ook een overgebruik aan antibiotica kan aan de basis liggen van een bloedvergiftiging.

Patiëntveiligheid verdient terecht de nodige aandacht in een tijd dat de Vlaamse overheid haar rol als toezichthouder opneemt. Reeds eerder stelde ik vragen over de zorgtrajecten die worden opgelegd door de Vlaamse Zorginspectie en de verschillende controlesystemen die worden gehanteerd om de kwaliteit in de ziekenhuizen te meten. Daarin wordt onder meer gestreefd naar goede preventiemaatregelen inzake handhygiëne en blijven de Vlaamse ziekenhuizen werk maken van een transparant kwaliteitsbeleid ten aanzien van de patiënt.

Minister, u zult uiteraard wel kennis hebben genomen van deze communicatie. Hebt u er een zicht op hoe de Vlaamse ziekenhuizen hierin scoorden? Op welke wijze wordt er opvolging verzekerd voor het toezicht op de hygiëne bij specifieke ingrepen bij Vlaamse ziekenhuizen? Welke maatregelen kunnen eventueel nog worden genomen om de cijfers van bloedstroominfecties in de Vlaamse ziekenhuizen blijvend te doen dalen? Wat zijn er de voornaamste oorzaken van dat zorgverstrekkers de voorzorgsmaatregelen niet toepassen? Wordt hierbij genoeg aandacht gegeven aan de overige oorzaken zoals overmatige toediening van antibiotica? Wanneer wordt de website zorgkwaliteit.be uitgebreid met alle indicatoren die in het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) opgenomen zijn om zo de nagestreefde transparantie ten aanzien van de patiënten te bereiken? Kunnen de cijfers van het WIV openbaar worden gemaakt?

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Minister, over de accreditatieoefeningen die in het Vlaamse ziekenhuislandschap bezig zijn, en de zorgtrajecten hebben we het al een paar keer gehad. In dat kader moeten we een vraag aan u stellen omtrent de berichtgeving in de media dat jaarlijks duizenden Belgen bij een opname in het ziekenhuis

een bloedvergiftiging oplopen. Mevrouw Franssen heeft het bloedstroominfectie genoemd. Bloedvergiftiging is een iets meer mediatieke term die de aandacht trok. Dat is er waarschijnlijk van gemaakt door de redacteurs. Het blijft wel een aandoening die opgelopen kan worden in het ziekenhuis, zoals gezegd, en die zelden een goede afloop kent, en in 18 procent van de gevallen zelfs fataal blijkt.

Collega Franssen heeft al een aantal nuanceringsen aangebracht die ook Zorgnet-Icuro heeft aangebracht met betrekking tot de oorzaken van die bloedstroominfectie: de katheter, de grampositieve kiemen en de gramnegatieve kiemen. Behalve de specialisten weet niemand waarover men het heeft.

De problematiek vraagt voldoende aandacht, hoewel het in verhouding tot het aantal ziekenhuisopnames per jaar een beperkt fenomeen blijft. Niettemin, als men de term bloedvergiftiging leest, is de potentiële patiënt – dat zijn we allemaal – gealarmeerd. Elke besmetting, elke bloedvergiftiging die wordt opgelopen in een ziekenhuis, is er een te veel. De stelling in de media dat er op dit punt ook grote verschillen zijn tussen de ziekenhuizen, laat vermoeden dat er op sommige plaatsen een goed preventief beleid gevoerd wordt, terwijl er op andere plaatsen ruimte is voor verbetering. Daar komt uw bevoegdheidsdomein ter sprake.

Minister, natuurlijk hebt u kennis kunnen nemen van de cijfers omtrent bloedvergiftiging die gepubliceerd werden door het VIW. De vraag is of u de analyse beaamt die hierover in de media gemaakt werd, in casu dat het een problematisch fenomeen is waarbij grote verschillen bestaan tussen ziekenhuizen in de kans op het voorkomen, zoals de feiten blijken weer te geven? Hebt u er een zicht op of er ook Vlaamse ziekenhuizen tot de uitschieters inzake bloedvergiftiging behoren, ziekenhuizen die dus meer dan een gemiddelde kans weergeven dat men daar een bloedstroominfectie of bloedvergiftiging oploopt? De belangrijkste vraag: welke maatregelen kunt u en zult u nemen vanuit uw bevoegdheid voor preventie enerzijds en met betrekking tot het toezicht op de kwaliteit van de ziekenhuizen, de zogenaamde kwaliteitsindicatoren, anderzijds om deze problematiek te verkleinen, zodat de kans op het voorkomen van bloedstroominfecties globaal afneemt, ook in de ziekenhuizen die nu negatieve uitschieters zijn in Vlaanderen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: We hebben inderdaad kennisgenomen van de communicatie vanuit het WIV. Sinds 2014 zijn Belgische ziekenhuizen verplicht om deel te nemen aan de surveillance van bloedstroominfecties gedurende minstens drie maanden per jaar.

De cijfers van de gemiddelde incidentie van ziekenhuisgeassocieerde bloedstroominfecties in 2015 waren vergelijkbaar met de gegevens van vorige jaren, dus een gemiddelde incidentie voor het hele ziekenhuis van 8,0 op 10.000 hospitalisatiedagen en voor de bloedstroominfecties die 2 dagen of later na opname op intensieve zorgen optraden 35,5 op 10.000 hospitalisatiedagen. De incidentie was hoger in universitaire ziekenhuizen en ziekenhuizen met een universitair karakter. Brussel had de hoogste incidentie van ziekenhuisgeassocieerde bloedstroominfecties. Sinds 2013 merkt men een lichte stijging van de incidentie in Vlaanderen. De incidentie van bloedstroominfecties geassocieerd met een centraalveneuze katheter is in België in 2015 ten opzichte van 2014 toegenomen.

Iedere bloedstroominfectie is er natuurlijk een te veel, maar bloedstroominfecties zijn ook niet steeds vermijdbaar. Ik deel dan ook de mening dat het problematisch is dat er nog bloedstroominfecties voorkomen die hadden kunnen worden vermeden, maar ik ben ook van mening dat de gegevens enigszins nuance vereisen. Zeker binnen intensieve zorgen zorgt het veelvuldig gebruik van centraalveneuze katheters voor een hoger risico op infecties. In combinatie met een verminderde weerstand, verzwakking en/of ernstige aandoeningen kan dat leiden tot

een toename van bloedstroominfecties die niet voor honderd procent kunnen worden vermeden. Daarbij moet men zeer voorzichtig zijn met het maken van vergelijkingen tussen ziekenhuizen. Bijvoorbeeld bestaat de kans dat universitaire ziekenhuizen en andere ziekenhuizen met een hoge pathologie-index hoger scoren net omdat er sprake is van een grotere groep van risicopatiënten en complexere ingrepen en behandelingen.

Op dit ogenblik hebben we geen zicht op de cijfers van de individuele Vlaamse ziekenhuizen. In het federale kwaliteitsindatorenproject van het WIV met verplichte deelname sinds 2013 wordt de incidentie van kathetergerelateerde bloedstroominfecties op nationaal niveau geaggregeerd opgenomen als resultaatindicator. De individuele scores van de ziekenhuizen worden weergegeven in een nominatieve lijst. Die score peilt enkel naar deelname aan de nationale surveillance, en of er een lokale audit is inzake centrale katheters. De scores van de ziekenhuizen kunnen worden geraadpleegd via het kwaliteitsindatorenproject op de website van de dienst Zorginfecties & Antimicrobiële Resistentie van het WIV (NSIH).

In het eisenkader van het internistisch en chirurgisch zorgtraject werden eisen met betrekking tot handhygiëne opgenomen. Nu spreek ik over de Vlaamse Zorginspectie en haar handhavingsbeleid. De inspectieverslagen van de individuele ziekenhuizen met betrekking tot het internistisch zorgtraject zijn beschikbaar op de website van Zorginspectie. Uit het beleidsrapport 2015 naar aanleiding van die inspecties kunnen we afleiden dat er in totaal 3195 medewerkers werden geobserveerd, waarvan 1482 verpleegkundigen, 862 artsen en 851 medewerkers van de categorie 'anderen'. Bij 95 procent van de gecontroleerde medewerkers werd vastgesteld dat ze de richtlijnen voor de gecontroleerde items naleefden. Bij minder dan 5 procent, 4,6 procent om exact te zijn, van de medewerkers werd een inbreuk op de toepassing van de richtlijn vastgesteld. Het niet naleven van de procedure werd vastgesteld bij minder dan 1 procent van de geobserveerde verpleegkundigen, bij 9 procent van de geobserveerde artsen en bij 7 procent van de categorie 'anderen'. Verpleegkundigen scoorden significant beter dan de beide andere categorieën, en de verschillen tussen de artsen en de andere medewerkers waren niet significant.

Men heeft ook gekeken naar het soort inbreuk dat werd vastgesteld. Het dragen van kledij waardoor de voorarmen bedekt waren, bleek het meest frequent voor te komen, terwijl het dragen van polshorloges of van andere juwelen en sieraden aan de handen en/of de voorarmen ongeveer even vaak werd gezien. Het niet hebben van korte, zuivere nagels kwam veel minder voor. Bij artsen en de categorie 'anderen' gaat het voornamelijk over het dragen van lange mouwen, terwijl bij verpleegkundigen het dragen van sieraden en juwelen aan de handen en/of de voorarmen en het hebben van lange en/of vuile nagels het meest voorkomen.

Ten opzichte van de vaststellingen tijdens het chirurgisch zorgtraject in 2013 is de toepassing van de basisvoorwaarden voor een goede handhygiëne tijdens het internistisch zorgtraject verbeterd. In 2013 werden bij 8,9 procent van de medewerkers inbreuken vastgesteld, ten opzichte van 4,6 procent in 2015. Dat is een significante verbetering. Er blijkt voor elk van de drie categorieën medewerkers een significante verbetering te zijn.

Binnen Vlaanderen is er de afgelopen jaren een enorme kwaliteitsdynamiek op gang gekomen. Zoals blijkt uit de gegevens van Zorginspectie is er een significante verbetering te zien in de toepassing van handhygiëne bij de medewerkers in de ziekenhuizen. Handhygiëne is trouwens een van de indicatoren waarvan de resultaten per individueel ziekenhuis beschikbaar zijn op de website www.zorg-kwaliteit.be. Ziekenhuizen leveren al een heel grote inspanning om hun medewerkers te sensibiliseren. Blijkbaar is daarbij nog steeds aandacht nodig voor individuele medewerkers.

Binnen het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²) was men ook een indicator aan het uitwerken inzake MRSA-sepsis (methicillineresistente *Staphylococcus aureus*). De aantallen voor die specifieke vorm van bloedstroominfecties waren zo beperkt dat is besloten om de indicator uit te breiden. Binnen de ontwikkelingsgroep is men aan het bestuderen of men dit kan uitbreiden naar alle bloedstroominfecties, of enkel naar kathetergerelateerde infecties. De beide mogelijkheden worden onderzocht. Vermoedelijk zal men dan eerst in een pilootfase dienen te bepalen wat de optimale manier is om de indicator in te vullen. De bedoeling is om de indicatorgegevens vanaf 2018 te verzamelen. Op het ogenblik dat de gegevens voor die indicator zijn verwerkt, zal daarover worden teruggekoppeld naar de ziekenhuizen en zullen ze in een volgende fase beschikbaar worden gesteld op www.zorgkwaliteit.be.

Zowel vanuit de federale als Vlaamse overheid, of met steun van de overheid, zijn er sensibiliseringscampagnes om het algemene antibioticagebruik te verminderen, alsook een restrictief antibioticabeleid toe te passen. Ziekenhuizen hebben ook een antibioticatherapiebeleidsgroep, die op basis van evidencebased richtlijnen tracht te komen tot een rationeel antibioticagebruik.

De ontwikkeling van indicatoren is een proces dat bestaat uit verschillende stappen. Binnen een ontwikkelingsgroep gaat men eerst op zoek naar evidencebased indicatoren. De voorkeur gaat uit naar indicatoren die geen bijkomende registratie vereisen of die door middel van een peerreview kunnen worden gecheckt. Zo gebeurt de registratie van de indicatoren inzake handhygiëne door auditeurs van andere ziekenhuizen die in een specifiek ziekenhuis komen controleren op de toepassing van de regels inzake handhygiëne. Op het ogenblik dat men over een goede indicator beschikt, kan de validatie gebeuren. Daarbij gaat men onder meer checken of de gegevens uit de databanken correct zijn. Na dat proces kunnen de resultaten online worden geplaatst. Van alle gefinaliseerde indicatoren staan de resultaten online. Vermoedelijk zullen de eerstvolgende bijkomende indicatoren die online komen, betrekking hebben op rectumkanker.

Het WIV werkt mee aan en is dataleverancier voor de indicator inzake septikemie. Het is de bedoeling dat ook die indicator het proces doorloopt dat zonet werd besproken. Daarna zullen de resultaten worden gepubliceerd op www.zorgkwaliteit.be.

Wat onze eigen specifieke bevoegdheden betreft: vanaf 1 januari 2017 zijn uitbraken, en dus epidemische verheffingen ten opzichte van de basislijn van het ziekenhuis, verplicht te melden bij Zorg en Gezondheid. Het Outbreak Support Team (OST) gaat dan op onderzoek, is ondersteunend waar het kan en handhavend als het moet. Bij die gelegenheid is er assistentie door het WIV, dat bij zo'n uitbraak wel de individuele cijfers met het ziekenhuis en het OST bespreekt. Door het toekennen van enkele wettelijke taken aan het team ziekenhuishygiëne kan reeds heel wat worden ondernomen ter preventie van bloedstroomgerelateerde infecties. Via de nationale surveillance is er een verplichte deelname, waarmee erkenning wordt gegeven aan het belang van bloedstroominfecties verworven in ziekenhuizen en de proportie qua bloedstroomgerelateerde infecties. De ziekenhuizen hebben toegang tot hun lokale resultaten. Er kan worden geadviseerd om ook de procesindicatoren inzake katheterzorg op te nemen, waardoor de oorsprong van de infectie tijdens het zorgproces beter in kaart kan worden gebracht, om daaraan lokale acties te koppelen.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord en voor de verduidelijking. U hebt een punt dat we niet zomaar blind ziekenhuizen met elkaar kunnen vergelijken, dat alles voor een stuk afhangt van de complexiteit van de pathologie en de immuniteit van de patiënt als dusdanig.

We weten inderdaad dat de kwaliteitsdynamiek deze legislatuur en de legislatuur daarvoor zeer sterk op gang wordt getrokken. Dat is positief in het belang van de patiënt.

Ik heb een bijkomende vraag, maar ik weet niet of u die meteen kunnen beantwoorden. Eventueel kan ik ze schriftelijk toevoegen. U vermeldde dat de ziekenhuizen vanaf 2015 verplicht worden om deel te nemen aan de surveillance. Hebt u er eventueel zicht op of er ziekenhuizen zijn die zich onttrekken aan die verplichting en wat de handhaving daaromtrent is? Ik beseft dat u die vraag misschien niet meteen kunt beantwoorden.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, ook ik dank u voor uw antwoord.

Wat de nationale surveillance betreft, bestaat er een nationale handhaving, maar die is niet waterdicht. De minister zal daarop wellicht zelf antwoorden.

Minister, ik ben het er mee eens dat we moeten nuanceren, dat de berichtgeving soms te mediatiek is. Nuanceren, oké. Maar, zoals u zelf hebt gezegd: elke bloedstroominfectie of bloedvergiftiging die had kunnen worden vermeden, is er één te veel.

Het is verontrustend vast te stellen dat er sinds 2013 een stijging voorkomt. Ik weet ook wel dat er verschillen zijn naargelang de pathologie in de ziekenhuizen. Daarop moeten we, als Vlaamse overheid, ageren, met toezicht op de ziekenhuizen. Maar we hebben ook pathologie-indexen voor ziekenhuisgroepen, waardoor er vergelijkingen kunnen worden getrokken. Het verslag van de Zorginspectie zal wellicht aangeven dat er – momenteel onverklaarbare – verschillen zijn tussen ziekenhuizen en dan moeten we daarop ageren met onze Zorginspectie.

Want we zijn het er allemaal mee eens – en dat moeten we blijven – dat er terecht heel veel werk wordt gemaakt van kwaliteitsindicatoren in de ziekenhuizen. Dat proces is al een tijdje bezig en moet worden voortgezet. De ziekenhuizen zijn zelf vragende partij om accreditatieoefeningen te kunnen voleindigen, waarbij de kwaliteitsindicatoren een belangrijke rol spelen.

Minister, ik heb in dat verband een bijkomende vraag. U zegt dat er binnen VIP² wordt gekeken of er een kwaliteitsindicator MRSA kan worden uitgebreid naar de bloedstroominfecties en dat de uitwerking van de indicator een heel proces doorloopt. Dat klopt. U hebt ook gezegd dat er misschien een pilootproject moet komen voor die indicator. Mijn vraag is: hebt u er zicht op wanneer dat pilootproject zou kunnen starten en bij welke categoriale ziekenhuizen dat dan zou kunnen zijn?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De timing voor het opstellen van zo'n indicator en het proces specifiek voor deze indicator, heb ik al gegeven. Ik begrijp dat men in de groep bekijkt of men kan uitbreiden en dat men dan naar een pilootfase zal gaan. Dan zal men daarin uiteraard een aantal ziekenhuizen moeten opnemen. Ik heb u aangegeven dat men denkt vanaf 2018 te kunnen starten met het verzamelen van de gegevens.

Volgens de informatie waarover ik beschik, kunt u de lijst van de deelnemende ziekenhuizen terugvinden op de website. Daarop kunt u zien wie daaraan deelneemt en wie niet, maar de gegevens zijn dus niet publiek. Het WIV argumenteert dat door te zeggen dat, als men dat doet, er een zodanig risico ontstaat dat men cijfers zou beginnen te beïnvloeden, dat men dat beter niet doet.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, ik begrijp dat men vanaf 1 januari 2018 begint met het verzamelen van de gegevens.

Wat de discussie van het al dan niet publiek maken van een aantal gegevens betreft, denk ik dat Vlaanderen een goed voorbeeld geeft. Het bekendmaken van sommige gegevens, het transparant zijn omtrent sommige gegevens, werkt kwaliteitsbevorderend. Ook het WIV moet niet altijd zo angstvallig zijn met betrekking tot het doorgeven van gegevens. Het is niet de bedoeling ziekenhuizen rechtstreeks te culpabiliseren. Er is op dat vlak nog een weg af te leggen.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de preventieve kinderopvang – 2228 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Marijke Libert schreef een boek over hoe jonge moeders hun moederschap ervaren. Daarvoor ging ze langs bij honderd moeders met diverse achtergronden.

Een vaak voorkomend verhaal van de moeders ging over de wijze waarop Kind en Gezin jonge moeders benadert in het kader van de preventieve kinderopvang. Eén op de drie jonge moeders had geen goede ervaringen en voelde zich onbegrepen en zelfs ronduit afgekeurd in hun moederschap. Het moet gezegd: één op de twee moeders had wel positieve ervaringen met Kind en Gezin.

Preventieve kinderopvang heeft historisch tot doel om de ontwikkeling – fysiek en psychisch – van het kind op te volgen, maar schenkt nu toch ook al heel wat jaren aandacht aan de opvoedingssituatie en het welzijn van de moeder.

Heel wat ouders klaagden over verontrustende boodschappen die ze kregen van Kind en Gezin over de ontwikkeling van hun kind omdat die totaal fout bleken bij consultatie van een kinderarts.

Ouders ervaren ook dat Kind en Gezin weinig rekening hield met hun visie op de opvoeding van hun kinderen. Ouders hebben de indruk dat de verpleegkundigen strikte richtlijnen krijgen en zich daaraan ook moeten houden, zonder de nodige flexibiliteit aan de dag te kunnen leggen en op een positieve wijze rekening te houden met andere visies van de ouders of met het buikgevoel van ouders.

De auteur van het boek stelde vast dat heel wat van deze jonge ouders finaal kozen om hun eigen weg te gaan en af te zien van de preventieve kinderopvang.

Preventieve kinderopvang in Vlaanderen heeft een belangrijke meerwaarde. Doordat de verpleegkundigen van de consultatiebureaus aan huis gaan bij jonge moeders kunnen ze snel detecteren wanneer er iets fout loopt met de ontwikkeling van het kind, kunnen ze jonge gezinnen bevestigen in hun ouderrol, detecteren wanneer de moeder een postnatale depressie heeft, gevaarsituaties voor het kind detecteren en voedings- en opvoedingstips geven. In een diverse maatschappij als de onze is het belangrijk om bij die begeleiding voldoende rekening te houden met de eigenheid van elk kind en elk gezin.

Minister, is men er zich bij Kind en Gezin van bewust hoe een toch belangrijke groep van ouders de preventieve kinderopvang ervaren ?

Zo ja, hoe wordt daarmee omgegaan en daaraan geredigeerd?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, Kind en Gezin is er inderdaad van op de hoogte dat sommige ouders een minder goede ervaring hebben omdat ze zich onbegrepen voelen of omdat ze niet akkoord gaan met bepaalde adviezen. Ik denk dat het niet altijd gaat over de ervaringen met Kind en Gezin in de enge betekenis van het woord, maar in de brede betekenis: het gaat over de ervaringen op de consultatiebureaus, en dan is er uiteraard ook contact met de organiserende besturen of de mensen die daar aanwezig zijn. Het zijn die settings waarover de getuigenissen gaan.

Wij benadrukken, zoals u ook in uw vraag aangeeft, dat het overgrote deel van de ouders aangeeft wél tevreden te zijn.

Sommige adviezen, zoals bijvoorbeeld rond de rugligging ter preventie van wiegendood, zijn niet dwingend, maar zijn wel wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen, waardoor de ruimte om die te interpreteren niet altijd groot is. Maar het is ook en vooral belangrijk dat ouders voelen dat ze met hun bedenkingen en reflecties bij de regioverpleegkundige of gezinsondersteuner terecht kunnen. Om die reden wordt volop ingezet op opleidingen rond een positieve, verbindende communicatie met de ouders.

Kind en Gezin staat open voor feedback die via allerlei media gegeven wordt, zowel on- als offline. De berichtgeving in de pers over het boek 'Ben ik een goede moeder?' werd binnen Kind en Gezin meteen aangegrepen om er intern over te communiceren. Marijke Libert werd uitgenodigd voor een gedachtewisseling met enkele regioverpleegkundigen en een gezinsondersteuner – ik denk zelfs dat dat gesprek uitgerekend vandaag heeft plaatsgevonden – om de diversiteit van de dienstverlening te duiden en te luisteren naar feedback. Na afloop van deze ontmoeting wordt intern feedback gedeeld: wat haalt Kind en Gezin hier uit in verband met zijn werking? Er is dus vooral een grote bereidheid om de dienstverlening nog beter te doen aansluiten op de verwachtingen van de ouders en met de feedback aan de slag te gaan.

Zo is Kind en Gezin in het kader van de vernieuwde preventieve zorg ook volop bezig met het verbreden van zijn dienstverlening. Noden en verwachtingen van ouders met jonge kinderen veranderen. Ouders van nu verwachten dat Kind en Gezin meer aansluit bij hun vragen, context en doelen. Ze willen nieuwe mogelijkheden om in contact te komen met de dienstverlening op het moment dat ze er nood aan hebben en op de wijze die voor hen het best past.

Bovendien is de gezondheids- en welzijnszorg volop in evolutie met vermaatschappelijking van zorg, e-gezondheid, versterking van de eerste lijn, uitbouw van de Huizen van het Kind, evoluties in de integrale jeugdhulp, inzetten op verkort verblijf in kraamklinieken enzovoort. Samenwerking met andere partners binnen de lokale gezondheids- en welzijnszorg wordt daarom intensiever.

Ten slotte staat de preventieve zorg voor heel wat uitdagingen, zoals etnisch-culturele diversiteit, sociale ongelijkheid en kinderarmoede, verscheidenheid in gezinsstructuren.

Via de vernieuwde preventieve zorg wil Kind en Gezin een kader geven voor al zijn professionals, zodat huidige en toekomstige ouders op een bij hen aansluitende wijze een beroep kunnen blijven doen op een kwaliteitsvolle dienstverlening van Kind en Gezin.

Onder invloed van deze vernieuwde preventieve zorg worden er vraag- en behoeftegericht zorg en ondersteuning gerealiseerd in plaats van aanbodgericht. Het luisteren naar de vragen en behoeften van het kind en zijn ouders binnen hun leefomgeving staat daarbij centraal. Via informatie en dialoog wordt een passende oplossing gezocht. Het is de intentie om meer en meer met trajectverantwoordelijken te werken. Deze verpleegkundige of gezinsondersteuner blijft het

aanspreekpunt voor het gezin tijdens het hele dienstverleningstraject en is vaak via verschillende kanalen direct bereikbaar voor haar gezinnen.

Verder geven we nog mee dat Kind en Gezin zijn dienstverlening monitort via enerzijds het klantenforum 'Meet the parents' en anderzijds via experimenten om heel kort na de contacten te evalueren.

'Meet the parents' is een initiatief waarbij Kind en Gezin in 2016 een structurele samenwerking opzette met zijn klanten om zo inzichten te verwerven in potentiële verbeteringen via klantenbevraging. Het doel is om Kind en Gezin te helpen om de klant nog meer centraal te zetten. Hiervoor doet Kind en Gezin een beroep op de firma InSites Consulting. Volgende onderzoeksvragen zijn nu al aan bod gekomen: waar worstelen ouders mee, hoe ziet het huidige imago van Kind en Gezin eruit, hoe tevreden zijn ouders over de huidige dienstverlening, hoe evalueren ouders de informatie en de kanalen die Kind en Gezin gebruikt om deze informatie te verspreiden?

Daarnaast is Kind en Gezin ook gestart met vier projecten RTL Nabij, waarbij RTL staat voor regioteamleden, om ouders nog veel directer en op een klantgerichte manier te ondersteunen.

RTL Nabij bestaat uit vier projecten: chatten met regioteamleden, doorgeven van gsm-nummer, korte berichtjes doorsturen bij belangrijke gebeurtenissen in een gezin en feedback vragen na een contact. Alle regioteamleden en ouders waarderen dit heel erg omdat het ouders met jonge kinderen en medewerkers van Kind en Gezin dichtert en meer op maat van behoefte van ouders en kind samenbrengt en een wederzijdse dialoog mogelijk maakt. De hypothese bij deze RTL Nabij-projecten is dat, wanneer ouders nabijheid en beschikbaarheid ervaren bij hun zorgverleners, ook lastigere boodschappen kunnen worden besproken zonder dat het gevoel wordt gegeven dat men wordt aangevallen.

Deze projecten startten als experimenten in de loop van februari en april en lopen nog tot eind oktober. Dan volgt een evaluatie en rolt Kind en Gezin de projecten mogelijk verder uit.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Het stelt mij zeer tevreden dat er inderdaad een zelfreflectie gebeurt en dat men een gedachteswisseling organiseert met mevrouw Libert. Dat bewijst inderdaad dat Kind en Gezin bereid is om aan zelfreflectie te doen en daar waar nodig bij te sturen.

Ik denk dat het inderdaad noodzakelijk is om steeds uw dienstverlening te monitoren en in functie daarvan ook aan te passen.

Het is noodzakelijk dat mensen van Kind en Gezin flexibiliteit aan de dag leggen en dat zij niet strikt regeltjes opvolgen. Elk kind is uiteindelijk uniek en vraagt een andere aanpak. Ouders willen enkel en alleen maar dat er op een positieve manier met hen wordt gecommuniceerd, dat het op een niet-aanvallende manier gebeurt, dat men empathisch is en toch het gevoel heeft 'ik kan bij die mensen terecht zonder dat ik word veroordeeld.'

Alleszins: zeer positief.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik had mij nog wat verdiept in het dossier en ik ben blij te horen dat hetgeen wat u eind 2015 hier in deze commissie hebt gezegd, namelijk dat men in het kader van die vernieuwde

preventieve zorg veel meer wil gaan inspelen op de vragen en bevindingen van de jonge ouders in die contacten met Kind en Gezin, ook zal gebeuren. Dat is heel belangrijk.

U hebt een aantal zaken opgesomd. Heel belangrijk daarbij vind ik dat men naar een klantenbevraging gaat en dat daarover terugkoppeling gebeurt.

Wordt dat systematisch gedaan bij ieder contact met jonge ouders? Of gaat men steekproefgewijs werken? Ik vind het zeer interessant om zicht te krijgen op die monitoring. Is het mogelijk om daar schriftelijk nog meer informatie over te verkrijgen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik weet dat ze met die vier projecten inderdaad proberen om systematisch feedback te vragen naar een contact. Die projecten zijn opgestart. Het gaat over chatten, over sms-communicatie en over het vragen van feedback naar een contact. Ik neem aan dat het in het kader van die vier projecten nu gebeurt, om te kijken hoe men dat later gaat veralgemenen. Maar voorlopig gaat het over een nieuwere dynamiek in de communicatie tussen de ouders en de betrokken verantwoordelijke van Kind en Gezin via die technieken en met de feedback na contact binnen dat project.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de relatieondersteunende campagne 'Donderdag date-dag' – 2262 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, uit onderzoek blijkt dat geluk en welbevinden heel sterk samenhangen met de kwaliteit van onze relaties. Het gevoel dat iemand van je houdt, of omgekeerd, staan op nummers één en twee van de gelukstop-tien, zoals dat heet. Daarentegen zijn conflicten met je partner of een familielid, of een verbroken relatie, op hun beurt de eerste oorzaken van het zich ongelukkig voelen. Goede partnerrelaties of duurzame relaties dragen bij tot het beter functioneren van jezelf in gezin, werk en sociaal leven. Duurzame relaties ondersteunen, is dus even essentieel als ingrijpen waar het fout gaat.

Om dat in de verf te zetten, lanceerde u op 20 oktober 2016 de campagne 'Donderdag date-dag'. Het doel was om koppels te motiveren meer tijd te maken voor hun relatie. Ik overdrijf niet, minister, als ik zeg dat die campagne niet geheel onopgemerkt voorbij is gegaan. (*Opmerkingen van minister Jo Vandeurzen*)

Het was zeer geslaagd wat dat betreft. De campagne past ook binnen het in het regeerakkoord opgenomen voornemen om in te zetten op de relatieondersteuning door het aanbod beter op elkaar af te stemmen, relaties en relatieproblemen beter bespreekbaar te maken en de bestaande ondersteuningsmogelijkheden op een positieve manier in beeld brengen.

De kiem van de campagne vond zijn oorsprong in het onderzoek van het Kenniscentrum van het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen naar het relatie-ondersteunend aanbod in Vlaanderen. Een van de aanbevelingen in de studie was net de noodzaak om een algemene campagne te voeren die het maatschappelijke belang van duurzame relaties duidelijk maakt en het taboe helpt te doorbreken om relatieproblemen te bespreken.

De campagne bestaat uit verschillende fases, waarbij in de eerste fase de focus lag op het belang van een goede relatie en waarbij u alle koppels, en in het bijzonder die met jonge kinderen, wilt bereiken.

Minister, heeft de campagne de beoogde resultaten behaald en zal ze voortgezet worden in een volgende fase, zoals gepland?

Deze campagne richtte zich tot het brede publiek. Welke initiatieven kunt u nemen ten aanzien van hulpverleners, diensten en welzijnsinitiatieven om het aanbod beter bekend te maken, zodat zij correct kunnen informeren en heel gericht en tijdig kunnen doorverwijzen?

Zult u ook aandacht hebben voor deze thematiek in het brede Vlaamse preventiebeleid en de sensibiliseringsinitiatieven, zoals 'Fit in je hoofd' of andere?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, in de beleidsnota en de beleidsbrief stelden we voorop om een sensibiliseringscampagne te lanceren die relaties en relatieproblemen bespreekbaar maakt. Ik wou daarbij vertrekken van een campagne met een positieve boodschap, die wijst op het belang van een goede partnerrelatie. De boodschap dat een gezonde relatie bijdraagt tot een mentale gezondheid, stond daarin centraal. Bovendien zijn we ervan overtuigd dat het creëren van een meer open houding rond relaties en relatieproblemen ertoe kan bijdragen dat meer mensen een beroep gaan doen op het informele netwerk voor het bespreken van problemen in hun partnerrelatie. Het kan ervoor zorgen dat problemen worden aangepakt voor ze escaleren.

Heeft de campagne het beoogde resultaat gehaald? Ik kan alleszins zeggen dat het in mijn politieke carrière de meest fascinerende campagne was die ik ooit heb meegeemaakt. Ik ben nooit uitgenodigd geweest om uitleg te gaan geven in het Nederlandse parlement, maar deze keer wel. En ongetwijfeld een van de hoogtepunten in mijn politieke loopbaan zal een artikel zijn in een Nederlands gerenommeerd dagblad, waarin stond: 'Belgisch minister verplicht seks op donderdag'. Dat was de titel. *(Gelach)*

Een Belgisch minister! Merkwaardig hoe dat allemaal is gegaan. Maar wij denken dat de campagne toch haar resultaat heeft behaald. Met de website hebben we 28.925 bezoekers behaald, waarvan er 25.581 unieke bezoekers waren. Naast de website werd het campagnemateriaal – de tips met illustraties van Ilah – verspreid via affiches, sociale media en in beperkte mate via advertenties in bladen van onze partners. Wat Facebook betreft, haalden we 17.497 likes en 240.007 views. We stelden vast de vrouwelijke doelgroep het meest responsief was en de doelgroep tussen 25 en 44 jaar het sterkst geïnteresseerd was. Aangezien we de campagne richtten op gezinnen met jonge kinderen, is dat dus een goed resultaat. De Facebookpagina heeft ondertussen 2545 volgers.

We gingen een partnership aan met Radio 2, waardoor het thema ook gedurende vier weken werd besproken in het programma 'De Madammen'. Daarnaast heeft de campagne ook spontaan aandacht gekregen in de media, onder meer via artikels in De Morgen, De Standaard, Het Nieuwsblad en Het Laatste Nieuws, maar ook in ontspannende programma's als 'De Slimste Mens' en 'De Ideale Wereld'. Op de lanceringsdag van Donderdag Date-dag werd de campagne ook een topic in 'Hautekiet' op Radio 1. En de campagne werd zelfs, zoals ik al zei, opgepikt door de Nederlandse media. Tot slot werden horecazaken opgeroepen om naar aanleiding van Donderdag Date-dag in een speciaal aanbod te voorzien en dat te promoten via een affiche en sociale media.

De campagne zorgde voor een goede introductie van het concept Donderdag Date-dag door de vele aandacht die eraan werd gegeven. We willen op dat sterke

idee verdergaan en er komt een vervolgcampagne. Die is momenteel in voorbereiding. In de vervolgcampagne creëren we nieuwe tips, die verwijzen naar problemen in een relatie en waarbij we mensen aansporen om tijdig hulp te zoeken. De doelgroep van de campagne zijn opnieuw ouders met jonge kinderen, maar uiteraard zullen met deze campagne ook koppels zonder kinderen of koppels met oudere kinderen worden bereikt. De campagne is gepland voor het najaar.

Op de website tijdvoorjerelatie.be wijzen we mensen de weg naar correcte en begrijpbare informatie omtrent relatie- en scheidingsproblemen. Naast tips vind je er ook de contactgegevens van diensten waar je verder hulp kunt krijgen als dat nodig is. Dat laatste luik willen we nu ook verder uitbouwen naar aanleiding van de vervolgcampagne. Daarvoor wordt door de administratie de voorbereiding volop opgenomen.

Daarnaast vinden we het belangrijk om professionelen – dat wil zeggen: leerkrachten, artsen, advocaten enzovoort – te sensibiliseren en vorming te bieden zodat ze zich bewust zijn van de problematiek die relatieproblemen en echtscheiding teweeg kunnen brengen en de impact ervan op het welzijn van ex-partners of partners en kinderen, en op de hoogte zijn van het aanbod inzake relatieondersteuning. Om dat verder op poten te zetten, werken we samen met het Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning (EXPOO), dat de kennis en praktijken verzamelt over relatieondersteuning, gezinstransities en aanverwante onderwerpen, en dit ter beschikking stelt van onder andere onze Huizen van het Kind.

Ik ben ervan overtuigd dat een gezonde relatie bijdraagt tot een goede mentale gezondheid. In dat kader hebben we bewust de link gelegd tussen deze campagne en de campagne 'Fit in je hoofd'. Het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie (VIGeZ) is bovendien een van de partners die deel uitmaken van de stuurgroep die de campagnes rond Donderdag Date-dag begeleiden en opvolgen. Op tijdvoorjerelatie.be vind je de link naar 'Fit in je hoofd' onder 'fit in je relatie'. In een inleidend stuk over veerkracht in je relatie wordt ook naar de website 'Fit in je hoofd' verwezen.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Ik dank de minister voor zijn antwoorden. Het is een thema waar je gemakkelijk wat lacherig over kunt doen, maar ik vind het zonder meer een zeer waardevolle campagne. Het is ook mijn overtuiging dat je, zoals dat ook bij heel veel andere zaken het geval is, heel wat grotere problemen kunt voorkomen als je ze tijdig aanpakt. En dat blijft uiteindelijk de baseline doorheen dit hele verhaal.

Ik vind het ook positief dat er een vervolgcampagne komt en dat daar ook opnieuw de focus ligt op tijdig hulp zoeken. Het is alleen maar positief dat leerkrachten, artsen en advocaten goed geïnformeerd zijn. Ook de link met de Huizen van het Kind en 'Fit in je hoofd' is zeer positief. Ik ben dus heel blij met het antwoord, voorzitter.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Els Robeyns aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de intensieve veeteelt en volksgezondheid in West-Vlaanderen en samenwerking hieromtrent tussen Vlaanderen en de federale overheid – 2287 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Robeyns heeft het woord.

Els Robeyns (sp-a): Minister, de West-Vlaamse Milieufederatie heeft onlangs een rapport gepresenteerd over de intensieve veeteelt en de gezondheidsrisico's die het wonen in een veeteeltgebied met zich mee zou kunnen brengen.

Het rapport van de West-Vlaamse Milieufederatie is gebaseerd op meer dan honderd wetenschappelijke publicaties en geeft een overzicht van een groot deel van de gezondheidsbedreigende aspecten van de veeteelt. Het rapport focust vooral op de directe gezondheidsrisico's door onder andere blootstelling aan fijn stof en ammoniak, maar ook op de langetermijneffecten, zoals resistentie bij schimmels.

De grootste conclusie van het rapport is dat er geen grootschalig bevolkingsonderzoek bestaat over de gezondheidseffecten of dat zo'n onderzoek niet gepubliceerd wordt. Nochtans zijn er volgens de West-Vlaamse Milieufederatie redenen genoeg om aan te nemen dat er verontrustende evoluties zijn. Die zouden de overheid moeten aanzetten tot het voeren van een grootschalig onderzoek, het voorlichten van de bevolking en het invoeren van een voorzorgsprincipe.

Op 10 mei stelden collega's en ikzelf daarover al vragen aan de minister bevoegd voor de landbouw, mevrouw Schauvliege. Zij antwoordde dat ze het verzoek tot onderzoek wilde steunen en dat ze het ook expliciet onder de aandacht van haar federale collega bevoegd voor de volksgezondheid zou brengen. Ondertussen zijn er in het federale parlement vragen gesteld aan de minister van Volksgezondheid. Mevrouw De Block zei dat het beperken van de milieueffecten van de veeteelt en het meten van de milieugevolgen aan de gewesten toekomt. Ze is wel bereid om aan dat punt de nodige aandacht te schenken, mocht het geagendeerd worden in het kader van het Nationaal Actieplan Milieu-Gezondheid, waar Milieu- en Gezondheidsministers van deelstaten en het federale niveau samen aan werken. Maar volgens de minister kan zij binnen haar bevoegdheden niet meer doen dan de vraag stellen wat de gewesten en de gemeenschappen rond de problematiek ondernemen en of ze humane biomonitoring uitvoeren die toelaat het gezondheidseffect te meten. Ze stelde ook nog dat ze bereid is om de Hoge Gezondheidsraad te vatten op vraag van collega's van de deelstaatregeringen om de kwestie van de gezondheidsgevolgen van de intensieve veeteelt te onderzoeken.

Minister, aangezien er blijkbaar een beetje gepingpong wordt van de ene minister naar de andere en van het ene niveau naar het andere, wil ik u graag de volgende vragen stellen. Gaat u initiatieven nemen in navolging van het rapport van de West-Vlaamse Milieufederatie? Komt er een onderzoek naar mogelijke gezondheidsrisico's eigen aan de intensieve veeteelt? Aangezien minister De Block stelt dat ze op vraag van een collega uit een deelstaatregering een initiatief wil nemen ten aanzien van de Hoge Gezondheidsraad, bent u als minister bereid om daarop in te gaan?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, tot op heden was er in Vlaanderen geen grootschalig onderzoek dienaangaande. In vroegere en huidige hotspotonderzoeken werd prioriteit gegeven aan de invloed van chemische agentia op de volksgezondheid. Er wordt momenteel wel deelgenomen aan een Europees project dat het dragerschap bij mensen van antibioticaresistente organismen onderzoekt.

Ik onderken het verband tussen intensieve veeteelt en volksgezondheid dat uit buitenlands onderzoek en uit het rapport 'Intensieve veeteelt en gezondheid omwonenden West-Vlaanderen' van de West-Vlaamse Milieufederatie blijkt. Vragen naar de impact van bepaalde milieufactoren op de volksgezondheid zijn legio en erg divers. In tijden van budgettaire en personele krapte moeten we prioriteren en moeten we kijken waar we het geld voor onderzoek bewust aan kunnen spenderen. En dat moet gebeuren in die onderzoeken waar de grootste noden aan zijn.

Ik meen dan ook dat het beter is om werk te maken van goede algemene methodieken voor Vlaanderen die de relatie tussen milieufactoren en gezondheid kunnen onderzoeken. Op langere termijn kunnen hopelijk de methodieken en structuren die door de partnerorganisatie milieugezondheidszorg en door Intego, een huisartsenpeilsysteem met een luik rond milieugezondheid, ontwikkeld worden, ingezet worden voor dergelijke onderzoeksvragen.

Op korte termijn meen ik dat men voor Vlaams beleid rond het probleem intensieve veeteelt en gezondheid kan terugvallen op het rapport van 2016 van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu uit Nederland 'Veehouderij en gezondheid omwonenden' en onderzoek door federale instellingen zoals het wetenschappelijk comité van het Federale Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen (FAVV), het Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie (CODA) en het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV)/Intituut Pasteur. Dat geeft in wezen al beleidsaanknopingspunten voor de problematiek van bestaande gezondheidseffecten, negatieve én positieve, in de onmiddellijke omgeving van intensieve veeteelt. Het overdoen van dit onderzoek in Vlaanderen lijkt ons met de momenteel beschikbare middelen geen verantwoorde keuze gelet op de kosten-batenbalans. We geven zoals gezegd voorlopig de voorkeur in te zetten op meer generieke methodieken die de relatie tussen milieufactoren en gezondheid onderzoeken.

In de zijlijn daarvan kan ik meedelen dat het team infectieziekten van Zorg en Gezondheid – naast het Agentschap Innoveren en Ondernemen – deelneemt aan het Europese 'i-4-1-Health' Interregproject. 'i-4-1-Health' wil antibioticaresistentie bij gezonde burgers, patiënten en de varkens- en pluimveesector inzichtelijk maken. Zorg en Gezondheid werkt mee aan het werkpakket 4. Een van de onderzochte elementen is de relatie tussen het beroep van de ouders van kinderen en de invloed op MDRO-dragerschap (MultiDrug Resistente Organismen).

Minister Schauvliege heeft onlangs met de vertegenwoordigers van de West-Vlaamse Milieufederatie een gesprek gehad over de conclusies van het rapport. Ik zal hierover dus verder met haar afstemmen. Naar aanleiding van dit rapport en van het onderzoeksrapport van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu uit Nederland zal door Zorg en Gezondheid worden bekeken hoe we met dit thema verder moeten in het beleid. De eerste ideeën gaan in de richting van informeren van het artsenkorps – vooral dan huisartsen, pediaters en longartsen – in de regio's met intensieve veehouderij en in de richting van het meer vergaand meenemen van deze gegevens in de procedure van de milieueffectenrapportage. Een en ander verdient uiteraard overleg met mijn collega bevoegd voor de omgeving, minister Schauvliege.

De problematiek is erg complex, en bijgevolg ook de beleidsmatige aanpak. De potentieel ziekmakende factoren zijn talrijk – endotoxines, fijn stof, resistente microbiële agentia, geurhinder enzovoort – en de mogelijke gezondheidseffecten ook. In de kantlijn wil ik even aangeven dat zowel negatieve als positieve gezondheidseffecten beschreven worden in onder meer het rapport uit Nederland. De betrokken domeinen en actoren zijn veeltallig. Niet-limitatief denk ik alvast aan federaal minister van Volksgezondheid De Block en van Milieu Marghem, aan de veehouders, aan arbeidsgeneeskunde, aan het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen, de consument die goedkoop en veilig vlees wil, Ruimtelijke ordening, Landbouw, Leefmilieu en Omgeving, het Europese landbouwbeleid, lokale besturen, de verschillende instanties die werken rond klimaatverandering, de artsen en huisartsen, Dierenwelzijn enzovoort.

Aangezien de bevoegdheden die verband houden met de problematiek zich zowel op gewest-, gemeenschaps- als op federaal niveau bevinden, is het een goed idee om de problematiek rond intensieve veeteelt en de volksgezondheid te bespreken binnen het National Environment Health Action Plan (NEHAP). Dit kan

een eerste forum zijn om de beleidslijnen rond dit thema op elkaar af te stemmen binnen de verschillende administraties. Binnen het NEHAP kan eveneens worden beslist om een advies te vragen aan de Hoge Gezondheidsraad. Ook daar is het kwestie om de capaciteit van de Hoge Gezondheidsraad zorgzaam te benutten. Het dupliceren van wat we al weten uit het Nederlandse rapport en een reeks wetenschappelijke onderzoeken, lijkt me niet opportuun. Mochten er evenwel specifieke vragen rijzen in deze problematiek, zullen we zeker niet aarzelen de hulp van het wetenschappelijk adviesorgaan in te roepen.

De voorzitter: Mevrouw Robeyns heeft het woord.

Els Robeyns (sp.a): Ik dank u voor uw uitgebreid antwoord, minister. Het klopt dat er zowel negatieve als positieve effecten uit de diverse studies naar voren komen. Dat is natuurlijk de reden waarom er vraag komt naar bijkomend onderzoek: omdat er tot nu toe geen eensluidende conclusies te trekken vallen. Het is niet zozeer dat we gaan dupliceren wat we al weten, het is eerder dat de informatie momenteel niet eenduidig is.

Ik vind het alleszins positief, minister, dat u bereid bent om bij de federale collega aan te geven om dit te agenderen op de Hoge Gezondheidsraad.

Minister Schauvliege heeft in haar antwoord letterlijk gezegd dat zij die oproep van de West-Vlaamse Milieufederatie dat de federale onderzoeksinstituten hun onderzoeksinspanningen voortzetten en versterken, wel degelijk ondersteunt. U bent daar iets minder expliciet in, ofwel heb ik u niet goed begrepen. Ik heb alleszins wel begrepen dat u toch de thematiek nader wilt bekijken en verder wilt zien hoe u dat beleidsmatig kunt inpassen. Ik snap natuurlijk wel dat de onderzoeksmiddelen beperkt zijn. Ik denk ook dat we hier niet al te licht over mogen gaan.

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Martine Taelman (Open Vld): Ik ben blij met het genuanceerde antwoord, minister, in deze zaak. Inderdaad, ook andere aspecten moeten worden meegenomen.

U zegt dat de beleidslijnen binnen het NEHAP op elkaar moeten worden afgestemd. Ik heb ter zake nog wat suggesties. De landbouw staat in totaal garant voor 6 procent van de productie van fijn stof. Dat betekent dat 94 procent van andere activiteiten komt. Het blijkt ook dat die fijnstofproductie in de landbouw sinds 1995 gedaald is met 45 procent. Als die studie er komt, of de vraag om advies van de Hoge Gezondheidsraad, zou het goed zijn de productie van fijn stof in andere sectoren en het effect daarvan op de volksgezondheid mee te onderzoeken.

Uit de studie blijkt ook dat het gezondheidsrisico vooral op de boeren zelf slaat, de mensen die in de sector werken, en in veel mindere mate op de omwonenden van de veestallen. Als aan de collega's van de overkant en aan de Hoge Gezondheidsraad om een onderzoek wordt gevraagd, kan men misschien de vraag opnemen in welke mate het onderscheid tussen beide categorieën – boeren en omwonenden – in de studie werd nagegaan. Er zijn al diverse zaken onderzocht, maar de causaliteit is nog niet eenduidig aangetoond.

Nog een punt is de zogenaamde YOPI-groep (young, old, pregnant and ill) van jongeren en ouderen, met een verhoogd risico.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, ik wil me niet voordoen als expert ter zake, maar als ik die gegevens allemaal bij elkaar leg, lijkt het me dat we dit eerst en vooral op het niveau moeten brengen waar de verschillende administraties samen een reflectie kunnen formuleren. We krijgen dat nooit fatsoenlijk in beleid vertaald

binnen de juiste context als we er niet eerst voor zorgen dat het besproken wordt door alle representatieve stakeholders. We gaan dat bespreken met minister Schauvliege. Dat lijkt me de eerste stap te zijn die we nu kunnen realiseren.

De voorzitter: Mevrouw Robeyns heeft het woord.

Els Robeyns (sp·a): Ik blijf het dossier opvolgen. Ik kijk uit naar de stappen die met de minister van Landbouw zullen worden ondernomen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Cindy Franssen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over WISDOC, het online platform voor het beoordelen van dokters – 2183 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Voorzitter, minister, dames en heren, WISDOC is een website en een applicatie waarop men de dokters van de Benelux en Frankrijk kan quoteren. Als patiënt kan men deze app raadplegen of aanvullen met een recensie. Het is eigenlijk een gedigitaliseerde versie van de mond-aan-mondreclame over artsen. Zo zijn er chatsites voor jonge ouders: waar vind ik een goede kinderarts? Of: waar vind ik een osteopaat?

In andere sectoren bestaan analoge quoteringsplatforms, al gaat de vergelijking natuurlijk niet volledig op. Het bestaan van pagina's waar men een recensie van bedrijven of zelfstandige ondernemingen kan achterlaten, is een kleine 'nudge'. Natuurlijk betreft het vaak subjectieve meningen van de consumenten, daar moet men omzichtig mee omgaan. Toch is reeds bewezen dat slechte recensies bij goede ondernemingen geen doorslag geven bij de beoordeling.

WISDOC is in Vlaanderen nog niet zo gekend. De vraag is of een dergelijk platform naar analogie van de bovenstaande voorbeelden, ook de kwaliteit van de zorgverstrekking nog kan verbeteren. Er zijn een aantal voorwaarden.

Participatie van de zorgverstreker in het platform is hier ook zeer belangrijk. Vaak spelen er ook andere factoren dan de kwaliteit die de zorgverstreker aanbiedt. Het is vaak een subjectief gegeven. Zo is de patiënt tevreden als het een goede afloop kent, een minder goede afloop zorgt voor minder tevreden patiënten.

De vraag is of dit platform dan niet beter geregisseerd wordt door de overheid wegens die omzichtigheid. Volgens de media is het Agentschap Zorg en Gezondheid volop bezig met het uitwerken van een indicatorenprogramma voor eerstelijnsgezondheidsverstrekkers. Dit is een heel goede zaak, zeker omdat dit dan ook kan worden geïntegreerd in de controlesystemen die reeds bestaan of in ontwikkeling zijn binnen de gezondheidszorg.

In de beleidsbrief 2016-2017 lezen we: "In tegenstelling tot een aantal andere sectoren zoals GGZ, algemene ziekenhuizen en woonzorg, hebben we nog geen kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor de eerstelijns. Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg, zal daar mee toe bijdragen. Dit instituut moet immers het kwaliteitsbeleid binnen en tussen de verschillende sectoren ontwikkelen en stroomlijnen op basis van de ervaring die werd opgedaan met het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals (VIP²)."

Minister, wat vindt u van de werking van WISDOC?

Hoe ziet u het initiatief van het Agentschap Zorg en Gezondheid om kwaliteitsindicatoren op te stellen voor de eerstelijnszorg? Welke kwaliteitsindicatoren zullen worden gemeten? Wie zal deze inspecties naar de indicatoren uitvoeren? Zullen artsen hierin worden opgenomen? Zullen patiënten/ombudsdiensten/klachtenlijnen betrokken worden in de opmaak van de indicatoren? Op welke termijn zullen die indicatoren te raadplegen zijn?

Wat is de stand van zaken betreffende het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg? Werd hierover met uw federale collega overleg gepleegd, gelet op haar mening over het evalueren van artsen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, het stond in de sterren geschreven dat dit ooit zou gaan gebeuren. Gelet op de ervaringen in het buitenland hadden we dat kunnen verwachten. De voornaamste bekommernis voor ons is dat de lezer/gebruiker van WISDOC dit kan plaatsen. Het gaat enkel om een beoordeling van – voorlopig een beperkt aantal – patiënten van het klantencontact met een arts of specialist. Het betreft enkel persoonlijke en subjectieve meningen over slechts één aspect in het hele zorgproces. Het meten van kwaliteit van zorg is heel complex, en kan niet worden herleid tot deze ene toepassing, voor zover ze een rol kan hebben wat zeker voor discussie vatbaar is.

De overheid werkt aan een reeks objectieve indicatorensets om de kwaliteit van zorg te meten. Voor de Vlaamse ziekenhuizen bestaat er al zo'n instrument dat nog verder ontwikkeld moet worden. Op termijn willen we ook de kwaliteit van de eerstelijnszorg in kaart brengen.

In overleg met een breed platform van wetenschappers, betrokken actoren uit de eerste lijn op verschillende ondersteuningsniveaus en de zorggebruikers zullen voor de eerste lijn indicatoren worden ontwikkeld. Deze indicatoren vormen de basis voor de uitbouw van een kwaliteitsbeleid dat wordt geconstrueerd met deelname van de betrokken belanghebbenden.

Het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg zal het kwaliteitsbeleid uitwerken, later zal dat samen met het toekomstig Vlaams instituut eerste lijn gebeuren. Het besluit van de Vlaamse Regering met betrekking tot de oprichting van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg werd op 28 april een eerste keer principieel goedgekeurd door de Vlaamse Regering en is verzonden naar de Raad van State voor advies. Afhankelijk van dit advies kan worden gekeken of dit terug naar de regering gaat, dan volgt een definitieve goedkeuring en kan de vzw worden opgericht.

Het is misschien toch belangrijk om aan te geven dat het concept van het werken met kwaliteitsindicatoren vertrekt vanuit de optie dat de vzw een soort kwaliteitsbewaker is van het niveau van de indicatoren en degene die ook kan worden ingeschakeld om dat te beheren als een 'trusted third party'. Maar alle sectoren worden geacht om onder elkaar met de stakeholders uit de sector te kijken of men bereid is bottom-up indicatoren te ontwikkelen die dan aan de kwaliteitsstandaarden van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) kunnen voldoen. Zodra je in een sector een dergelijk akkoord hebt, kun je aan het VIKZ vragen om te mogen participeren. Dan maak je als samenwerkingsverband tussen de actoren uit die sector een overeenkomst met de vzw en krijg je ook gegarandeerde vertegenwoordigers in de raad van bestuur. De eerste twee die momenteel mee in de steigers staan bij de oprichting van het VIKZ, zijn het samenwerkingsverband tussen de actoren in de ziekenhuizen enerzijds en in de geestelijke gezondheidszorg anderzijds. Ik hoop natuurlijk dat de voornaamste stakeholders uit de eerste lijn een soortgelijke constructie maken, zich willen engageren om samen indicatoren te ontwikkelen – dat zal de overheid niet voor hen

doen – en daaromtrent de faciliteiten van het VIKZ willen gebruiken en participeren in het bestuur. Dat is de formule zoals we ze nu voorleggen.

De indicatoren voor de meting van kwaliteit worden uiteraard eerst per discipline uitgewerkt. Het meten van kwaliteit vraagt een cultuuromslag bij een aantal actoren en stakeholders. Wanneer de indicatorensets stabiel genoeg zijn en voldoende worden gedragen door het terrein, kan worden nagedacht over het meten van interdisciplinaire samenwerking. Dat is voor de eerste lijn een belangrijke bijkomende dimensie. In de hervorming van het KB nr. 78 staat de uitbouw van een kwaliteitsluik op de agenda. Uiteraard proberen wij overleg te hebben met de federale overheid. Alleszins over het KB hebben wij overleg met de federale overheid.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Minister, dank u wel voor het antwoord. Het is goed dat de overheid dit in handen neemt. Het is een oproep naar de actoren zelf om, als het bottom-up moet groeien, proactief te handelen. Ik verwijs graag naar de conceptnota van de collega rond mHealth. Er rijzen heel wat applicaties als paddestoelen uit de grond, vaak door cowboys die een aantal applicaties online zetten. Het zou goed zijn als de actoren zelf daar proactief in zijn, zodat die grote bekommernis over hoe je de kwaliteit van de zorg moet gaan meten, in goede banen kan worden geleid.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Jean-Jacques De Gucht aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de financiering van wetenschappelijk onderzoek naar eindelevenskwesaties – 2196 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer De Gucht heeft het woord.

Jean-Jacques De Gucht (Open Vld): Voorzitter, minister, de wetgeving in ons land erkent het zelfbeschikkingsrecht van haar burgers ook op het einde van hun leven. Dat is een heel goede zaak. Maar het blijft noodzakelijk de vinger aan de pols te houden met betrekking tot de vertaling hiervan in de praktijk. Dit kaartte de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) ook aan in haar tweejaarlijkse rapportage eind vorig jaar. Ook professor Luc Deliens deed dit tijdens het symposium '15 jaar euthanasie'. Hij stelde dat, in vergelijking met andere landen, de overheden in ons land onvoldoende investeren in wetenschappelijk onderzoek naar de medisch beslissingen aan het levenseinde (MBL). De informatie die komt uit dergelijk wetenschappelijk onderzoek, kan een meerwaarde bieden voor beleidsmakers en zeker en vast ook voor zorgverstrekkers.

De wet op euthanasie bestaat vandaag 15 jaar. Vlaanderen is verantwoordelijk voor palliatieve netwerken, multidisciplinaire teams, residentiële zorg, controle op naleving van de patiëntenrechten, het instaan voor erkenningsnormen en financiering en ga zo maar verder. Hoog tijd dus om te investeren in wetenschappelijk onderzoek, zo lijkt mij.

Daarom had ik graag enkele insteken van u gehad. Bent u het eens over het belang van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot medische beslissingen aan het levenseinde? Indien ja, bent u van plan middelen uit te trekken voor een dergelijk wetenschappelijk onderzoek? Welke partners hebt u daarbij in gedachten zodat dit onderzoek zo pluralistisch mogelijk kan verlopen? Welk doel moet een dergelijk wetenschappelijk onderzoek naar uw mening bereiken ten aanzien van de verschillende stakeholders?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, ik ben het absoluut met u eens dat dit belangrijk is. Met woord en daad ondersteunen wij daarom al sinds 2001 het wetenschappelijk onderzoek van de End-of-Life Care Research Group van de VUB en de UGent, waarvan professor Luc Deliens de leiding heeft. Deze multidisciplinaire en pluralistische onderzoeksgroep is ondertussen uitgegroeid tot een groep van een vijftigtal medewerkers en kan een indrukwekkende lijst van internationale wetenschappelijke publicaties over het onderwerp voorleggen.

Door dit uniek en productief onderzoeksopzet zijn zij internationaal een leidinggevende rol gaan spelen in het onderzoek rond medische beslissingen aan het levenseinde. Zij organiseren ook regelmatig seminaries en congressen die naar een breed publiek gericht zijn om zich over het onderwerp te bezinnen en te debatteren.

Op onze vraag en door ons gesubsidieerd, maakten de huisartsenpeilpraktijken van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid een overzicht van de palliatieve zorg aan het levenseinde zoals gerapporteerd in de loop van de registratiejaren 2005-2014. Deze studie is gebaseerd op gerichte systematische wekelijkse bevestigingen van de huisartsen-peilartsen. Mensen van de End-of-Life Care Research Group waren betrokken bij het opstellen van de vragenlijsten en hebben over de resultaten ook uitgebreid gepubliceerd.

Wij hebben ook sinds enkele jaren onze eigen administratieve registratie rond palliatieve zorgen vanuit de palliatieve netwerken.

De administratie werkt, zoals gezegd, actief mee aan de periodische grote onderzoeksprojecten van de groep End-of-Life Care Research van de VUB en de UGent. De mensen binnen onze administratie die verantwoordelijk zijn voor het verwerken van de overlijdenscertificaten, organiseren al voor de vijfde maal een bevestiging van de artsen die overlijdens certificeren. Deze artsen zijn immers het best geplaatst om de delicate vragen over medische beslissingen aan het levenseinde te beantwoorden.

Wegens het respect voor de privacy en de gevoeligheid van het onderwerp werd een volledig geanonimiseerde procedure uitgewerkt. Mijn mensen organiseren de bevestiging, zij kennen immers de artsen die de certificaten invullen, maar de ingevulde vragenlijsten krijgen zij niet te zien. Ook de onderzoekers krijgen die niet te zien. De vragenlijsten worden verstuurd naar een 'trusted third party' die instaat voor het volledige verdere anonimiseren en bezorgt vervolgens een bestand aan de onderzoekers. Voor deze samenwerking stelt de administratie hooggespecialiseerd personeel ter beschikking.

Op dit ogenblik is de administratie ook volop bezig met de gegevensverzameling voor een nieuwe studie rond levenseindebeslissingen bij neonaten, zuigelingen en doodgeborenen. Dit onderzoek is medegefinancierd door het Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek - Vlaanderen.

De bedoeling is in de eerste plaats een betrouwbaar beeld te geven van het voorkomen en de aard van de medische beslissingen aan het levenseinde in Vlaanderen en de evolutie ervan. Ook de betrokkenheid of niet van de patiënten en de familie bij de beslissingen en de redenen daarvoor worden in kaart gebracht. De bedoeling is uiteraard om dat zo waarheidsgetrouw mogelijk te doen, ook als de praktijken niet stroken met wat de wet voorschrijft.

Er is trouwens nog maar een heel beperkt aantal landen in de wereld waar actieve euthanasie een wettelijke basis heeft. Daardoor wordt onderzoek naar medische praktijken aan het levenseinde bij ons eerder vergemakkelijkt.

De informatie uit de resultaten moet worden besproken met zorgverleners en beleidsmakers. Dit kan tot nadenken stemmen en kan een vertrekbasis zijn om de wetten eventueel aan te passen, als dat wenselijk zou blijken. Dat betreft echter duidelijk een federale bevoegdheid.

De voorzitter: De heer De Gucht heeft het woord.

Jean-Jacques De Gucht (Open Vld): Ik ben het met u eens dat de bevoegdheidsverdeling niet altijd even eenvoudig is. Ik vind het positief dat u de groep van professor Deliens aanhaalt, die samen met de UGent daar heel goed werk rond verricht. Maar in het symposium had men het over de middelen die daarvoor ter beschikking worden gesteld. Ik ken natuurlijk heel weinig wetenschappers die het tegendeel beweren, maar het zou een goede zaak zijn mocht u daar eventueel nog extra middelen voor kunnen vrijmaken.

De wetgeving daaromtrent is een federale bevoegdheid. Het komt duidelijk naar voren als je naar de cijfers kijkt rond de euthanasieaanvragen, dat er fundamentele verschillen zijn tussen de verschillende gewesten in ons land.

Zou het niet interessant zijn om met uw collega van de Waalse Regering te overleggen of er een samenwerking kan zijn om een overkoepelend onderzoek te voeren? Als zij ook een onderzoek uitvoeren, kan dat ook nieuwe inzichten geven over het geheel. Een samenwerking tussen Vlaanderen en Wallonië zou goed zijn om een algeheel beeld te krijgen van de eindelevensproblematiek, aangezien een federale wet zijn impact heeft op de beide landsdelen. Dat kan elkaar misschien versterken en ondersteunen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, voor alle duidelijkheid: de bevoegdheid om een federale wet te evalueren, hoort niet tot de gemeenschappen. Dat lijkt me ook niet echt de bedoeling te zijn, zeker als het gaat over specifieke vragen over het medisch handelen. Daar zijn we zelfs *ratione materiae* niet voor bevoegd. In die zin is het zoals het met vele zaken is in dit land, namelijk dat het bevoegdheden zijn op verschillende niveaus. Ik kan alleen maar bevestigen dat in verband met beslissingen rond het levenseinde, zeker vanuit de invalshoek dat wij op dat vlak ook de sterftcijfers en dergelijke al jaren registreren en bekijken, we wel degelijk onderzoek financieren. Maar als het moet dienen ter evaluatie van een federale wetgeving, dan zal dat niet door ons gebeuren. Dan moet je toegang hebben tot de evaluatieverslagen en dergelijke zaken. Het is zeker niet aan ons, noch aan een samenwerking tussen de gemeenschappen om dat te doen. Dat moet men op het federale niveau opnemen.

Ik denk dat ik mag zeggen dat we rond het levenseinde in Vlaanderen wel degelijk inspanningen doen en zelfs de groep financieren om dat onderzoek te doen, en dat reeds voor een behoorlijke tijd. Als ik het goed begrijp, is onze administratie bezig te kijken of er een nieuwe studie kan worden uitgeschreven rond levenseindebeslissingen bij neonaten, zuigelingen en doodgeborenen. Ik wil maar zeggen dat we een inspanning doen om op dat vlak zeker het onderzoek te faciliteren.

De voorzitter: De heer De Gucht heeft het woord.

Jean-Jacques De Gucht (Open Vld): Ik juich de inspanningen zeker en vast toe. Maar mijn punt is niet dat u de taken van de federale overheid moet overnemen. Het is wel zo dat de onderzoeken in Vlaanderen gebeuren in dit geval. Het zou interessant zijn mocht u vanuit de ervaringen die u hebt vanuit die onderzoeken, uw collega-minister binnen de Waalse Regering aansporen om dat eveneens te doen, en dat er een overleg zou plaatsvinden met de federale wetgever om die onderzoeksresultaten met elkaar te delen, waardoor de aanpassingen of eventuele

bijsturingen van de wet op een zo goed mogelijke manier gebeuren. Het overzicht van wat er gebeurt, is immers een Vlaamse materie, maar de toepassing van de wet een federale materie.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de minimumnormen voor erkenning als serviceflat – 2235 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over erkende en aangemelde assistentiewoningen – 2253 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Minister, we hebben het al een paar keer gehad over serviceflats, assistentiewoningen en het verschil tussen melden aan het agentschap en erkend worden door het agentschap. We weten dat het verschil tussen meldingen en erkenningen verwarring geeft in hoofde van potentiële bewoners, die soms onwetend zijn of een gebrek aan gegevens hebben over welk soort voorziening, welk soort woonentiteit zij gaan bewonen, gaan kopen of gaan huren.

De berichtgeving op 20 mei in verschillende media dat niet minder dan één op zes appartementen die verkocht worden als zijnde 'serviceflats', niet beantwoorden aan de minimumnormen van het agentschap Zorg en Gezondheid, laten die onwetendheid, ongerustheid en verwarring bij de potentiële bewoners niet afnemen. Wat blijkt ook nog? Deze minimumnormen zijn niet afdwingbaar en eigenaars van serviceflats kunnen zich ook enkel laten registreren bij het agentschap – een melding dus, zonder de erkenning aan te vragen.

Vervolgens werd in de media – en ik weet ook wel dat we de media soms moeten nuanceren, maar zo bereikt veel berichtgeving potentiële bewoners – ook gesteld dat de minimumnormen voor serviceflats zich louter tot enkele basisvereisten aangaande infrastructuur beperken, zoals een minimale oppervlakte en fysieke toegankelijkheid, maar er geen criteria zijn voor een minimale dienst- en /of zorgverlening. Diverse commentatoren wezen dan ook op de noodzaak om meer criteria op te nemen.

Minister, om een beetje licht in de duisternis te scheppen, heb ik de volgende vragen voor u. Klopt de berichtgeving van 20 mei dat een op de zes serviceflats op de markt niet aan de minimumnormen van het Agentschap Zorg en Gezondheid voldoet? Hebt u daar concrete cijfers over? Welke mogelijkheden ziet u, want dat lijkt me een essentiële kerntaak van deze Vlaamse overheid, om de Vlaming meer duidelijkheid te bieden over de kwaliteit wanneer hij tot de aankoop of huur wenst over te gaan van wat voor hem een serviceflat is? Hoe vermijden we dat mensen een aangifte bij het agentschap verwarren met een erkenning? Vindt u ook niet dat de huidige info, die onder meer wordt gegeven via de websites, eigenlijk onvoldoende duidelijkheid schept? Beamt u dat de minimumnormen om een erkenning als serviceflat te krijgen aan de lage kant zijn, dus eigenlijk niet volstaan, en is het niet wenselijk om bijkomende criteria, bijkomende elementen mee op te nemen in de regelgeving?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, het Woonzorgdecreet laat assistentiewoningen toe die enkel gemeld zijn en assistentiewoningen die erkend zijn. De voorwaarden waaraan beide types assistentiewoningen moeten voldoen, verschillen. Minister, in uw antwoord op mijn vraag van 20 december 2016 meldde u dat er in Vlaanderen 622 groepen van erkende assistentiewoningen en 77 groepen van aangemelde assistentiewoningen zijn. U stelde geen weet te hebben van leegstaande aangemelde assistentiewoningen die worden verhuurd als gewone appartementen.

Het is ondertussen duidelijk dat bewoners niet altijd weten wat ze mogen verwachten. Bij de totstandkoming van het decreet hebben wij twijfels geuit bij die twee types assistentiewoningen en de hoop geuit dat de ouderen zich bewust zouden zijn van het verschil tussen een aangemelde en een erkende assistentiewoning. Op 8 maart van dit jaar bent u gestart met een informatiecampagne om geïnteresseerde ouderen te informeren over wat ze mogen verwachten van een assistentiewoning, met een checklist van aandachtspunten. Er is een website en er zijn campagnefilmmpjes. De vraag die blijft, is waarom men eigenlijk die tweedeling tussen erkende en aangemelde groepen van assistentiewoningen handhaaft. Wat biedt een aangemelde groep van assistentiewoningen zonder veel bijkomende dienstverlening meer dan een gewoon appartement?

Vandaar enkele vragen. Minister, vinden ouderen hun weg naar de website www.checkassistentiewoning.be? Is het nog zinvol om te blijven werken met aangemelde en erkende groepen van assistentiewoningen? Wordt bekeken of ouderen langer blijven wonen in erkende assistentiewoningen dan in enkel aangemelde assistentiewoningen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Geachte leden, ter inleiding van mijn antwoord op de gestelde vragen benadruk ik toch nog eens, wellicht overbodig, dat sinds het Woonzorgdecreet van 2009 het begrip 'serviceflat' werd vervangen door het begrip 'assistentiewoning' en het begrip 'serviceflatcomplex' door 'groep van assistentiewoningen'.

Een groep van assistentiewoningen is een voorziening die bestaat uit een of meerdere gebouwen die functioneel een geheel vormen en waar, onder welke benaming ook, aan cliënten van 65 jaar of ouder die er zelfstandig verblijven in individuele aangepaste wooneenheden, huisvesting wordt gegeven, en ouderenzorg waarop ze facultatief een beroep kunnen doen.

De Vlaamse Regering bepaalt waaruit de ouderenzorg aangeboden door een erkende groep van assistentiewoningen bestaat. In elk geval moet die ouderenzorg ten minste bestaan uit: een aangepaste huisvesting; ouderenzorg die, al dan niet op basis van een samenwerkingsverband, op verzoek van de cliënt wordt aangeboden, afhankelijk van de vastgestelde behoeften; het scheppen van voorwaarden tot socialenetwerkvorming; onmiddellijke hulp in noodsituaties.

In een groep van assistentiewoningen is een woonassistent aanwezig, die sociale-netwerkvorming tussen de cliënten faciliteert en stimuleert en die aanspreekbaar is voor cliënten. De beheersinstantie van de groep van assistentiewoningen staat in voor de organisatie van crisiszorg en overbruggingszorg. De vrije keuze van de bewoner met betrekking tot het al dan niet aanwenden van diensten en zorgverlening dient te allen tijde te worden gevrijwaard in een groep van assistentiewoningen.

Een assistentiewoning is bedoeld als een thuisvervangende voorziening, waar de oudere zo lang mogelijk zelfstandig, mits ondersteuning, kan verblijven. We beschikken tot op heden niet over gegevens over de gemiddelde verblijfsduur in een erkende of aangemelde assistentiewoning.

Op 1 maart 2017 waren er in Vlaanderen 21.537 erkende en 3716 aangemelde wooneenheden in een groep van assistentiewoningen. Ik zeg er echter onmiddellijk bij dat van die 3716 aangemelde wooneenheden 2006 werden uitgebaat door Zorgbedrijf Antwerpen. Omdat er nog een aantal aanpassingen aan moesten gebeuren, voldeden ze nog niet aan de voorwaarden voor erkenning. Ik wil maar zeggen dat het overgrote deel van één organisator is.

Erkende wooneenheden in groepen van assistentiewoningen moeten voldoen aan de minimale erkenningsnormen en -voorwaarden om erkend te blijven. Om dat na te gaan worden ze periodiek gecontroleerd door Zorginspectie. Wat de aangemelde wooneenheden betreft, beschikken wij niet over informatie over het al dan niet voldoen aan de erkenningsvoorwaarden. Die voorzieningen worden niet periodiek gecontroleerd, maar bijvoorbeeld bij ernstige klachten kan er wel een inspectie plaatsvinden.

Er bestaat op dit ogenblik inderdaad onduidelijkheid over de erkenning versus de aanmelding van een groep van assistentiewoningen. Dat bleek onder andere uit de conclusies van de werkgroep over groepen van assistentiewoningen die vorig jaar werd opgestart. Een kandidaat-huurder of -koper herkent of kent dat verschil niet altijd. Om die reden werd op 8 maart jongstleden dan ook gestart met een uitgebreide mediacampagne over assistentiewoningen. Het is immers belangrijk dat de potentiële kopers of huurders van een assistentiewoning correct worden ingelicht over wat zij van die woonvorm kunnen verwachten en wat niet. Zo kunnen ze juiste keuzes maken.

Op de website www.checkassistentiewoning.be vinden potentiële kopers, huurders en investeerders een checklist met aandachtspunten. Met betrekking tot de erkenning wordt aan de potentiële kopers en/of huurders aangeraden om aan de uitbater een kopie van het erkenningsbesluit te vragen. Op die manier kunnen ze nagaan of de voorziening erkend is, en dus aan de erkenningsvoorwaarden voldoet. De site biedt ook een overzicht van alle erkende voorzieningen, voorbeelddocumenten van overeenkomsten, een verklarende woordenlijst en andere nuttige info.

Sinds de lancering begin 2017 is de website door bijna 30.000 mensen bezocht, maar wij hebben geen demografische gegevens over wie die mensen zijn. De mediaruimte die is ingezet ter promotie van de website, namelijk advertenties in De Streekkrant, tv-spotjes op de regionale zenders, Google AdWords en Facebookadvertenties specifiek gericht op de tijdlijn van 65-plussers, is alleszins gekozen op basis van het grote bereik bij de doelgroep van de ouderen. Naast het onlinekanaal is de checklist ook verkrijgbaar op papier, in een folder. Daar zijn al naar schatting 20.000 exemplaren van besteld, al weten we ook hier niet bij welke leeftijdsgroep de folders terechtkomen. Wie geen toegang heeft tot de website, kan de checklist ook bestellen via 1700, de infolijn van de Vlaamse overheid. Die contactmogelijkheid wordt ook vermeld in de diverse communicatiekanalen van de campagne.

Gezien de onduidelijkheid bij de potentiële huurders en kopers van een assistentiewoning is het onze bedoeling om het onderscheid tussen erkende en aangemelde assistentiewoningen af te schaffen. In het kader van een actualisatie van het Woonzorgdecreet zal de mogelijkheid tot aanmelding worden geschrapt, tenminste als het van ons afhangt. De aangemelde voorzieningen zullen zich binnen een bepaalde periode kunnen regulariseren. Voorzieningen die op dat moment niet of nog niet aan alle infrastructurele voorwaarden zouden voldoen, zullen kunnen gebruikmaken van een overgangsregeling tot 1 januari 2034, naar analogie met de overgangperiode voor voorzieningen die overschakelen van een erkenning als serviceflatgebouw naar een erkenning als groep van assistentiewoningen.

Het klopt in geen geval dat de huidige normen zich beperken tot enkele voorwaarden qua infrastructuur, zoals wordt vermeld in het persartikel waarnaar wordt

verwezen. Voorzieningen die nog erkend zijn als serviceflatgebouw, moeten voldoen aan de normen vervat in de bijlage A van het besluit van de Vlaamse Regering van 17 juli 1985 tot vaststelling van de normen waaraan een serviceflatgebouw en een woningcomplex met dienstverlening moet voldoen om voor erkenning in aanmerking te komen. Om erkend te worden als groep van assistentiewoningen moet worden voldaan aan de voorwaarden vervat in de bijlage XVI bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregels voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers. De beide normenkaders omvatten bepalingen over zowel de zorg- en dienstverlening als de omkadering en de infrastructuur.

Ter gelegenheid van de geplande actualisatie van het Woonzorgdecreet zullen ook de uitvoeringsbesluiten en bijhorende bijlagen, waaronder dus de bijlage XVI met de erkenningsvoorwaarden voor groepen van assistentiewoningen, verder worden geactualiseerd.

Ik kan u in het kader van de vragen ook meedelen dat het Agentschap Zorg en Gezondheid, het kabinet en de vertegenwoordigers van de koepelorganisaties van de residentiële ouderenzorg op dit ogenblik de inhoud van een ontwerp van besluit van de Vlaamse Regering bespreken met als doel het flexibel kortverblijf in een assistentiewoning mogelijk te maken. Dat wil zeggen dat, indien een bewoner van een assistentiewoning tijdelijk na een ziekenhuisopname of bij het wegvallen van de mantelzorg meer intensieve zorg en/of ondersteuning nodig heeft en indien een erkend centrum voor kortverblijf zich in de onmiddellijke nabijheid van een groep van assistentiewoningen bevindt, men vanuit dat centrum 24 op 24 uur zorg en bijstand kan verlenen. Op die wijze kan men bewerkstelligen dat de bewoner in zijn vertrouwde omgeving, de assistentiewoning, kan blijven wonen en worden verzorgd.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Minister, ik dank u voor de, naar ik aanneem, positieve boodschap, maar ik heb nog twee punten. U hebt gelijk wat het Woonzorgdecreet betreft. U hebt dat hier ten overvloede gezegd, waarschijnlijk voor het interne, maar het woord 'serviceflat' wordt in de volksmond nog heel veelvuldig gebruikt, zeker bij de doelgroep van de ouderen. De overheid moet daarover dus via de media campagne blijven voeren, blijven sensibiliseren. Als je tegen een oudere begint over serviceflats, dan heeft die daar immers een beeld van dat niet overeenstemt met de realiteit. Ik denk dus dat u de campagne die u hebt gestart, zult moeten blijven doen, en misschien zelfs hier en daar intensifiëren, om uit de gedachten te krijgen dat een serviceflat een garantie geeft op zorgverlening bij die flat.

Dank u voor uw toezegging inzake de aanpassing van het Woonzorgdecreet en uw verklaring dat het onderscheid tussen erkende en aangemelde assistentiewoningen eruit moet. Daarbij zei u echter dat dat zo zou zijn als het van u afhangt. Dat begreep ik niet goed. Dat verontrust me. Wat bedoelt u daarmee? Is daar een discussie over aan de gang? Als ik het immers goed begrijp, is ongeveer heel deze commissie daar een voorstander van.

Wat is ook de objectieve reden om in een overgangperiode tot 1 januari 2034 te voorzien? Dat lijkt me een beetje lang, om het heel diplomatisch en eigenlijk een beetje ironisch te zeggen. Die overgangperiode van nog meer dan vijftien jaar lijkt mij niet nodig. Tegen die tijd zijn de niet erkende of aangemelde serviceflats immers al lang afgeschreven en kunnen we daar veel beter al erkende woonzorgvoorzieningen of assistentiewoningen van maken.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Die website wordt bezocht door 30.000 mensen. Op het eerste gezicht lijkt dat een groot aantal, maar u hebt inderdaad zelf aangegeven niet te weten wie die mensen zijn. Het is niet altijd even evident voor oudere mensen om hun weg te vinden op het internet. Het zal dus nodig blijven om te investeren in papier en andere zaken die toegankelijk zijn voor ouderen.

Het stemt me heel tevreden dat u zegt het verschil tussen aangemelde en erkende groepen van assistentiewoningen te zullen afschaffen. Wij staan daar volledig achter.

Ik weet niet of u mijn laatste vraag hebt beantwoord. Misschien is het mij ontgaan. Is bekeken of ouderen langer blijven wonen in erkende assistentiewoningen dan in die enkel aangemelde assistentiewoningen?

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik begin met het laatste, met de aanpassing van het decreet en het eventueel opheffen. Minister, u zei dat dat verschil tussen aangemeld en erkend eruit mag, als het van u afhangt. Ik heb gehoord van de collega's van Open Vld en sp.a en wil ook namens Groen zeggen dat we dat zullen steunen, dus behoudens een veto van de N-VA – en dat zou uiteraard dan nog mits een wisselmeerderheid kunnen worden opgeheven – ga ik ervan uit dat dat op korte termijn in orde komt.

Ik heb verder nog een paar vragen. Ik heb u onlangs een schriftelijke vraag gesteld, waaruit bleek dat er heel grote regionale verschillen zijn. U zegt nu dat het gros van de 3700 gaat over het Zorgbedrijf Antwerpen. Mijn vraag is: op welke termijn is het Zorgbedrijf van plan om die effectief allemaal een erkenning te laten krijgen? Hebt u daar zicht op? Hebt u daarover overleg met hen?

Een andere vraag is of alles hierin wordt vervat. Toen ik de cijfers bekeek, had ik de indruk dat er in een aantal regio's meer aanbod is dan momenteel vervat zit in de vergunningen, de aanmeldingen, de erkenningen enzovoort. Hebt u een soort van controlesysteem zodat er geen woningen worden verkocht onder het mom van serviceflats of assistentiewoningen zonder dat die aangemeld of erkend zijn? Bestaat zo'n systeem? Weten we zeker dat alles wel vervat zit in de cijfers die momenteel beschikbaar zijn?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, naar aanleiding van de veranderingsagenda voor de ouderenzorg, is dat dossier wellicht – hopelijk – aan bod gekomen in de hoorzittingen die zijn georganiseerd in de commissie.

We weten zeer weinig over die aangemelde woningen. Ik heb in mijn antwoord inderdaad gezegd dat we daarover geen cijfers hebben. Het is juist omdat er onduidelijkheid is in de manier waarop iedereen dat in de markt brengt, dat we denken dat we beter naar een veel meer restrictieve interpretatie gaan. Je hebt alleen nog erkende woningen en voor de rest kan men niet met deze labeling naar buiten komen.

We zullen die campagnes inderdaad regelmatig moeten herhalen. De reden waarom die overgangperiode zo lang is – dat is ook gebeurd met de vorige regelgeving – is dat je met grote infrastructurele werken zit. Als je iedereen de kans wilt geven om zich daaraan te conformeren, moet je natuurlijk aanvaarden dat er inderdaad afschrijvingsperiodes zijn. Dat is inderdaad ook de reden waarom dat waarschijnlijk op die termijn staat, om de reden die u aangeeft: men moet dat ook haalbaar maken voor de betrokkenen.

Het Zorgbedrijf Antwerpen heeft de vaste intentie en is ook volop bezig om de aangemelde groepen van assistentiewoningen naar een erkenning te brengen. Dat betekent dat zij ook investeringen uitvoeren, renovatieprogramma's enzovoort. Onder meer inzake brandveiligheid zijn zij een aantal dingen aan het klaar maken en aanpassen.

U hebt wantrouwen over de zinsnede 'wat ons betreft'. Dat is gewoon ministeriële bescheidenheid ten opzichte van het parlement, dat in dezen het laatste woord heeft. Ik zou het niet anders durven. Want straks zegt er iemand: 'Dat zullen wij dan wel beslissen.' En daar hebt u dan ook gelijk in. Het zal het parlement zijn dat dat uiteindelijk zal goedkeuren.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Ik pik in op dat laatste. U hebt hier de aanpassing van het Woonzorgdecreet toegelicht. U hebt onze volmondige steun voor de afschaffing van het onderscheid tussen erkende en aangemelde assistentiewoningen en het behoud van de erkende assistentiewoningen. U moet daar niet bescheiden over zijn. U mag daarmee wat ons betreft onmiddellijk naar het parlement komen. We zullen dat volmondig goedkeuren.

Ik heb nog een positieve noot. U hebt de piste beschreven over het flexibel kortverblijf in assistentiewoningen die naast een kortverblijfcentrum liggen. Die piste moet volgens mij zeker worden uitgewerkt en zal op het terrein zeker een aantal noden kunnen vervullen. Daar mag u dus ook mee komen. Maar daarvoor moet u niet wachten op het parlement, minister. U mag dat zelf doen. (*Opmerkingen. Gelach*)

U moet niet wachten op ons. Doet u dat maar.

Een ander punt is de overgangperiode. Ik heb zelf de reden gegeven: de afschrijvingsperiode. Minister, ik meen te mogen begrijpen dat de ervaring in het verleden met de overgangperiode ons leert dat het sneller kan. We moeten alleen een beetje meer druk zetten opdat die minderwaardige – ik kies dit woord heel bewust – assistentiewoningen zo snel mogelijk uit de markt geraken of niet meer als assistentiewoning kunnen worden bestempeld. Wat mij betreft is 2034 – nog zeventien jaar – misschien toch iets te lang als overgangperiode. Over dat punt zullen we dan discussie voeren in het parlement, bij de aanpassing van het Woonzorgdecreet.

Maar laat dat u er niet van weerhouden om die andere zaken al uit te voeren.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.