



Vlaams
Parlement

vergadering **C63**
zittingsjaar 2015-2016

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 15 december 2015

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de behandeling van patiënten met een verslaving door huisartsen – 388 (2015-2016)	4
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hervorming van de consultatiebureaus van Kind en Gezin – 411 (2015-2016)	8
VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de prenatale screening – 416 (2015-2016)	11
VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het ingaan van de nieuwe tarieven voor kinderopvang vanaf 1 januari 2016 – 431 (2015-2016)	15
VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over kinderen en jongeren die via sociale media geconfronteerd worden met ongepast seksueel gedrag – 462 (2015-2016)	18
VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het dreigende tekort aan artsen binnen de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's) en de consultatiebureaus – 463 (2015-2016)	23
VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over nosocomiale infecties in ziekenhuizen – 481 (2015-2016)	26
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over incontinentie bij vrouwen – 531 (2015-2016)	30
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nood aan opvoedingsondersteuning voor ouders van tieners – 534 (2015-2016)	32
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de bescherming van artsen bij de uitoefening van hun beroep – 561 (2015-2016)	34
VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stopzetting van de hulp- en dienstverleningsactiviteiten in de gevangenis van Sint-Gillis – 567 (2015-2016)	35

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de communicatie door woonzorgcentra omtrent dementie van bewoners aan de naaste familie – 568 (2015-2016)	37
VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over cijfers inzake het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren – 572 (2015-2016)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van antidepressiva door jongeren – 578 (2015-2016)	42
VRAAG OM UITLEG van Ward Kennes aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de oprichting van een helpdesk voor ouders, vrienden en kennissen van radicaliserende jongeren – 585 (2015-2016)	47
VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de doorstart van adviesverlener Modem – 587 (2015-2016)	
VRAAG OM UITLEG van Tine van der Vloet aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nieuwe werking van adviesverlener Modem – 601 (2015-2016)	49
VRAAG OM UITLEG van Ingrid Lieten aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de waarborgregeling inzake de opname in woonzorgcentra – 590 (2015-2016)	54

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de behandeling van patiënten met een verslaving door huisartsen – 388 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, huisartsen zijn het eerste contact voor patiënten met een verslaving. Nochtans voelen huisartsen zich onvoldoende gewapend om een behandeling met de patiënt op te starten. Driekwart vraagt om meer ondersteuning en om vorming over de bestaande therapieën. De houding van de artsen is vooral terughoudend als het gaat om verslaving aan illegale drugs. Slechts 50 procent van de huisartsen wil aan de slag met drugsverslaafden.

Vlaanderen heeft al een gezondheidsdoelstelling inzake middelengebruik en heeft in dat kader ook partnerorganisaties die werken aan deskundigheidsbevordering van intermediairen. Op het vlak van de behandeling van slapeloosheid is er een goede medische richtlijn, maar het ligt voor artsen blijkbaar niet zo voor de hand om alternatieve therapieën te gebruiken. Er bestaan ook mogelijkheden op het vlak van e-learning.

Vlaanderen wordt in het kader van de zesde staatshervorming ook bevoegd voor revalidatiecentra voor verslaafdenzorg. Dat maakt het mogelijk dat er in elk geval meer uitwisseling is van informatie, goede praktijken en beschikbare therapieën.

Minister, zult u in het kader van de Vlaamse bevoegdheid inzake eerstelijnsgezondheidszorg focussen op de ondersteuning van huisartsen bij de behandeling van verslavingen?

Zult u, nu de revalidatiecentra voor verslaafdenzorg een Vlaamse bevoegdheid zijn, werken aan een goede wisselwerking tussen huisartsen en de revalidatiecentra op het vlak van informatie-uitwisseling, goede praktijken en beschikbare therapieën?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: De voorbije jaren hebben we inderdaad een aantal initiatieven genomen om de huisartsen te ondersteunen bij de behandeling van verslavingen. Die initiatieven worden voortgezet en uitgebreid.

Zoals bepaald in de beheersovereenkomst met het agentschap Zorg en Gezondheid werkt de huisartsenorganisatie Domus Medica aan de aanpak van middelenproblematiek door de huisarts. Dat gebeurt in nauwe samenwerking met de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), om enerzijds de problematiek optimaal bij de huisarts te brengen en anderzijds de huisarts de nodige tools aan te reiken die in de praktijk kunnen worden gebruikt.

Domus Medica ontwikkelde, op basis van een model van de Wereldgezondheidsorganisatie, samen met VAD de website www.me-assist.com. Het is een online-tool voor detectie, vroegdetectie, aanpak en verwijzing, met bijkomend ook een aanbod van materiaal voor het begeleiden van patiënten met verslaving aan alcohol, roken, legale en illegale drugs. Dit wordt sinds twee jaar aangeboden aan huisartsen en maatschappelijk werkers van Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW's) en centra algemeen welzijnswerk (CAW's) waardoor ze op een uniforme manier kunnen communiceren.

Meer info daarover en over alles wat er vanuit VAD gebeurt naar de eerste lijn – materiaal, vorming enzovoort – is beschikbaar op de website van VAD. De websitedossiers 'aanpak van risicovol alcoholgebruik', 'rookstop' en 'geneesmiddelenverslaving' geven de huisarts onderbouwde achtergrondinformatie en hulpmiddelen om verslaving beter te kunnen aanpakken. Die richtlijnen zijn wetenschappelijk onderbouwd.

Er wordt ook vorming aangeboden aan Lokale kwaliteitsgroepen (LOK-groepen) van huisartsen. Om een optimale implementatie van me-ASSIST te bereiken, worden vormingen gegeven door een duo van een cgg-medewerker (centrum voor geestelijke gezondheidszorg) en een in dit thema door Domus Medica opgeleide huisarts. Heel wat huisartsen werden hierdoor bereikt en momenteel telt de tool 1400 geregistreerde huisartsen en 400 geregistreerde welzijnswerkers. Dat is ongeveer één op vier van de actieve huisartsen. Ook tijdens de inwooncursus 2015 van Domus Medica kwam de verslavingsproblematiek aan bod. Die vorming werd gevolgd door meer dan honderd huisartsen.

In de volgende vijf jaar wil Domus Medica de samenwerking met VAD versterken om de verslavingsproblematiek nog beter te kunnen aanpakken. De prioriteit ligt hier op risicovol alcoholgebruik. In het voorstel jaarplan 2016 is bepaald dat Domus Medica vzw samen met VAD een opleiding ontwikkelt en aanbiedt gericht op korte interventies voor alle soorten middelengebruik. In de gezondheidsconferentie over de gezonde levensstijl die we in het najaar van 2016 zullen organiseren en waar de preventie van middelenmisbruik en verslavingsgedrag aan bod komen, zal de rol van de huisarts en bij uitbreiding de gehele eerste lijn worden bekeken.

We hebben op 30 oktober 2015 een conferentie georganiseerd inzake de toekomst van de verslavingszorg in Vlaanderen. In een intensief voorbereidend traject is met alle belangrijke stakeholders – vertegenwoordigers uit de gespecialiseerde verslavingszorg, de brede geestelijke gezondheidszorg, de belendende sectoren Werk, Wonen, Justitie, Welzijn, huisartsengeneeskunde enzovoort, en gestabiliseerde verslaafden en familievertegenwoordigers – gewerkt naar een breed gedragen visietekst.

In die visietekst staan twee zaken centraal: de integratie van de verslavingszorg in de geestelijke gezondheidszorg en een herstelgerichte behandeling. De herstelgerichte aanpak wil antwoorden bieden op de vraag hoe we de persoon met een verslavingsprobleem blijvend aan de samenleving kunnen laten participeren. De visietekst is uiteraard raadpleegbaar op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid. De visietekst is een eerste belangrijke stap in de vormgeving van een Vlaams beleid inzake verslavingszorg en zal dan ook in de vorm van een conceptnota bij de Vlaamse Regering worden gebracht.

Een van de doelstellingen in de visietekst betreft laagdrempelige toegang. We willen ernaar streven dat personen met een verslavingsprobleem vlot toegang hebben tot aangepaste zorg, die is afgestemd op hun specifieke zorgnood. Toegankelijkheid veronderstelt ook dat alle medische zorglijnen, alle zorginstellingen en alle instellingen voor maatschappelijke dienstverlening openstaan voor mensen met een verslavingsprobleem en hun omgeving.

Vlotte toegang betekent dat er ook in de eerste lijn, bij de reguliere zorgverleners, in welzijnsvoorzieningen enzovoort voldoende kennis is over de verslavingsproblematieken, dat er een gebruiksvriendelijk en onderbouwd instrumentarium aanwezig is voor vroegdetectie, en dat elke zorgverlener zijn/haar verantwoordelijkheid opneemt ten aanzien van een persoon met een verslavingsprobleem door gericht door te verwijzen of waar mogelijk zelf een aanbod te doen of te blijven doen in functie van de zorgnoden en de zorgdoelen van de cliënt en zijn omgeving.

We weten dat vandaag verslavingsproblematieken nog vaak een exclusie criterium vormen en dat is ook wat de visietekst ter discussie wil brengen. We moeten het systematisch uitsluiten van mensen met een verslavingsprobleem durven doorbreken. We moeten de zorg voor deze mensen in een generalistisch zorgkader aanpakken waar we dat kunnen, en pas wanneer het nodig is in een specifiek of gespecialiseerd zorgkader. Iedereen in de zorg en zelfs daarbuiten heeft een verantwoordelijkheid op te nemen ten aanzien van mensen met een zorgvraag of -nood, ook van mensen met een verslaving.

Daarnaast willen we ook het werken in zorgnetwerken en met zorgpaden stimuleren, zodat de zorgcontinuïteit wordt verzekerd. We zullen hiervoor een beroep doen op de bestaande netwerken 107. De huisarts als eerstelijnswerker is hierbij een cruciale actor. Er bestaan al heel wat initiatieven inzake vroegdetectie en deskundigheidsbevordering van bijvoorbeeld huisartsen. We zullen in het nieuw Vlaams beleid rond verslavingszorg onderzoeken welke bijkomende noden er zijn en hoe we knelpunten in de toeleiding tot zorg voor mensen met een verslavingsprobleem kunnen aanpakken.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Ik ben blij dat er al initiatieven genomen zijn, maar op het terrein merk ik bij veel collega's terughoudendheid en gebrek aan tools. Om eerlijk te zijn, had ik zelf wel al van de ASSIST-lijst gehoord, maar van de website me-ASSIST.com had ik ook nog nooit gehoord. ASSIST gaat over roken, alcohol en middelengebruik, en is dus niet specifiek gericht op illegale drugs.

Minister, in verband met die visietekst zei u dat er een conceptnota zou worden besproken door de Vlaamse Regering. Wanneer is dat gepland? Denkt u ook dat het bij consultaties met drugsverslaafden vooral op tijd aankomt? Om die problematiek te bespreken vergt dat dikwijls een langer consult. In verband met de zorgpaden beaam ik dat het zeer belangrijk is om die mensen op een goede manier op te volgen. Is er al onderzoek gebeurd naar hoe dit momenteel verloopt?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Ik onderschrijf de vraag van collega Saeys. Het is inderdaad zo dat het Vlaamse drugsbeleid vooral wil inzetten op preventie. Nu en dan moet er ook wel worden ingezet op de behandeling. Minister, dan denk ik, zoals u zelf ook zei, dat de eerste lijn en de huisarts in die curatieve aanpak een belangrijke rol moeten kunnen spelen. De huisarts zou bijzonder goed geplaatst moeten zijn om verslavingsproblematieken in een vroeg stadium te herkennen en om een eerste interventie te doen. U gaf aan dat zo'n vroege interventie kan uitmonden in een verder aanbod van de huisarts zelf.

U verwees ook naar me-ASSIST. Op zich vind ik dat een goed instrument, het is in de eerste plaats een screeningstool. Wanneer je als huisarts een probleem herkent en die eerste interventie wil doen, kan je goed screenen en heb je naslagwerken met achtergrondinformatie, maar moet je vooral ook een aantal vaardigheden kunnen oefenen. De vraag van collega Saeys gaat volgens mij ook voor een stuk daarover: wordt er werk gemaakt van dergelijke ondersteuning? Zal ervoor gezorgd worden dat veel meer huisartsen zich gewapend voelen om met mensen met een verslavingsproblematiek om te gaan? In de vraag werd vermeld dat slechts de helft van de huisartsen het ziet zitten om aan de slag te gaan met drugsverslaafden. Ik heb een ander cijfer: eigenlijk voelt slechts een kwart van het totale aantal huisartsen zich momenteel voldoende gewapend om drugsverslaafden te helpen.

We wachten natuurlijk op de uitwerking van de principes die u in de visietekst hebt aangehaald: integratie van verslavingszorg in de geestelijke gezondheidszorg en

herstelgerichte zorg. De rol van de eerste lijn is daarin heel belangrijk, en dus is het ook van belang dat er voldoende ondersteuning is, niet alleen met het aanbod van me-ASSIST. Met het oog op het ontwikkelen van vaardigheden om met een specifieke doelgroep aan de slag te gaan, moet er voldoende vorming en interdisciplinaire ondersteuning voor huisartsen zijn. De vraag van collega Saeys is in die zin bijzonder terecht.

Bart Van Malderen (sp.a): Persoonlijk vind ik ook dat de vraag bijzonder terecht is. Minister, u legt in uw antwoord een aantal belangrijke klemtonen. In aanvulling op wat de heer Anseeuw zei, wil ik u nog twee cijfers voorleggen. Uit de jaarrapporten van de Vlaamse behandelingscentra drugsverslaving blijkt dat er op jaarbasis vijfduizend nieuwe dossiers zijn en dat er tienduizend mensen een behandeling volgen. Het is dus meer dan af en toe dat de curatieve aanpak nodig is. Wat zeker in het licht van de vraag van mevrouw Saeys bijzonder zorgelijk is, is dat amper één procent van die mensen wordt toegeleid door de huisarts. Los van de vraag of de huisarts zich sterk genoeg voelt om daarmee aan de slag te gaan, blijkt dus dat de toeleiding naar de behandelingscentra door die huisarts op 1 procent ligt. Daar is nog een hele weg af te leggen.

Een tweede pijnpunt is de niet te ontkennen mismatch tussen behandelingscentra en instellingen uit de welzijnssector, en ik ben blij dat u daarop bent ingegaan, minister. Ik denk dat uw ambitie duidelijk is, maar misschien kunt u ons helemaal geruststellen.

Om ons gerust te stellen, zou u toch het best bijkomende antwoorden geven over de manier waarop. Ik kan me moeilijk indenken dat u zich in een conceptnota zou beperken tot de terechte bekommernis dat de zorgcontinuïteit moet worden gegarandeerd en een verslaving op zich geen reden tot uitsluiting mag zijn. Ik denk dat dit verhaal meer omvat dan het door u vermelde artikel 107. Het gaat eigenlijk over de generieke aanpak van de welzijnssector. Hoe ziet u dat in concreto?

Minister Jo Vandeuren: Veel van de opmerkingen zijn pertinent. Ten eerste: in de nieuwe afspraken met Domus Medica staat uitdrukkelijk dat men een aanbod gericht op huisartsen moet organiseren. Dat moet hen toestaan om kortdurende interventies – in de eerste plaats met alcoholverslaafden – te organiseren. Het vormingsaanbod bestond al, maar zeker voor de behandeling van alcoholverslaving kan dat nog concreter worden gemaakt, en dat zal ook gebeuren. Ten tweede: de visietekst is op meerdere punten belangrijk voor de oriëntatie. Een van de punten is dat inzake verslavingsproblemen meer wordt verwacht van de eerstelijnsactoren in de klassieke zorg. Het spreekt voor zich dat daar grenzen aan zijn, maar we verwachten toch dat er meer gebeurt.

Op welke overheid doen we dan een beroep? Ten dele betreft het de huisartsen, die een Vlaamse bevoegdheid zijn, maar inzake prestaties onder het RIZIV vallen. De eerste lijn – waar ook welzijnsactoren bijzijn – moet meer bij de behandeling van verslavingen worden betrokken, en dat staat duidelijk in de tekst. Wat de gevolgen daarvan zijn, moeten we bekijken. Voorts betekent dat ook dat we de uitsluitingscriteria moeten bekijken. Het zou te ver gaan als we geen uitsluitingscriteria zouden hebben, maar het omgekeerde moet toch worden voorkomen. Ik heb het dan over de eerstelijnszorgactoren, maar ook over de welzijnsactoren. Uiteraard gaat het dan over de gehandicaptensector en de bijzondere jeugdzorg, die voor de residentiële opvang uitsluitingscriteria hantieren. Ook de psychiaters doen dat. Daarover moet dus goed worden nagedacht.

We zullen aan de hand van de reacties een conceptnota uitwerken. Die nota zal aanleiding geven tot acties, waar al dan niet budgettaire gevolgen aan zijn verbonden. Sommige vereisen een wettelijk basis. Een aantal projecten inzake hulpverlening worden van het federale naar het Vlaamse niveau overgeheveld. Voor hen zal een

decretale basis worden gecreëerd. Inzake revalidatie zal een wettelijk kader worden gecreëerd om te zorgen voor een aansluiting bij de RIZIV-conventies. Dat kader zal de finaliteit bevatten: ambulant of residentieel; langdurig of kortlopend; meer of minder gericht op 'harm reduction'. Er moet ook een afstemming worden gevonden met datgene wat de federale overheid financiert. Op het federale niveau zijn er nog heel wat psychiatrische ziekenhuizen die onder het RIZIV vallen. Dat moet in rekening worden gebracht om een totaalvisie op de aanpak van verslavingen te ontwikkelen. Er moet dus een begrippenkader komen dat dit mogelijk maakt.

Freya Saeys (Open Vld): Ik dank u voor het antwoord. Wanneer komt die conceptnota er?

Minister Jo Vandeurzen: In de eerste maanden van 2016. We zijn er druk mee bezig.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hervorming van de consultatiebureaus van Kind en Gezin – 411 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, minister, collega's, de consultaties zoals verzorgd door de consultatiebureaus zullen worden gewijzigd. Zes van de tien consulten zullen door een dokter worden verzorgd, terwijl de vier andere consulten zullen gebeuren door verpleegkundigen. Blijkbaar is deze hervorming een flinke besparing, waardoor andere dienstverlening dan consultaties en huisbezoeken kunnen worden verzorgd. Daarbij wordt verwezen naar online dienstverlening, Facebookchats over opvoeding, een praattafel of inloophmomenten. De invulling zal van regio tot regio verschillen. Kind en Gezin hoopt zo en dankzij het extra budget in het kader van de vluchtelingencrisis de meest kwetsbare gezinnen het best te bereiken.

Welke opdrachten die de arts vandaag vervult in het consultatiebureau zullen in de toekomst door de verpleegkundige gebeuren? Kunt u duiding geven aan gaande de extra dienstverlening die door deze besparing mogelijk wordt? Hoe zal Kind en Gezin de meest kwetsbare gezinnen, buiten de vluchtelingen, met deze methodiek beter en frequenter bereiken?

De nieuwe dienstverlening zal verschillen van regio tot regio. Graag een verduidelijking. Wie bepaalt welke dienstverlening in welke regio wordt uitgebouwd? Wat wordt met 'regio' bedoeld?

Wat is de rol van het Huis van het Kind – waarvan het consultatiebureau de basis vormt – in deze reorganisatie van het preventief gezinsbeleid?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Vanaf 1 januari 2016 zal Kind en Gezin zijn dienstverlening vernieuwen. Deze vernieuwing heeft als doelstelling beter aan te sluiten bij de ouders van vandaag en van de toekomst. Ouders van vandaag willen een geïndividualiseerde aanpak die tegemoetkomt aan hun noden en vragen, op een 'moderne' wijze.

Deze vernieuwing wordt onderbouwd door wetenschappelijke onderzoeken over de inhoud en timing van de preventieve consulten en over wat ouders zelf

aangeven dat ze nodig hebben. Bovendien is deze vernieuwing ook noodzakelijk om vlot aan te sluiten bij de veranderingen in de gezondheids- en welzijnszorg, zoals de uitbouw van de eerste lijn, eHealth, Huizen van het Kind en het verkorte verblijf in kraamklinieken.

Waar ouders vroeger op het consultatiebureau zowel een verpleegkundige als een arts zagen, zullen ze vanaf 2016 ofwel de arts ofwel de verpleegkundige zien. Hierdoor komt er tijd vrij voor andere activiteiten.

Voor een goede medische opvolging moet het kind op zes momenten door de arts gezien worden, namelijk op 4 weken, 8 weken, 16 weken, 9 maanden, 15 maanden en 24 maanden. Minstens vier andere momenten worden opgenomen door de regioverpleegkundige namelijk op 12 weken, 6 maanden, 12 maanden en 30 maanden. Hij/zij zal dan ook vaccineren, op 12 weken en 12 maanden, en het ontwikkelingsonderzoek uitvoeren. Vaccineren gebeurt op basis van een stand order van de consultatiebureauarts, dit wil zeggen als gedelegeerde medische handeling.

De regioverpleegkundigen werden ondertussen opgeleid om deze bijkomende taken te kunnen uitvoeren. Daarnaast zal de regioverpleegkundige ook het kennismakingsbezoek, de huisbezoeken en het contact voor de gehoortest doen.

Er is volop ruimte om het basisconsultschema te verruimen met extra contacten indien nodig, bijvoorbeeld bij medische indicatie, nood aan extra ondersteuning, opvolging van de groei van het kind en begeleiding van borstvoeding.

De consultatiebureauarts blijft verantwoordelijk voor de medische opvolging van het kind. Dit omvat onder meer het opvolgen van de ontwikkeling, het bewaken van de vaccinatie, het detecteren van een te trage of te snelle groei, het voorkomen en opsporen van bepaalde gezondheidsrisico's zoals aangeboren hartafwijkingen, dysplastische heupen, niet-scrotale testes, afwijkende schedelgroei, tekort aan vitamine K en D, het detecteren van postnatale depressie via gerichte bevraging, het begeleiden van ouders met betrekking tot een gezonde levensstijl voor het kind, het investeren in een veilige slaapomgeving ter preventie van wiegendood, het investeren in het voorkomen van shaken infant syndrome (SIS). Ook het inschatten van de nood aan extra ondersteuning van de ouder en het gepast omgaan met zorgwekkende opvoedingssituaties en kindermishandeling behoort tot zijn of haar bevoegdheid.

Psychosociale begeleiding en opvoedingsondersteuning blijven de kerncompetenties van de regioteamleden. Zij gaan uit van de vragen en beleving van de ouder om informatie en advies op maat te geven en dit op een wijze die het best bij deze ouder(s) aansluit. Zij leggen de focus op positief ouderschap, de eigen krachten van het gezin, sociale aansluiting van elk gezin op een netwerk of de gemeenschap en preventie van kindermishandeling.

Meer dan in het verleden zullen arts en verpleegkundige en eventueel een gezinsondersteuner als een multi- en pluridisciplinair team samenwerken.

De 'vernieuwde preventieve zorg' is voor alle duidelijkheid geen besparing. Het is juist de bedoeling om binnen het bestaande budget kwalitatiever te werken en vernieuwende vormen van dienstverlening aan te bieden, inspelend op de belevingen en vragen van de jonge ouders. De contactmogelijkheden voor ouders worden hierdoor uitgebreid. Dit bijkomend aanbod wordt bepaald door het consultatiebureauteam met de consultatiebureauarts, de regioverpleegkundige, eventueel gezinsondersteuner en de vrijwilliger.

Ze houden hierbij rekening met de wensen van ouders, bijvoorbeeld via ouderbevraging, met de lokale buurt en de gezondheidsverschillen. Buurten met

veel kansarme gezinnen, met lage vaccinatiegraad, met lage starters voor borstvoeding enzovoort vragen andere methodieken. Ze houden eveneens rekening met de partners en het aanbod van de Huizen van het Kind. Op die manier kan er samengewerkt worden en kan er efficiëntiewinst geboekt worden om de doelstellingen van de preventieve gezinsondersteuning te realiseren.

Voorbeelden hiervan zijn inloopmomenten, contact op 18 maanden, groepswerking, chat en persoonlijk mailverkeer, Facebook, online dienstverlening, telefonische opvolging, praattafels en ontmoetingen en extra huisbezoeken. Doordat er tijd vrijkomt, kan er per consult ook meer tijd uitgetrokken worden om optimaal aan te sluiten bij de ouders. Waar er vroeger theoretisch tien minuten ter beschikking was, wordt dit nu vijftien minuten.

Er wordt ook meer tijd uitgetrokken voor cliëntbespreking en overleg op het lokale niveau, ook door de arts. Er wordt ook via andere acties geïnvesteerd in kwaliteit: het medisch elektronisch dossier wordt overal operationeel en verwijzingen gebeuren rechtstreeks vanuit het dossier met digitale ondersteuning. Er zijn meer mogelijkheden tot cliëntbespreking, overleg en vorming. Voor de ouders worden de wachttijden verminderd. Tijdens het wachten kunnen leuke 'activiteiten' aangeboden worden, waarbij ontmoeting centraal staat. Vrijwilligers nemen een actieve rol op bij het onthaal en stimuleren van deze ontmoetingen.

Het aanbod op de consultatiebureaus vertrekt vanuit het progressief universalisme. Elk consultatiebureau heeft als expliciete doelstelling de maatschappelijk kwetsbare gezinnen te bereiken. Naast de consulten, de inzet van gezinsondersteuners, de bijkomende ondersteuning en dergelijke kan het consultatiebureauteam variëren in de methodieken die ze hiervoor inzetten. Daardoor kan er effectief aangesloten worden bij de leefwereld van kwetsbare gezinnen. Via de samenwerking met andere partners kan een vlotte doorverwijzing gerealiseerd worden. Het bereiken van de doelstellingen met betrekking tot preventie zal door Kind en Gezin worden gemonitord.

Daarvoor wordt een set van indicatoren uitgewerkt die ter beschikking wordt gesteld per consultatiebureau, per Kind en Gezinregio en per provincie van het Vlaamse Gewest. Ik geef enkele voorbeelden. Hoeveel kinderen worden gevaccineerd? Hoeveel kinderen worden verwezen vanwege een afwijkend ontwikkelingsonderzoek? Hoeveel kinderen worden verwezen vanwege groeistoornissen? Hoeveel kinderen krijgen borstvoeding bij de geboorte, op 6 weken, op 3 maanden, op 6 maanden? Waar mogelijk, zullen deze gegevens worden vergeleken met prevalentiecijfers. Bij deze indicatoren zal ook worden ingezoomd op het bereiken van maatschappelijk kwetsbare gezinnen, zodat gerichte acties kunnen worden ondernomen indien noodzakelijk.

Voor elk gezin wordt ook een trajectverantwoordelijke aangeduid. Dit regioteamlid blijft de aanspreekpersoon voor het gezin gedurende heel het traject en zal ook actief de dienstverlening naar het gezin opvolgen. Voor maatschappelijk kwetsbare gezinnen kan deze rol ook door een gezinsondersteuner worden opgenomen. De vernieuwde dienstverlening kan dus verschillen van consultatiebureau, wat een logisch gevolg is van de keuze om in te spelen op de diversiteit aan gezinnen en de lokale noden.

Het is evident dat dit volkomen aansluit bij de ontwikkelingen van de Huizen van het Kind. Dit zijn de lokale informatie- en ondersteuningsplaatsen voor alle aanstaande gezinnen en gezinnen met kinderen voor preventieve gezinsondersteuning. De werking van de consultatiebureaus en de ruimere dienstverlening vormen een essentieel onderdeel van de Huizen van het Kind. Via toegankelijke, gezinsvriendelijke plekken worden ouders wegwijs gemaakt naar het aanbod dat een antwoord kan zijn op hun vragen.

De dienstverlening van Kind en Gezin wordt ingepast binnen dit Huis van het Kind, zodat ook vlot kan worden verwezen naar het aanbod van andere partners en er samen kan worden gezocht naar oplossingen voor specifieke leemten en vragen.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, bedankt voor uw uitvoerig antwoord. Zal de vaccinatie alleen gebeuren via een arts of kan de verpleegkundige daarbij worden ingeschakeld?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dat kan ook via de verpleegkundige, op basis van een order dat door de arts moet worden gegeven.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de prenatale screening – 416 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): De nieuwe test Clarigo werd vorige week voorgesteld. Het is een niet-invasieve, simpele maar robuuste bloedtest in kitformaat. Deze test laat toe reeds vroeg in de zwangerschap aneuploidie op chromosomen 21, 18 en 13 bij de foetus te onderzoeken. Hij detecteert onder meer het syndroom van Down. De test kan al worden uitgevoerd vanaf de achtste week van de zwangerschap en geeft een lager risico op foutieve resultaten dan de huidige screeningstests.

Het onderzoek toonde aan dat op een totaal van 1500 monsters alle 54 stalen die wezen op het syndroom van Down, eruit werden gehaald. Een enkel resultaat was vals positief, maar volgens het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is dat nog altijd veel beter dan de huidige manier van testen. Vorig jaar kregen nog 55 vrouwen in ons land een miskraam, omdat ze een bijkomend invasief onderzoek lieten doen na wat uiteindelijk een vals positieve eerste screening bleek.

De klassieke screening naar het syndroom van Down gebeurt momenteel met de triple-test, of combinatietest, rond 12 weken, die bestaat uit een nekpluimmeting bij de foetus, een bloedafname bij de moeder en de leeftijd van de moeder. Jaarlijks laten 100.000 zwangere vrouwen deze test uitvoeren. De screening biedt geen 100 procent zekerheid, aangezien uit onderzoek blijkt dat in ruim een kwart van de gevallen de chromosoomafwijking niet kon worden vastgesteld. Verder wordt ook 5 tot 10 procent doorverwezen voor verder onderzoek, van wie 95 procent ten onrechte.

Invasieve testen waarbij in de vruchtzak wordt geprikt, zoals een vruchtwaterpunctie, de zogeheten vlokkentest, bieden wel 100 procent zekerheid, maar in 0,5 tot 1 procent van de gevallen doet zich hierbij een ongewenste zwangerschapsafbreking voor. Op honderdduizend vrouwen zijn dat vijftig ongewenste afbrekingen.

Een recente update van de klinische richtlijn uit 2004 over de opvolging van zwangere vrouwen door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) leert dat zowel het KCE als de Wereldgezondheidszorg (WGO) pleiten voor

het demedicaliseren van de zwangerschap. De zwangerschap dient een natuurlijk gegeven te blijven met medische begeleiding en een opvolging van het mentaal welzijn van de moeder. Het KCE raadt elk screeningsonderzoek af dat geen duidelijke voordelen kan bieden en bijkomende testen met extra risico's als gevolg heeft. Verder lees ik ook dat de procedure voor staalafname zal worden geoptimaliseerd. Rekening houdend met deze gegevens heb ik volgende vragen. Minister, hoe staat u tegenover de visie van het KCE en de WGO wat de demedicalisering van de zwangerschap betreft? Zult u de strategie aanpassen op basis van de resultaten van deze nieuwe Clarigo-test naar het opsporen van aangeboren aandoeningen? Denkt u dat de nieuwe test de procedure voor de staalafname kan optimaliseren? Zult u verder onderzoek vragen naar eventuele gezondheidswinst en kosteneffectiviteit door deze nieuwe manier van screening?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Uiteraard delen wij het standpunt van het KCE en de WGO: aan vrouwen, bij wie men verwacht dat de zwangerschap normaal zal verlopen, worden screeningsonderzoeken die niet duidelijk meer voor- dan nadelen bieden voor moeder en kind, het best afgeraden. Dit is tevens onze algemene visie inzake bevolkingsonderzoeken. De belangrijkste reden hiervoor is dat een screeningsinstrument nooit 100 procent nauwkeurig is. Bij een vals negatief resultaat stelt men ten onrechte gerust, bij een vals positief resultaat veroorzaakt men onnodige ongerustheid en start men een reeks bijkomende testen om het afwijkend resultaat te bevestigen of te weerleggen. Behandelingen kunnen zelf ook risico's inhouden.

Het is daarom essentieel om, in het geval van prenatale screening, toekomstige ouders goed te informeren over de onderzoeken die worden voorgesteld. Op die manier kunnen ze de voor- en nadelen met kennis van zaken tegen elkaar afwegen vooraleer ze een beslissing nemen die een grote impact kan hebben op het verder verloop van de zwangerschap.

Dit geldt ook voor genetische screeningstesten zoals de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT). Het KCE beveelt voor NIPT logischerwijze genetische counseling aan bij elke stap, als voorwaarde voor een geïnformeerde beslissing.

De invoering van NIPT of andere genetische testen mag niet alleen worden gestuurd door wetenschappelijke en economische overwegingen. Aan een prenatale screening, al dan niet via invasieve testen, zijn ook een aantal ethische consequenties verbonden. Het is noodzakelijk om een breed maatschappelijk debat te voeren over de gevolgen van het invoeren of aanbieden van genetische testen in het algemeen.

Vanuit diezelfde visie op screenen en bevolkingsonderzoek, en de hierboven aangehaalde argumenten, zijn wij eerder terughoudend als demedicalisering ook zou betekenen dat zwangere vrouwen worden overgelaten aan een aanbod van genetische screeningstesten op de markt, zonder degelijke informatie of counseling.

Bovendien heeft de NIPT momenteel nog steeds een belangrijke kostprijs en is er momenteel niet in terugbetaling voorzien. Wij hebben wel begrepen dat hieraan op het federale niveau wordt gewerkt.

Het opsporen van de aangeboren aandoeningen gebeurt momenteel op bloed bij de pasgeborene. De Clarigo-test, die drie chromosomale afwijkingen opspoort, kan de huidige neonatale screening, die voornamelijk screent naar stofwisselingsziekten en metabole aandoeningen, niet vervangen.

In het algemeen stelt zowel de Hoge Gezondheidsraad als het KCE dat de introductie van niet-invasieve prenatale testen een antwoord moet kunnen bieden op de tekorten in de huidige prenatale screening voor trisomie 21 en de efficiëntie

ervan moet kunnen verhogen. De NIPT moet verhinderen dat een groot aantal vrouwen bij wie de huidige screeningstest een foutpositief resultaat heeft opgeleverd, een vruchtwaterpunctie ondergaan. De niet-invasieve procedure zou de prenatale screening moeten verbeteren en veilig maken door het aantal invasieve testen te verminderen.

De NIPT moet ook een verbetering brengen in het groot aantal gevallen trisomie 21 die op basis van de huidige screening worden gemist. Op basis van Clarigo wordt in een bloedstaal van de moeder foetaal vrij circulerend DNA geïsoleerd. Die test kijkt enkel naar bepaalde chromosomen, in dit geval naar 13, 18, 21 en facultatief X en Y. Technisch gezien is de staalafname identiek aan de staalafname voor de NIPT die sinds 2014 in de centra voor menselijke erfelijkheidsleer wordt uitgevoerd.

De NIPT die de genetische centra momenteel hanteren, kijkt naar alle chromosomen. Dat biedt een voordeel omdat foetale afwijkingen ook door andere micro-deleties/duplicaties kunnen worden veroorzaakt. Maar met het opsporen van trisomie 21 als finaliteit, is dat geen relevant verschil met Clarigo. Dat laatste biedt met andere woorden voor de praktijk van de genetische centra geen specifieke verbetering. Bovendien biedt het ook geen financieel voordeel.

De mededeling in de pers over de kostprijs betrof uitsluitend de testkit. De analysekost en de personeels- en onderhoudskosten zijn niet inbegrepen. De uiteindelijke prijs voor het toepassen hiervan zou niet voordeliger zijn dan de totale kost voor de NIPT die de genetische centra vandaag toepassen.

Die aspecten werden in 2014 al onderzocht door het KCE. We denken niet dat bijkomend onderzoek nodig is.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Minister, ik kan daar niets aan toevoegen. Ik dank u.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, het is zeker terecht om de zwangerschap te demedicaliseren. We moeten daarin echter ook niet overdrijven. Het is in het belang van moeder en kind om een zwangerschap ook medisch op te volgen. Ik hoop dat we de slinger van de besluitvorming niet helemaal naar de andere kant zullen laten doorslaan.

Wat de test betreft, was de studie van het KCE duidelijk: de test voorkomt heel veel invasieve onderzoeken – vruchtwaterpunctie of vlokkentest – en ze mist minder kinderen met Down. NIPT als vervanging van de huidige screeningsprocedure – echo plus het bloedonderzoek – zou zeer goed zijn, maar het KCE stelt duidelijk dat de test hiervoor vandaag te duur is, namelijk 460 euro. Daarom stelt het KCE voor om de NIPT toe te passen na echo en bloedonderzoek van de moeder, zodat de test wordt beperkt tot de risicogroepen.

Het voordeel van de test is dat het aantal invasieve testen op deze wijze kan worden beperkt. De echo en het bloedonderzoek blijven sowieso behouden, omdat ze ook andere aandoeningen dan het syndroom van Down opsporen. Zoals ik van u vernam, zal uw federale collega daarvan volgend jaar werk maken.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik wil mevrouw Croo bedanken voor de interessante vraag.

Ik was onlangs op de opendeurdag van het Centrum voor Menselijke Erfelijkheid in Leuven, dat samen met het Centrum voor Medische Genetica Gent aan de wereldtop staat. Vanuit die centra komt de waarschuwing dat zij wel voor een

zekere marktwerking zijn, maar dat het verspreiden van die testen wel eens zou kunnen leiden tot problemen met de privacy. In feite kan die NIPT in de toekomst wellicht het hele genoom voor een lage prijs in kaart brengen. De professoren van de centra voor menselijke erfelijkheid pleiten ervoor om – zonder politie-agent te spelen – toch de nodige veiligheidsborgen in te bouwen. U zou kunnen zeggen dat dat voornamelijk een federale materie is, maar in Vlaanderen zijn er twee wereldtoppers. Kunt u dat de komende jaren mee in de scope nemen om te bekijken hoe we vanuit de overheid een aantal borgen kunnen inbouwen?

Ik wil graag de vergelijking maken met 'mHealth' en de 'wearables', waarbij privé-spelers op de markt komen. Die marktwerking is goed om de prijs van bepaalde producten te drukken. Die testen zullen alsmaar goedkoper worden. Kan er een minimum aan toezicht worden gehouden zodat die gegevens niet vrij worden verspreid?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Mocht er in de commissie tijd en belangstelling zijn, verdient het laatste wat u aanhaalt het alleszins om daarover een grondige reflectie te organiseren. Als er één zaak is waarover wij ons de volgende jaren met betrekking tot de organisatie van de zorg serieus moeten buigen, is het dit soort fenomeen.

Onlangs was onze administratie uitgenodigd in Silicon Valley. Daar werden we in contact gebracht met het Amerikaanse bedrijf 23andMe. Ze hebben ons getoond hoe je voor ongeveer 160 euro een hele analyse van je DNA kunt krijgen, met alle prognoses over alzheimer, parkinson en bepaalde kankers. Verder wordt ook je gevoeligheid voor bepaalde verslavingsrisico's aangetoond. Mocht je een heel turbulent leven leiden, kun je ook te weten komen of je nog nazaten hebt waarvan je het bestaan niet hebt vermoed. Tot slot kun je nog vernemen uit welke regio je honderden jaren geleden afkomstig was.

Ik heb toen onthouden dat, als je die aanvraag vanuit België opstuurt, je enkel informatie krijgt over je verre voorvaders en dat andere informatie je niet mag worden gegeven. In het Verenigd Koninkrijk hebben ze echter al een CE-label (Conformité Européene). Ook in Nederland mag die informatie worden gegeven. Het is goedgekeurd door de Food and Drug Administration (FDA) in Amerika. Het is dus geen rommel, maar wetenschappelijk gefundeerd.

De ethische vragen die dan ontstaan, zijn ontelbaar. Het zou bijzonder naïef zijn te denken dat wij daarover niet moeten nadenken. Ik ben het dus helemaal met u eens. Een stuk van die regelgeving zal zich natuurlijk moeten ontwikkelen op een hoog niveau. Gelet op de huidige globalisering is dat allemaal maar virtueel. Ik woon in Genk. Als ik wil, kan ik zo'n analyse bestellen in Engeland. Dat is geen enkel probleem. In Engeland heeft men een wetgeving aangenomen waardoor die test niet verplicht kan worden gemaakt op het moment dat je een verzekeringsovereenkomst afsluit. Dat is al heel belangrijk. Ik ben het dus helemaal met u eens.

Bart Van Malderen (sp.a): Als slotbedenking wil ik daar nog kort aan toevoegen dat uw laatste zin zeker in de lijn ligt van wat mevrouw Saeys zegt. De grote vraag draait rond de toegankelijkheid. In de toekomst zullen er nieuwe tests beschikbaar zijn, maar wat zal de kostprijs daarvan zijn en hoe gaan we ervoor zorgen dat iedereen daar toegang toe heeft? Er moet ook afgewogen worden in welke mate er sprake is van overconsumptie, als je kijkt naar het aantal tests dat afgenomen wordt en het aantal gevallen dat gedetecteerd wordt. Dat debat moeten we op een andere keer voeren. Mevrouw Croo, we kunnen concluderen dat uw interessante vraag heel wat andere vragen heeft opgeroepen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het ingaan van de nieuwe tarieven voor kinderopvang vanaf 1 januari 2016 – 431 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Op 1 mei 2015 werden de nieuwe tarieven in de voorschoolse kinderopvang van kracht, en dit voor ouders die nieuwe attesten inkomenstarief of een herberekening van het tarief aanvragen. Vanaf 1 januari 2016 geldt de nieuwe regelgeving voor alle ouders met een attest inkomens-tarief. Zowel voor de ouders, als voor de organisatoren kinderopvang en voor de OCMW-besturen zal deze nieuwe tariefregelgeving onvermijdelijk extra inspan-ningen vragen.

Ouders die een attest aanvroegen vanaf 1 mei 2015 krijgen automatisch een geïndexeerd attest dat geldig is vanaf 1 januari 2016. Ook ouders met pleegkinderen krijgen automatisch een geïndexeerd attest. Deze ouders moeten niets meer doen dan het geïndexeerde attest bezorgen aan de opvang, en dit ten laatste voor de start van de facturatie van januari 2016. Wie voor 1 mei 2015 een attest aanvroeg, moet wel zelf een herberekening doen via Mijn Kind en Gezin. Dat kan vanaf 1 november 2015.

Een aantal ouders zullen door de herberekening een ander tarief moeten betalen, omdat de berekening gebeurt op basis van recentere inkomensgegevens, omdat de nieuwe berekening rekening houdt met het recht op een korting voor kinderen ten laste tot en met het jaar waarin ze 12 jaar zijn geworden, omdat het minimumtarief stijgt of omdat het herrekende tarief wordt geïndexeerd. Ouders die het tarief niet kunnen betalen, kunnen via het OCMW een individueel tarief aanvragen.

Minister, in antwoord op mijn vraag om uitleg van 28 april 2015 zei u dat werk werd gemaakt van een toepassing waarbij een OCMW via een eigen toegang tot de berekeningsmodule voor het inkomenstarief op de website van Kind en Gezin, ook zelf rechtstreeks het toegekende OCMW-tarief voor een bepaald kind kan inputten en het attest inkomenstarief kan aanmaken. In antwoord op mijn schriftelijke vraag nr. 673 van 26 mei 2015 zei u dat bepaalde OCMW's een eigen leidraad opmaakten om de aanvragen met betrekking tot het tarief kinderopvang te beoordelen.

Hoe verloopt de communicatie met betrekking tot de nieuwe attesten naar de ouders die gebruikmaken van kinderopvang met een inkomensgerelateerd tarief? Hoeveel ouders moeten tussen 1 november 2015 en 1 januari 2016 een nieuw attest aanvragen? Wat zullen de gevolgen zijn voor die ouders die voor 1 januari 2016 nog geen herberekening hebben aangevraagd en/of die niet hebben bezorgd aan de opvang? Wat is de stand van zaken met betrekking tot de ontwikkeling van de webtoepassing voor de OCMW's om rechtstreeks toegang te krijgen tot de berekeningsmodule voor het inkomenstarief?

Hoewel niet elke individuele casus in een afstemmingskader te vatten is, is het toch van belang dat mensen die zich in eenzelfde situatie bevinden op eenzelfde manier worden beoordeeld. Zult u de OCMW's opnieuw aanmoedigen om een gemeenschap-pelijke leidraad op te maken voor de beoordelingen van de aanvragen voor een afwijkend tarief kinderopvang? Worden hierover nog gesprekken gevoerd met de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VMSG)?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Alle ouders die voor één of meerdere kinderen een attest inkomenstarief hebben, kregen op 9 november een gepersonaliseerde e-mail of brief met meer informatie over wat er van hen verwacht wordt inzake de herberekening of automatische indexering van hun attesten inkomenstarief. De informatie werd opgesplitst per doelgroep. Ouders met een huidig tarief van 5 euro of hoger en berekend voor 1 mei 2015 wordt gevraagd om een nieuw attest inkomenstarief aan te vragen, eventueel met ondersteuning van de organisator kinderopvang. Ouders met een huidig tarief lager dan 5 euro en berekend voor 1 mei 2015 wordt eveneens gevraagd om een nieuw attest inkomenstarief aan te vragen, eventueel met ondersteuning van de organisator kinderopvang.

De verstuurde informatie naar deze doelgroep werd uitgebreid met informatie over de mogelijkheden voor een individueel verminderd tarief. De organisatoren werden op 26 oktober via een snelinfo geïnformeerd over de communicatie naar ouders toe. Op die manier weet een organisator welke informatie de ouder heeft ontvangen.

Ook ander materiaal zoals flyers, affiches en filmpjes worden via de website ter beschikking gesteld. Op diezelfde website krijgt men, als men naar de rubriek kinderopvang gaat, dadelijk een link naar de info over de attesten inkomens-tarieven 2016 met doorklikmogelijkheden voor meer informatie zowel voor de ouders als voor de organisatoren.

Kind en Gezin raamt dat er 80.000 attesten inkomenstarief moeten worden herberekend. Daarnaast zijn er 40.000 attesten die gewoon geïndexeerd worden, omdat ze na 1 mei 2015 werden aangemaakt of omdat ze een attest pleegkind of een individueel verminderd tarief hebben. Eind oktober hebben de organisatoren lijsten ontvangen met een overzicht voor welke kinderen een nieuw attest inkomenstarief voor 2016 moet worden aangevraagd en voor welke kinderen de ouders automatisch een geïndexeerd attest krijgen toegestuurd in december. Op deze manier kan de organisator de ouder individueel aanspreken over de noodzaak tot herberekening en de ouder ondersteunen om te komen tot een attest inkomenstarief voor 2016.

Begin januari 2016 ontvangen de organisatoren een update van deze lijsten zodat ze kunnen nagaan welke ouders zich nog niet in orde hebben gesteld. Deze ouders kunnen dan opnieuw aangesproken worden om zich alsnog in orde te stellen eventueel met hulp van de organisator. Als zou blijken dat een ouder geen attest inkomenstarief voor 2016 aanvraagt terwijl dit wel noodzakelijk is ondanks de inspanningen van Kind en Gezin en de organisator, kan de organisator een attest inkomenstarief met maximaal tarief aanmaken. Hierdoor kan de organisator blijvend subsidies ontvangen voor de door hem of haar opgevangen kinderen. Als de ouders alsnog beslissen om een attest inkomenstarief aan te vragen op basis van het inkomen na de aanmaak van het attest inkomenstarief met maximaal tarief, kan dit altijd, maar niet met terugwerking.

Binnen Kind en Gezin wordt voorbereid dat OCMW's de mogelijkheid krijgen om toegang te hebben tot stap 3 van de nieuwe werkwijze, zoals dit nu al mogelijk is voor organisatoren kinderopvang. Dit betekent dat naast de organisator ook het OCMW in de onlinemodule voor ouders zonder eID en van wie dan geen digitale gegevens over inkomen en gezinssamenstelling beschikbaar zijn, zelf een attest kan aanmaken op basis van wel beschikbare informatie. De communicatie hierover wordt in samenspraak met de VVSG voorbereid. In afwachting hiervan beschikken OCMW's nu al over de mogelijkheid om ouders, die beschikken over een eID of een federaal token, bij te staan bij de aanmaak van een attest inkomenstarief.

Het specifieke OCMW-tarief is bedoeld voor specifieke casussen die niet gevat zijn in de andere categorieën van het individueel verminderd tarief. Zoals eerder

geantwoord, werd er binnen de stuurgroep sociale diensten van de VVSG geen overeenstemming gevonden tussen de verschillende OCMW's om te komen tot een leidraad, aangezien het steeds gaat om zeer specifieke individuele situaties die leiden tot het toekennen van het OCMW-tarief.

In het kader van de herberekening en indexering voor het jaar 2016 heeft er vorige week een overleg plaatsgevonden tussen mijn kabinet, Kind en Gezin en de VVSG. De problematiek over de leidraad met betrekking tot het onderzoek over de toekenning van het OCMW-tarief werd hier aangehaald en besproken. Er werden afspraken gemaakt om het instrument en de bijbehorende handleiding die door een werkgroep van de Brusselse vzw Samenwerken aan Kinderopvang werd ontwikkeld, ter beschikking te stellen aan de Vlaamse OCMW's. Mits enkele kleine aanpassingen kan dit instrument een belangrijke meerwaarde bieden voor toepassing in Vlaanderen. Het kan toelaten de aanvraag van OCMW-tarief bij alle Vlaamse OCMW's te faciliteren, door middel van samenwerking met opvanglocaties, in eerste instantie deze met subsidietrapp 3. We willen aldus streven naar een kortere doorlooptijd voor de ouders in kwestie en het verminderen van de onderzoeklast voor de OCMW's. Deze methode is complementair aan wat door de OCMW's reeds ontwikkelden. Gisteren op de stuurgroep sociale diensten OCMW's werd deze methode voorgesteld door VVSG en Kind en Gezin. Er werd een grote bereidheid ervaren bij de maatschappelijk werkers om met de methode aan de slag te gaan, maar het blijft de bevoegdheid van het OCMW om te beslissen of men al of niet met de methode aan de slag zal gaan.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, ik dank u voor dit uitgebreid antwoord. Als u zegt dat er 80.000 attesten moeten worden herberekend, vind ik dat geen sinecure. Er is dan toch wel heel veel werk verzet door Kind en Gezin om al die ouders en organisatoren daarover gericht te informeren en daar een goede communicatie mee op te zetten. Mijn vraag was eind oktober al ingediend omdat ik bekommerd was voor die volgende twee maanden.

Ondertussen ik heb geen klachten opgevangen. Ik neem dus aan dat de communicatie goed is verlopen. Dat neemt niet weg dat het kan dat een aantal mensen achterop lopen. U stelt nu in het vooruitzicht om hen opnieuw aan te schrijven om hen aan te sporen alsnog een attest aan te vragen. Het is belangrijk dat dit vacuüm wordt weggewerkt, want dat zou ook voor de organisator onzekerheid kunnen meebrengen.

Met betrekking tot de OCMW's is niet elke casus via een algemeen kader aan te pakken. Ik betreur het wel dat u zei dat er geen overeenstemming is gevonden. Nadien is dat gecorrigeerd met de mededeling dat er wordt voortgewerkt aan een leidraad ten behoeve van alle maatschappelijke assistenten van de OCMW's. Het dossier evolueert dus in de goede richting.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Ik heb twee vragen. In de afgelopen periode doken er problemen op voor ouders die niet in het normale schema thuishoren. Hoe verloopt de aanvraag deze keer? Wat vangt Kind en Gezin op? En vangt u signalen op dat men OCMW's vaak vraagt om de korting toe te kennen?

Bart Van Malderen (sp.a): Ik heb twee vragen. U kent ons standpunt over deze tariefverhoging. Ik denk dat die buitensporig is, zeker in het licht van de middelen die naar het uitbreidingsbeleid inzake kinderopvang gaan. We zijn erg bezorgd over de toegankelijkheid van de kinderopvang. Van bij de aanvang betreurden we dat er geen armoedetoets voor deze maatregel is gebeurd. Er zijn sociale correcties ingevoerd. Maar men zou toch in de eerste plaats moeten

screenen wat de impact is van deze maatregel op kwetsbare groepen. Een initiatiefnemer kan alsnog inschrijven. Maar de pedagogische rol van de kinderopvang is belangrijk, en dat is die ook voor de toegang van de ouders tot de arbeidsmarkt. U hebt die armoedetoets niet uitgevoerd, maar vandaag moet het toch mogelijk zijn om alsnog na te gaan wat het effect is voor de meest kwetsbare groepen.

De maatregel brengt met zich mee dat we een stapje verder zijn verwijderd van de automatische toekenning van rechten. Elk OCMW zal zelf oordelen, ondanks alle inspanningen om te stroomlijnen. Ik wil u daarom vragen om ten minste alle OCMW's te wijzen op de afgesproken leidraad. U kunt dat niet afdwingen, maar er mag toch worden gewezen op het belang van een zo uniform mogelijke aanpak. Dat zal ons ook helpen om in te schatten hoe het werkveld zelf op de zaak heeft gereageerd.

Minister Jo Vandeuren: Ik realiseer me heel goed dat het om een omvangrijke operatie gaat. Ik denk dat Kind en Gezin dat zo goed mogelijk heeft voorbereid. We hebben natuurlijk geleerd uit de vorige operatie, die misschien nog wat groter was. Een van die lessen is wel dat we een cascade moeten installeren, zodat mensen die het moeilijk hebben om online de zaken aan te pakken, toch worden bereikt. Daarom is voorzien in de mogelijkheden om naar het loket te gaan of om naar de centrale lijn van Kind en Gezin te bellen.

Mijnheer Van Malderen, we zullen voor de monitoring zorgen. Dat zal niet al vanaf 1 januari informatie opleveren. Het is juist dat de OCMW's een belangrijke rol krijgen. Dat brengt risico's met zich mee, maar biedt ook mogelijkheden. Het biedt de kans om na te gaan of kinderopvang nog een plaats heeft in een totaalbenadering. Kind en Gezin heeft met de verschillende actoren van de VVSG over de zaak gesproken – met de leiding van de VVSG en de werkgroep van de sociale diensten. De top van Kind en Gezin en ikzelf waren nogal gecharmeerd over de manier waarop de Brusselse kinderopvanginitiatieven daarmee aan de slag gaan. Ze beslissen zelf over het al dan niet toekennen van het verlaagd tarief, want er is geen OCMW dat het daar voor hen doet. Ze hebben zelf een schema uitgewerkt waarmee de gezinssituatie en het inkomen worden geëvalueerd. De VVSG heeft dat schema bekeken en aan de sociale diensten voorgelegd.

Mijn beperkte contacten leren me dat veel OCMW's proactief te werk gaan. In de centrumsteden is men met de sector aan tafel gaan zitten om na te gaan hoe men proactief zou kunnen optreden. Dat is een verstandige manier van werken, die we de VVSG overigens ook hebben aangeraden. De VVSG heeft ons voorgesteld om samen met ons die aanpak onder de lokale besturen te promoten.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over kinderen en jongeren die via sociale media geconfronteerd worden met ongepast seksueel gedrag – 462 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, sociale media zijn tegenwoordig niet meer weg te denken uit onze samenleving. Voor pubers zijn ze vaak een wezenlijk onderdeel van hun sociaal leven. Het is het middel bij uitstek om met elkaar te communiceren. Wie geen Facebook-, Snapchat- of Instagram-account heeft, speelt haast niet mee en is uitgesloten van een hele peergroep.

Wie iets post op het internet – een foto, een commentaar – mag daar geheide reactie op verwachten. En daar loopt het wel eens ernstig mis. Uit een enquête van de Universiteit Antwerpen bij ongeveer duizend scholieren tussen 12 en 18 jaar blijkt dat een derde van de Vlaamse meisjes het afgelopen halfjaar via sociale media minstens één keer een ongewenste opmerking over haar uiterlijk, haar lichaam of haar seksualiteit kreeg gepresenteerd. Soms gaat het nog verder dan ongepaste en seksueel getinte commentaren. Bij 7,5 procent ging een seksueel getinte vraag gepaard met een dreigement. Tienerjongens daarentegen krijgen veel minder te maken met dergelijke situaties. Toch werd ook 11 procent van hen al geconfronteerd met homofobe commentaren.

Voor deze jonge gebruikers van de social media is een woord snel getypt en even snel gelezen – veel sneller dan wij dat kunnen. De impact van dergelijke commentaren mag echter niet worden onderschat, in het bijzonder wanneer jongeren er herhaaldelijk mee geconfronteerd worden of wanneer een bericht een heel eigen leven gaat leiden via een medium waar ontzettend veel ogen meekijken.

De onderzoekers raden aan om ongewenste commentaren snel te verwijderen en de dader te blokkeren, maar ook om aanhoudend ongewenst gedrag van social-mediagebruikers te rapporteren. Helaas blijft dat laatste vaak zonder gevolg. De social media zelf, zoals onder meer Facebook, blijken vaak niet te reageren op de meldingen. Voor ouders die vragen hebben over het gebruik van social media door hun jonge kinderen, is er onder meer de Opvoedingslijn, die een klankbord en informatiekanaal wil zijn. Maar wat met de kinderen zelf die met seksueel getinte opmerkingen te maken krijgen?

Minister, zult u initiatieven nemen om de social media ertoe aan te zetten accurater te reageren op meldingen van jonge gebruikers aangaande ongepaste en seksueel getinte commentaren? Zult u initiatieven nemen om tieners te sensibiliseren melding te durven maken van anderen die ongepaste en seksueel getinte commentaren posten? Hoe kan zo'n melding gestandaardiseerd verlopen? Het Vlaams Plan Jeugd- en Kinderrechten onderstreept het belang van vertrouwenspersonen. Hoe kunnen vertrouwenspersoon in dezen een rol spelen en hoe kan een betere bekendmaking worden georganiseerd?

Via een meldpunt kunnen slachtoffers meer informatie krijgen en naar hulp worden geleid. Bovendien biedt een meldpunt het voordeel dat via registratie cijfers worden verkregen die nadien het beleid tot hulp kunnen zijn. Kan het meldpunt 1712 hier een rol spelen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De preventie en aanpak van fysiek, psychisch en seksueel geweld op minderjarigen vraagt een breed engagement, waarin zowel aandacht gaat naar kwaliteitsbevordering, sensibilisering en preventie als naar een adequaat en gepast reactiebeleid. We kiezen met de Vlaamse Regering dan ook resoluut voor een beleidsdomeinoverschrijdende aanpak en hernieuwen en versterken de doelgerichte samenwerking tussen de beleidsdomeinen Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Onderwijs, Jeugd en Sport.

Sinds de mededeling aan de Vlaamse Regering van 23 september 2011 door de toenmalige Vlaamse ministers bevoegd voor het welzijn, de volksgezondheid en het gezin, het onderwijs, de jeugd en de sport en sinds de ondertekening van de engagementsverklaring ter bescherming van de seksuele integriteit van de minderjarige door de betrokken sectoren op 29 februari 2012 in het Vlaams Parlement, werden reeds heel wat belangrijke stappen gezet in de preventie en aanpak van seksueel geweld. Dat geldt ook voor de preventie en geïntegreerde aanpak van pesten en cyberpesten.

Sinds de mededeling van 6 maart 2015 van de Vlaamse minister van Onderwijs aan de Vlaamse Regering, werden reeds heel wat acties opgezet. Concreet ondernemen we volgende acties ter bevordering en bescherming van de integriteit van minderjarigen in de jeugdhulp en de kinderopvang, het onderwijs, de jeugd- en de sportsector. We gaan na hoe we de communicatie naar minderjarigen kunnen versterken. Dat gebeurt in ieder geval in het kader van het kindvriendelijk maken van het meldpunt 1712, het uitbreiden naar een chatsysteem en de jaarlijkse sensibiliseringscampagne van de chatbox www.nupraatikerover.be. Daarnaast gaan we bekijken hoe we de bestaande telefonische eerstelijns hulpverlening kunnen uitbreiden met een chatsysteem. We zetten verder in op een doeltreffend jeugdinformatiebeleid, met de nadruk op kwaliteitsvolle informatie. Op basis van het decreet Jeugd- en Kinderrechtenbeleid van 2012 speelt De Ambassade daarbij een centrale rol, dit in samenwerking met jeugd- en kinderrechtenorganisaties en andere actoren uit het veld.

We maken met de jongerengids opnieuw werk van een generalistisch en vernieuwd informatieaanbod op papier op maat van alle kinderen van 11-12 jaar en van een online versie voor 12-plussers.

We maken ook werk van up-to-date informatiefolders en bieden via www.jongerengids.be antwoorden op maat van vragen van jongeren. Voorts voorziet de website <http://jeugdinformatie.be> in een informatief en educatief aanbod gericht op kinderen en jongeren.

We bekijken ook of het jeugdinformatiebeleid nog doeltreffender kan via de realisatie van een communicatieplatform voor kinderen en jongeren.

In samenwerking met jeugd- en kinderrechtenorganisaties organiseren we verder acties die gericht zijn op het informeren en vormen van kinderen en jongeren over hun rechten. Daarbij zal specifiek aandacht gaan naar de context van pesten en cyberpesten, relaties en seksuele vorming.

We ondersteunen de Week tegen Pesten, georganiseerd door het Vlaams Netwerk Kies Kleur tegen Pesten. Dat gebeurt onder meer via subsidiëring van dit initiatief door het beleidsdomein Onderwijs en het beleidsveld Jeugd.

Met de hele sportsector worden in 2016 met de lancering van 'Time-Out tegen pesten' acties en initiatieven genomen om te werken aan een kwaliteits-, preventie- en reactiebeleid rond pesten in de sport.

We zetten verder in op sensibiliseringsacties met betrekking tot andere vormen van grensoverschrijdend gedrag via de in de verschillende domeinen en sectoren aanwezige communicatiekanalen.

Daarnaast heeft het Vlaamse Kenniscentrum voor Mediawijsheid een dossier over cyberpesten met advies voor slachtoffers, ouders van slachtoffers, scholen en leerkrachten. In het AMiCA project (Automatic Monitoring for Cyberspace Applications) wil het Vlaamse Kenniscentrum voor Mediawijsheid mogelijk bedreigende situaties op sociale netwerken automatisch herkennen door middel van tekst- en beeldanalyse.

Het doel is onder meer het waarborgen van de online veiligheid van kinderen. Drie kritieke situaties staan centraal in het onderzoek, namelijk cyberpesten, seksueel overschrijdend gedrag en depressie en zelfmoordneiging.

In de eerste plaats is het belangrijk dat jongeren met een van hun naaste vrienden over hun problemen kunnen spreken. Daarnaast is het ook belangrijk dat ze één of meerdere volwassenen inlichten over de cyberpesterijen. Dankzij hun tussenkomst kan een eerste stap gezet worden om het online pesten te stoppen.

De website 1712, waarvan de lancering begin 2016 gepland is, licht verschillende thema's van geweld toe en sensibiliseert volwassenen, kinderen en jongeren over bepaalde vormen van geweld. Alhoewel de kindvriendelijke website 1712 bij de lancering in 2016 geweld via sociale media geen prominente rol toebedeelt, kan dit op een later tijdstip, binnen een specifieke campagne wel overwogen worden.

In de Kadernota Integrale Veiligheid, waaraan de gemeenschappen en gewesten meewerken en die momenteel in redactie is, wordt seksueel misbruik ten aanzien van minderjarigen opgenomen als een prioriteit, waarbij onder meer bijzondere aandacht wordt besteed aan de nieuwe communicatiemiddelen en het internet als facilitator van het misdrijf.

De vertrouwenspersoon waarover sprake in het Vlaams Plan Jeugd- en Kinderrechten gaat over de vertrouwenspersoon ten aanzien van minderjarigen in de jeugdhulp. Om minderjarigen bij te staan in de uitoefening van hun rechten werd onder andere in het recht op bijstand van een vertrouwenspersoon voorzien in het Decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp, het zogenaamde DRM. Het DRM bepaalt onder andere dat elke minderjarige, dus ook een onbekwame, het recht heeft om zich in alle contacten met de jeugdhulpaanbieders, de intersectorale toegangspoort en het ondersteuningscentrum Jeugdzorg, én in de uitoefening van zijn rechten opgesomd in het DRM te laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. Deze vertrouwenspersonen spelen dus een belangrijke rol in de hulpverlening van minderjarigen maar daarom niet per se in de algemene opvoeding van minderjarigen. De bekendmaking over de vertrouwenspersoon zal zich in de nabije toekomst eerder richten op het bekendmaken van het recht op een vertrouwenspersoon omdat slechts weinig minderjarigen zich bewust zijn van dit recht.

Begin 2016 wordt er een kindvriendelijke website 1712 gelanceerd. Deze kindvriendelijke website, bestaande uit een website voor kinderen en een website voor jongeren, besteedt aandacht aan de verschillende vormen van geweld en maakt kinderen en jongeren ook bewust dat bepaalde zaken waar ze mee geconfronteerd worden, ook onder de noemer geweld vallen.

Kinderen en jongeren krijgen op de website informatie aangereikt, maar worden ook met aandrang gevraagd contact te nemen met 1712, meer concreet om geweld ook effectief te gaan 'melden' bij 1712. De hulplijn 1712 neemt echter niet het proactieve aspect op zich, ze is er voor elke burger die vragen heeft over geweld. De kindvriendelijke website gaat wel iets verder in het sensibiliseren voor bepaalde vormen van geweld, bijvoorbeeld pesten is ook geweld. Momenteel kan prevalentie van geweld via de sociale media niet uit de registratie 1712 gehaald worden omdat het te specifiek is als categorie.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): De engagementsverklaring van 2012 was domeinoverschrijdend en heeft heel wat in beweging gezet. We hebben dat trouwens toen hier heel uitvoerig besproken.

Minister, u somt een hele resem initiatieven op die ook recent werden genomen en die specifiek focussen op de sociale media. Men kan een beleid voeren rond geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar alles evolueert. We kunnen de toestand vandaag niet vergelijken met wat vijf jaar geleden gangbaar was op de sociale media.

Ik denk dat het nodig is dat we onze jongeren daarvoor wapenen en hen tools aanreiken waarmee ze niet alleen kunnen voorkomen, maar waar ze eveneens terecht kunnen als ze te maken krijgen met grensoverschrijdende meldingen of voorstellen via sociale media.

U focust op het kindvriendelijk maken van het meldpunt 1712. Daar is men weliswaar al langer mee bezig. Het stemt me alleszins tevreden te vernemen dat een kindvriendelijke website begin 2016 zal worden gelanceerd, maar welk gevolg zal worden gegeven aan de meldingen?

Ik herhaal dan ook mijn vraag wat Vlaanderen kan doen met betrekking tot de sociale media zelf. Zij reageren vaak niet en dan blijven jongeren een mogelijk slachtoffer van pesterijen via sociale media.

We maken de jongeren wel sterker en vertellen hen waar ze terecht kunnen, maar eigenlijk zouden we pesterijen onmogelijk moeten maken. Ik ben echter realistisch en besef ten volle dat dit niet kan. Dat neemt niet weg dat we er wel voor kunnen zorgen dat de providers zelf accurater reageren.

De voorzitter: Mevrouw Segers heeft het woord.

Katia Segers (sp.a): We leven allen, zowel jongeren als volwassenen, in een mediawereld. Daarom hebben we allen meer dan ooit nood aan mediawijsheid. Het stemt me dan ook tevreden dat werd verwezen naar het Vlaams Kenniscentrum voor Mediawijsheid en Mediawijs.be.

De problematiek is pertinent en reëel, hoewel België een gemiddeld risicoland is met betrekking tot risico's die kinderen online lopen. 37 tot 38 procent van de Vlaamse jongeren hebben het voorbije jaar al een van de zeven internetrisico's gelopen.

De problematiek wordt trouwens dringender, in die zin dat kinderen alsmaar meer mobiel online gaan in de beslotenheid van hun kamer. Vroeger stond de computer in de huiskamer, maar nu gaan ze privé op hun kamer op het net.

De overheid moet de mediawijsheid hoog in het vaandel dragen. Het stemt me dan ook tevreden dat minister Gatz hiervan, in navolging van zijn voorganger minister Lieten, een prioriteit maakt.

Mediawijsheid vormt een gedeelde verantwoordelijkheid. Denk maar aan de rol van de ouders, de scholen, het middenveld en zelfs de industrie, waar collega Schryvers heel terecht naar verwijst. Vooral de industrie blijft immers achterop, hoewel die ook te sensibiliseren is. Snapchat bijvoorbeeld heeft nu een tooling die waarschuwt wanneer een screenshot wordt genomen van een foto. Men kan de industrie dus wel laten meewerken, maar daar moet men hard voor werken.

Het idee van een meldpunt ben ik al langer genegen. Ik vrees dat de website 1712 te groot en te veel zal zijn en dat de essentie erin zal verdrinken. Daarom vraag ik u of u bereid bent om samen met minister Gatz te onderzoeken of een apart meldpunt voor internetrisico's kan worden uitgewerkt waar kinderen en jongeren niet alleen kunnen melden, maar eveneens begeleiding kunnen krijgen. Ouders spelen een belangrijke rol, maar uit onderzoek blijkt dat ze bepaalde risico's overschatten, zoals seksueel getinte foto's en materiaal, en andere onderschatten, zoals het offline afspreken van hun kinderen met iemand die ze online hebben leren kennen.

De problematiek is ernstig. Getuige hiervan de Koppenreportage van vorige week en de zelfdoding van een meisje ingevolge pesten op Facebook. Ik denk dan ook dat dit het geschikte ogenblik is om hierop heel hard in te zetten.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik blijf erbij dat we inderdaad heel wat kunnen realiseren. Het project Mediawijsheid van het Kenniscentrum is naar mijn oordeel het meest belovende met betrekking tot het screenen van sociale media. We

zullen onderzoeken welke mogelijkheden dit biedt, want andere voorstellen zijn niet zo evident. Hoe kan de minister van Welzijn van Vlaanderen de providers van de sociale media verzoeken alle berichten zorgvuldig te lezen en bepaalde berichten tegen te houden als ze van oordeel zijn dat die niet door de beugel kunnen? Dit is nu eenmaal een van de grenzen van de geglobaliseerde wereld. Daarom ben ik van oordeel dat we moeten nagaan wat technisch mogelijk is. Het project Mediawijsheid lijkt me het meest concrete te zijn.

We moeten voorzichtig zijn met nieuwe meldpunten, want hun aantal neemt overhands toe. Wat we wel kunnen doen, is nagaan of met betrekking tot een bestaand meldpunt kan worden overgegaan tot sensibilisering. Als 1712 binnenkort zeer gerichte stappen doet naar kindvriendelijkheid, moeten we nagaan of we daarop kunnen verder bouwen met nieuwe applicaties of mogelijkheden. Het project 1712 moet allereerst zeer laagdrempelig worden en chatten mogelijk maken. Daarna moeten we onderzoeken of het aanslaat en het platform is voor nieuwe applicaties.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Deze thematiek moeten en willen we blijven opvolgen, want die is nu eenmaal continu in beweging.

Inzake het meldpunt onderschrijf ik wat u zegt. 1712 heeft sinds de lancering al een enorme evolutie gekend en is continu in uitbouw. Inzake klantvriendelijkheid, verfijnde registratie en opvolging ben ik er ook van overtuigd dat er in de toekomst nog mogelijkheden zijn. Laat ons daar eerder op inzetten dan op een afzonderlijk bijkomend meldpunt. Dat zal het niet duidelijker maken voor iemand die een melding wil doen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het dreigende tekort aan artsen binnen de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's) en de consultatiebureaus – 463 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, minister, dames en heren, deze vraag sluit een beetje aan bij de vraag van mevrouw Saeys over de consultatiebureaus van Kind en Gezin. Ze handelt over een dreigend tekort aan artsen binnen de CLB's maar mogelijk ook binnen de consultatiebureaus.

Elk jaar nemen duizenden jongeren deel aan het toelatingsexamen voor arts en tandarts. Wie slaagt, kan binnen de opleiding geneeskunde verschillende richtingen uit. Kiest men voor algemene geneeskunde of voor een specialisatie? Er is veel keuze, maar de ambitie om later schoolarts te worden, leeft bij bitter weinig dokters in spe. Binnen de CLB's staan de schoolartsen in voor algemene preventieve medische onderzoeken en voor het toedienen van vaccinaties aan scholieren. Uit een masterscriptie van een studente aan de Universiteit Antwerpen blijkt echter dat er zich de laatste 5 jaar slechts 68 studenten inschreven voor de opleiding jeugdgezondheidszorg en maar liefst de helft haakte op korte termijn af. Amper 31 van hen behaalde uiteindelijk het diploma. Wie wel aan de opleiding begint, doet dat volgens de onderzoekster om te kunnen werken met kinderen en jongeren, alsook omwille van een mogelijk vlottere combinatie werk-gezin. Ook de objectieve werkvoorwaarden die een aanstelling in de publieke onderwijssector biedt, spelen

een rol. Anderzijds ondervond de onderzoekster dat CLB-artsen een tekort ervaren aan waardering, ruimte en mandaat. Ze vinden hun takenpakket vaak te beperkt en niet in verhouding tot de tweejarige verplichte opleiding. Bovendien voelen de artsen zich door de veelheid aan wettelijk verplichte onderzoeken verhinderd om hun expertise te kunnen aanwenden om ook bredere en maatschappelijke problemen bij de jongeren aan te pakken. Er wordt een tekort van 100 dokters voorspeld voor de volgende 10 jaar.

Ook bij de consultatiebureaus van Kind en Gezin hebben artsen een belangrijke rol te vervullen bij het toedienen van vaccinaties aan jonge kinderen en bij de preventieve medische onderzoeken. Kind en Preventie werkt zo samen met meer dan 70 bediende-artsen en ruim 400 artsen op zelfstandige basis. Ze zijn voortdurend op zoek naar nieuwe artsen – zij het als bediende, zij het op zelfstandige basis – om samen met de verpleegkundige en de vrijwilligers de dienstverlening te verzorgen op de consultatiebureaus en op de prenatale steunpunten. Een specialisatie in de jeugdgezondheidszorg of pediatrie is voor deze artsen geen verplichting, maar wel een pluspunt.

Minister, bestaat er momenteel in Vlaanderen of in bepaalde regio's ook een tekort aan artsen werkzaam bij de consultatiebureaus van Kind en Gezin? Zo ja, in welke regio's? Welke implicaties heeft een eventueel tekort op de onderzoeken en vaccinaties? Hoeveel artsen zijn er momenteel werkzaam in vast dienstverband en op zelfstandige basis? Als er tekorten zijn, kan een taakuitzuivering dan een oplossing bieden? Welke maatregelen plant u om het beroep van arts verbonden aan een CLB of aan een consultatiebureau aantrekkelijker te maken?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Kind en Gezin en de organiserende besturen van de consultatiebureaus rekruteren uit jeugdgezondheidsartsen, kinderartsen en huisartsen. Het stijgend aantal kandidaten voor het artsenexamen en het stijgend aantal huisartsen van de laatste jaren, heeft ertoe geleid dat er minder structurele tekorten zijn, met uitzondering van specifieke situaties zoals West-Vlaanderen en De Kempen.

Occasioneel kan er in elke regio een tijdelijk tekort zijn naar aanleiding van specifieke situaties zoals zwangerschappen, verlof enzovoort. We zien minder grote structurele tekorten, met uitzondering van een paar regio's.

Vandaag werken in de hele sector naar schatting 85 bediende-artsen en 665 artsen in zelfstandig verband. Een indicator voor het artsentekort is voor Kind en Gezin de mate dat voor alle nieuwe kandidaat-artsen een passende werkplek op een consultatiebureau kan worden aangeboden. Jaren werd vooral in de maanden juli en augustus een tekort aan nieuwe artsen vastgesteld, maar sinds drie jaar moesten in alle provincies kandidaat-artsen worden geweigerd omdat overal voldoende artsen aanwezig waren. In die zin zien we bij de consultatiebureaus van Kind en Gezin geen effect meer op de onderzoeken en vaccinaties. In de voorbije jaren werd hierop door Kind en Gezin ook hard ingezet. In 2008 nog was er een verhoging van de subsidie voor bediende-artsen en in 2011 ook voor zelfstandige artsen.

Sinds april 2012 heeft Kind en Gezin zogenaamde RV-zittingen geïntroduceerd waarbij de jonge kinderen op twee leeftijdsmomenten – 6 en 30 maanden – enkel door regioverpleegkundigen (RV's) worden gezien. Hierdoor werd het volume artsenzittingen met 15 procent verminderd, hetgeen een belangrijke impact had op het volume benodigde artsen in de sector. Verder verwijs ik naar het traject van Kind en Gezin met de vernieuwde preventieve zorg.

De problematiek van het artsentekort op de centra voor leerlingenbegeleiding werd erkend in de audit op de CLB's die onlangs werd opgeleverd. In het

auditverslag wordt onder meer de aanbeveling gedaan om de opdracht van de artsen inzake de preventieve gezondheidszorg te evalueren en de taken goed te verdelen tussen het verplegend, paramedisch personeel en de artsen.

Aan de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg werd reeds eerder een opdracht gegeven om een state of the art op te maken voor de CLB's waarbij taakuitzuivering een element was. Deze state of the art is klaar voor oplevering. Dit vormt een thema voor het verdere debat dat wordt opgezet en waarvan de contouren te vinden zijn in de conceptnota over de CLB's die vorige week is goedgekeurd door de regering.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, ik ben uiteraard tevreden dat er veel minder tekorten zijn bij de consultatiebureaus dan een aantal jaren geleden. U zult me natuurlijk niet verwijten dat ik u vraag naar de mogelijke oorzaken van de tekorten binnen bepaalde regio's. Hoe groot zijn die en hoe kan eraan verholpen worden?

De gewijzigde aanpak binnen de consultatiebureaus heeft ervoor gezorgd dat er minder artsen nodig zijn op consultaties. Mijn vraag is anderhalve maand geleden ingediend. Ondertussen is er inderdaad ook de conceptnota met betrekking tot de CLB's waarvan ik aanneem dat we die binnen afzienbare tijd in hopelijk een gemengde commissie voor Onderwijs en Welzijn zullen kunnen bespreken.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): In de Kempen is er inderdaad een structureel probleem met betrekking tot huisartsen, en dan voornamelijk in de regio Turnhout. Daar leeft een oudere populatie en is er een probleem van 'deconventionering', wat een federale materie is. Kunnen we iets doen aan dat tekort of moeten we wachten tot het zich natuurlijk oplost? De problemen slepen al enkele jaren aan. Hebt u een creatief idee of moet ik er u enkele aanreiken?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, normaal is er een tweejarige opleiding. Ik weet dat er enkele jaren geleden echter zulke tekorten waren dat ook pas afgestudeerde artsen insprongen op plaatsen waar men geen arts vond. Zij moesten geen opleiding volgen. Is dat nu nog altijd het geval?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Het gebeurt niet zo dikwijls, maar ik moet hiervoor een hulplijn inroepen.

Wat de tekorten betreft, zal het te maken hebben met de vergrijzende bevolking en het feit dat er zich geen nieuwe jonge huisartsen in de regio melden. We vragen het op bij Kind en Gezin. Misschien hebben zij daarvoor een verklaring. Het kan te maken hebben met het globale tekort aan huisartsen. Misschien hebben daardoor minder huisartsen interesse in een gedeeltelijke activiteit in een consultatiebureau. Er bestaan technieken op het niveau van het RIZIV om daaraan te verhelpen en ook wij kunnen incentives geven. Ik kan mij vergissen, maar volgens mij behoort Turnhout niet tot die knipperlichtgebieden.

Mevrouw Saeys, in 2011 hebben we een budgettair belangrijke inspanning gedaan doordat we de financiering van de zelfstandige artsen hebben geijkt op de terugbetalingssystemen die er in de praktijk bestaan voor consultaties. Daardoor is het toch niet oninteressant om als zelfstandig arts, vaak ook verbonden aan de huisartsenkring en van daaruit ook mee ondersteund, daaraan deel te nemen. Dit

is het laatste jaar dat er sprake is van een overgangsregel. Die mensen krijgen een mentor aangesteld die hen moet begeleiden. Dit jaar zou het de laatste keer zijn.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over nosocomiale infecties in ziekenhuizen – 481 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) heeft voor het eerst in kaart gebracht wat individuele ziekenhuizen doen om de infecties terug te dringen. Het publiceerde een score voor 105 ziekenhuizen in België. De indicatoren waarnaar gepeild werden, zijn de volgende: heeft de instelling een strategisch plan tegen besmettingen, wordt er personeel voor vrijgemaakt, wordt er in opleidingen voorzien en wordt het aantal infecties goed bijgehouden en gescreend?

De ziekenhuizen in Vlaanderen scoren gemiddeld beter dan die in Brussel en Wallonië. De mindere scores situeren zich hoofdzakelijk op het vlak van de registratie van de infecties. De ziekenhuizen zijn vaak niet in staat om precieze cijfers met betrekking tot de infecties in hun structuur te geven. 52 procent van de ziekenhuizen heeft een systeem voor de bewaking van postoperatieve wondinfecties, maar toch rapporteren slechts dertien ziekenhuizen cijfers aan het WIV. Hoeveel patiënten een infectie oplopen na een operatie wordt onvoldoende bijgehouden en er wordt onvoldoende onderzocht wat ziekenhuizen preventief kunnen doen om infecties te vermijden bij het aanbrengen van een katheter. Het grootste risico situeert zich hoofdzakelijk op intensieve zorg, terwijl de ziekenhuizen dit te weinig opvolgen.

Ondanks de inspanningen van de ziekenhuizen – bijvoorbeeld te zien in een daling van de besmettingen met de MRSA-bacterie (methicillineresistente *Staphylococcus aureus*) – blijven de sterfgevallen na nosocomiale infecties in ons land veel te hoog. Jaarlijks lopen in ons land tussen de 110.000 en 130.000 patiënten een besmetting op, wat resulteert in 3000 sterfgevallen. Er wordt ook nog steeds te veel antibiotica toegediend, waardoor verzwakte patiënten meer vatbaar zijn voor bijkomende infecties en waardoor meer resistente bacteriestammen kunnen ontstaan.

Om de strijd tegen deze nosocomiale infecties kracht bij te zetten, dienen de ziekenhuizen het strategisch plan voor ziekenhuishygiëne in hun globaal strategisch plan te integreren.

Ten slotte zijn de gegevens die door het WIV zijn verzameld in het kader van dit rapport afkomstig van de ziekenhuizen zelf en worden zij niet door een externe organisatie geverifieerd. Om de betrouwbaarheid van de informatie en dus de geloofwaardigheid van de resultaten te garanderen, raadt het WIV de gezondheidsautoriteiten dan ook aan om de gegevens van de ziekenhuizen aan een extern controlesysteem te onderwerpen.

Minister, hoe staat u tegenover de aanbevelingen van het WIV? Zult u in de toekomst de resultaten van de gegevens, verzameld door de ziekenhuizen zelf, onderwerpen aan een externe controle? Op welke manier zult u in de toekomst de inspecties om deze nosocomiale infecties te voorkomen, organiseren?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega, het WIV beveelt aan, om de betrouwbaarheid van de informatie en dus de geloofwaardigheid van de resultaten te garanderen, de gegevens van de ziekenhuizen aan een extern controlesysteem te onderwerpen. Er is in de eerste plaats het Vlaams Indicatorenproject, dat in 2016 verankerd wordt in een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg. De bedoeling van dit project is om de kwaliteit van een ziekenhuis in beeld te brengen aan de hand van goed uitgekozen parameters.

Twee indicatoren hebben betrekking op ziekenhuishygiëne, namelijk de implementatie van handhygiëne en de incidentie van de MRSA-sepsis. Dit is een infectie in de bloedbaan met een bacterie, *Staphylococcus aureus* genaamd, die niet meer gevoelig is voor het antibioticum methicilline.

Hoewel de deelname aan dit project op vrijwillige basis is, is de ziekenhuisparticipatie bijna 100 procent. Sommige ziekenhuizen maken deze en andere indicatoren al bekend op hun website. Nog dit jaar zullen de resultaten van deze meting op de centrale website www.zorgkwaliteit.be worden geplaatst en aldus ook transparant worden gemaakt voor de bevolking.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen uit te gaan van het concept van vertrouwen, eerder dan controle. Met het oog op het realiseren van een zo kwalitatief mogelijke hulpverlening, stimuleren we de organisaties op het terrein tot zelfevaluatie. Zelfevaluatie biedt organisaties de kans tot benchmarking, zijnde de eigen processen en resultaten systematisch vergelijken met die van andere, soortgelijke organisaties. Op basis van die inzichten kunnen organisaties van elkaar leren.

Ook bij inspecties wordt de nadruk gelegd op zelfcontrole – de Zorginspectie bevraagt nu ook de zelfevaluatie van het ziekenhuis – en wordt er gewerkt met risicogestuurde inspecties.

Hygiëne wordt ook door de Zorginspectie als een cruciaal thema aanzien. Daarom werd dit als inspectiethema gekozen tijdens de twee eerste zorgtrajecten, namelijk het chirurgisch en het internistisch, in de algemene ziekenhuizen.

Voor een sterk controlerende overheid ontbreekt de capaciteit, aangezien er volgens het regeerakkoord een substantiële inkrimping van de personeelscapaciteit is afgesproken. Meer controle betekent ook nood aan meer mensen om die controles uit te voeren.

Ik som voor u de recente verwezenlijkingen en concrete plannen van de Zorginspectie in de algemene ziekenhuizen op. Sinds enkele jaren hanteert de Zorginspectie een nieuw toezichtmodel in de algemene ziekenhuizen, waarbij wordt gefocust op verschillende zorgtrajecten. Een eerste inspectieronde werd uitgevoerd tussen maart 2013 en februari 2014 en focuste op het zorgtraject van de chirurgische patiënt, met name op het traject dat een chirurgische patiënt kan volgen in een ziekenhuis en op de daaraan gekoppelde risico's.

De inspectie spitste zich daarom toe op het operatiekwartier en de recovery, de centrale sterilisatieafdeling, het chirurgisch dagziekenhuis en de heelkundige afdelingen. Tijdens deze inspectieronde was hygiëne een van de onderzochte thema's. In het voorjaar 2014 publiceerde de Zorginspectie het beleidsrapport met betrekking tot het chirurgisch zorgtraject. U kunt dat terugvinden op onze website.

Ik citeer uit dit beleidsrapport de belangrijkste conclusies van de Zorginspectie met betrekking tot hygiëne: "Wat betreft de individuele hygiënische aspecten – handhygiëne, chirurgische handontsmetting, het zich houden aan kledijvoorschriften op een operatiekwartier of sterilisatieafdeling – zijn de cijfers die we kunnen voorleggen op basis van onze inspecties vrij goed. Alleen artsen, die in dezen een voorbeeldfunctie zouden moeten opnemen, scoorden beduidend slechter dan alle

andere medewerkers van het ziekenhuis. Zo'n 20 procent van hen vertoonde inbreuken tegen de basisvoorwaarden voor een correcte handhygiëne, wat risico's inhoudt op het vlak van de verspreiding van infecties naar patiënten en andere medewerkers. Ten aanzien van deze beroepsgroep zijn extra acties nodig om dit gedrag aan te pakken, bovenop de algemene maatregelen om handhygiëne blijvend onder de aandacht te brengen bij alle medewerkers in de zorgsector."

Verder schreven ze: "De cultuur op het vlak van hygiëne bleek in de meeste ziekenhuizen goed te zijn, al waren er een paar uitschieters in negatieve zin: te beperkt gebruik van mondneusmaskers, het open laten staan van deuren en dat soort zaken."

Ik vervolg met een derde citaat: "De infrastructuur, zowel voor het gewoon wassen van de handen als voor het chirurgisch ontsmetten ervan, bleek over het algemeen goed tot zeer goed in de ziekenhuizen. Alleen het materiaal om preoperatief te ontharen is op veel plaatsen nog niet aangepast aan de huidige richtlijnen, maar hier is de omschakelingsoperatie volop aan de gang."

Het laatste citaat luidt als volgt: "Rond sterilisatie is de voorbije jaren een grote verbetering gerealiseerd. Er blijft vooral op de volgende vlakken nog ruimte voor verbetering: sterilisatiemethodes die onvoldoende garantie geven dat de eindproducten steriel zijn tot op het moment van gebruik en die beter uit de ziekenhuizen worden geweerd, kwamen nog regelmatig voor, 20 procent van de autoclaven werden het voorbije jaar niet gevalideerd; de meeste hiervan stonden in een operatiekwartier en werden niet zo frequent gebruikt; op ongeveer 20 procent van de toestellen worden de drie belangrijkste procescontroles – wekelijkse vacuümlekttest, dagelijkse stoompenetratietest en controle van fysische parameters bij iedere cyclus – niet steeds uitgevoerd; de controlesystemen die momenteel gehanteerd worden met betrekking tot de vervaldata blijken niet overal sluitend, aangezien in de helft van de bezochte campussen een of enkele vervallen pakketten werden gevonden in de bergruimten; een traceersysteem van het gebruikte chirurgische materiaal tot op patiëntniveau blijkt slechts in een minderheid van de ziekenhuizen voorhanden te zijn."

De Zorginspectie staat in voor de vaststellingen. Zeer risicovol gedrag wordt gedefinieerd als een 'rood knipperlicht'. Daarvoor wordt een tweede inspectie georganiseerd. In alle ziekenhuizen bleken tijdens die tweede checks alle rode knipperlichten te zijn weggewerkt. De rapporten van de Zorginspectie dienen om de ziekenhuizen aan te zetten tot verbetering en de betrokken administratie, in dit geval het Agentschap Zorg en Gezondheid, elementen te geven voor de beleidsvoering.

Sinds januari 2015 lopen de inspecties van het tweede zorgtraject, met name het internistisch zorgtraject. Ook in dit tweede zorgtraject werd hygiëne als een van de hoofdthema's van de inspectieronde gekozen, waarbij in het bijzonder wordt ingezoomd op handhygiëne, infrastructuur van vuile bergingen – het onderscheid tussen reine en onreine zones – en kamers met sas op de intensieve zorgen. Na afloop van deze inspectieronde begin volgend jaar zal opnieuw een beleidsrapport met de belangrijkste bevindingen worden opgemaakt en gepubliceerd op de website van de Zorginspectie.

Voor wat betreft de preventie van infecties heeft elk ziekenhuis ook een team Ziekenhuishygiëne en een Comité voor Antibioticabeleid. Ziekenhuizen moeten verplicht over een team Ziekenhuishygiëne beschikken. Dat team heeft als opdracht om ziekenhuisinfecties te voorkomen, op te volgen en te bestrijden. Bij heel gecompliceerde gevallen treedt de overheid op totdat alles weer onder controle is.

Ziekenhuizen moeten ook verplicht over een Comité voor Antibioticabeleid beschikken. Dit comité ziet erop toe dat antibiotica correct worden voorgeschreven. Want onoordeelkundig gebruik van antibiotica werkt de ontwikkeling van de meest gevreesde ziekenhuisinfecties, namelijk die met resistente bacteriën, in de hand.

Voor de secundaire preventie is het OST MDRO (Outbreak Support Team voor Multi-Drug Resistente Organismen) opgericht. Het OST heeft als doel uitbraken van MDRO in zorgvoorzieningen in te dijken en te beheersen via, afhankelijk van de situatie, verschillende actieniveaus: inzichtelijke ondersteuning van zorgvoorzieningen, sturing van voorzieningen, interventies ter plaatse en, indien nodig, handhaving.

Ten slotte wil ik opmerken dat, zoals u wellicht weet, verreweg de meeste Vlaamse ziekenhuizen vrijwillig in een accreditatieprocedure zijn gestapt. Ook daar wordt dat thema uiteraard grondig onder de loep genomen.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Ik denk dat de controle wel goed gebeurt, maar ik vermoed dat de zwakke schakel het antibioticabeleid is. Gisteren nog viel het boekje van het UZ Gent in mijn bus, waarin wordt gemeld dat de preventie en hygiëne in de ziekenhuizen ongelooflijk sterk is verbeterd, maar dat de multiresistentie van de bacteriën sterk in opmars is. De antibiotica die we innemen, maar ook de antibiotica die in de veestapel wordt toegediend, maakt ons vatbaarder voor infecties.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Ziekenhuisinfecties zijn een belangrijk aandachtspunt van ons gezondheidszorgbeleid. We moeten goed omschrijven waarover we het hebben. Het WIV is een federale instelling. U verwees terecht naar de zorgtrajecten die worden doorlopen. Het VIP-kwadraatproject – waarbij VIP staat voor Vlaams Indicatorenproject –, zoals dat in het jargon wordt genoemd, beoogt het vrijwillig meten van de kwaliteit door de ziekenhuiskoepels en de hoofdgeneesheren. Mijn vraag is: wat gebeurt er wanneer het rode knipperlicht ook na de tweede inspectie blijft branden? Overweegt u om ziekenhuizen te sensibiliseren om vrijwillig in te stappen in het indicatorenproject waarbij de ziekenhuizen zelf een of meerdere domeinen kunnen kiezen uit de zes die beschikbaar zijn, en hen stimuleren om daarbij meerdere indicatoren betreffende hun klinische processen tegen het licht te houden? Vertrouwen schenken en zelfevaluatie lijken me een goede zaak. En hoe ziet u de inpassing in een accrediteringstraject? Wordt dat een verplichting, of moet men gewoon accrediten?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Een goede registratie is het begin van elke aanpak, nadien volgt remediëring en de opvolging ervan. Het overmatig gebruik van antibiotica is in ons land een groot probleem. Uit een onderzoek van de Universiteit Antwerpen, waaraan 68 ziekenhuisentiteiten vrijwillig meewerkten, blijkt dat de resultaten sterk variëren. Er zijn ziekenhuizen waar slechts 3 procent van de patiënten antibiotica krijgt voorgeschreven, maar er is er ook eentje waar 52 procent van de patiënten antibiotica krijgt. De Belgische commissie die het antibioticabeleid coördineert, stelde een beleidsplan op waarin concrete targets staan. Die moeten ten laatste in 2019 door elk ziekenhuis worden gehaald. Per therapie of ingreep wordt de duur van de inname en de soort van de antibiotica voorgeschreven. Het is dus van belang dat naast de registratie van nosocomiale infecties ook zeer goed het gebruik van antibiotica wordt gemonitord. Zoals voor vele dossiers het geval is, is het dus zo dat ook hiervoor een goede samenwerking met de federale overheid nodig is.

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Soms krijg ik hier een déjà vu, met vragen die ook al enkele maanden geleden zijn gesteld. U moet dan de antwoorden maar herhalen, minister. Dat geldt ook voor de vragen over ziekenhuizen en het antibioticagebruik en zo. Hier is terecht gesproken over het antibioticagebruik in de

landbouwsector. Hebt u daarover al overlegd met de minister van Landbouw? Ook op Europees vlak is er een evolutie wat betreft het gebruik van antibiotica in de veeteelt. Is daarover al overlegd?

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik sluit me aan bij die laatste vraag, die ook al eerder is gesteld. Het blijkt immers dat bij 40 procent van de varkens MRSA's worden aangetroffen. Voorts wil ik meegeven dat MRSA staat voor Methicilline Resistente Staphylococcus Aureus, en 'aureus' slaat op goud. Het woord slaat in dit verband op de gele etter die opduikt bij de krentenbaard. Dat wou ik toch even meegeven.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Ik zal contact opnemen met de collega bevoegd voor de landbouw. 'Health is in all policies', en nu zullen we daar ook het landbouwbeleid bij betrekken. De samenwerking met het federale niveau is alleszins aangewezen. Het vereist dat onze diensten en ook wij de nodige discipline opbrengen om daarvan werk te maken. Voorts vereist dat van het federale niveau enig respect voor het VIP-kwadraatproject – en daar wil ik het bij houden.

Het is niet de bedoeling om de accreditering op Vlaams niveau verplicht te maken. Wel is afgesproken dat wie in het accreditatieproces stapt, een minder zware vorm van toezicht vanwege de Zorginspectie krijgt. De sensibilisering van ziekenhuizen om zo veel mogelijk indicatoren te meten, zal nu nog niet gebeuren, al kan dat in de toekomst wel het geval zijn. Het eerste wat nu moet gebeuren is de verduurzaming van het VIP-kwadraatproject en ervoor zorgen dat datgene wat de ziekenhuizen aanleveren en op de centrale website moet worden ingebracht, wordt opgepikt. Dat vereist extra personeel, en daarvoor is in de begroting voor 2016 in middelen voorzien. Daartoe moet het Mozaïekdecreet worden goedgekeurd. Zo kunnen we een dynamiek ontwikkelen die ervoor zorgt dat naast de ziekenhuizen ook andere zorgsectoren aansluiting vinden.

Caroline Croo (N-VA): Ik kan daar weinig aan toevoegen. Het klopt dat een samenwerking met de federale overheid erg belangrijk en hoogdringend is.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over incontinentie bij vrouwen – 531 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, minister, collega's, incontinentie bij vrouwen is een probleem dat veel vaker voorkomt dan we denken. Van vrouwen boven 70 jaar zou 50 tot 70 procent lijden aan incontinentie en bij vrouwen ouder dan 50 zou dat percentage 20 tot 40 procent bedragen. Minder geweten is dat incontinentie ook vaak voorkomt bij jongere vrouwen. Daar wordt de incidentie geschat op 15 procent. Boosdoener blijkt in dat geval vooral de natuurlijke bevalling te zijn. Vrouwen die worden geconfronteerd met incontinentie beginnen hun activiteiten te beperken. Ze passen zich aan hun probleem aan. Rond incontinentie hangt immers een taboe. Vrouwen praten er niet gemakkelijk over met hun omgeving, laat staan met een arts.

Kate Winslet biechtte op dat haar zwangerschap heeft geleid tot incontinentie. Hopelijk zullen vrouwen nu gemakkelijker spreken over dit probleem. Bij vrouwen

die incontinent worden na een zwangerschap, gaat het vaak over inspannings-incontinentie, het niet kunnen ophouden van urine tijdens fysieke activiteiten. Er bestaat wel degelijk een palet aan behandelingen van incontinentie. Naast bekkenbodemspieroefeningen voor de controle over de sluitspier van de blaas en geneesmiddelen, bestaat er ook de mogelijkheid operatief aan het probleem te verhelpen. Essentieel is echter dat vrouwen het probleem aankaarten bij hun huisarts. Het is dus belangrijk dat we het taboe van de incontinentie doorbreken.

Minister, bent u bereid om te sensibiliseren over incontinentie in het algemeen en bij jonge moeders in het bijzonder, teneinde het taboe te doorbreken? Bent u bereid om in de voorlichting van jonge moeders ook informatie op te nemen over incontinentie en de behandelingsmogelijkheden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, zowel bij vrouwen als bij mannen is incontinentie een probleem dat goed is gekend bij de hulpverleners. Ook in de populaire pers en in de communicatie van de ziekenfondsen wordt daar geregeld aandacht aan besteed, zodat het brede publiek ook is geïnformeerd. Het is gebruikelijk dat dit onderwerp ook ter sprake komt tijdens de zwangerschapsbegeleiding en de kraamzorg.

Zoals u terecht aangeeft, wordt incontinentie vaak uitgelokt door een bevalling. Verschillende hulpverleners hebben hierin een taak: Kind en Gezin, vroedvrouwen, gynaecologen en verloskundigen, huisartsen en kinesitherapeuten. Deze actoren hebben nu al voldoende aandacht voor het probleem van incontinentie. Zo is er een e-learning module voor huisartsen ter beschikking op de website van het RIZIV en ontwikkelde Domus Medica sensibiliseringsmateriaal dat onder meer ingaat op de taboes die bestaan inzake incontinentie. Ik plan dan ook geen bijkomende sensibiliseringcampagne om het grote publiek en toekomstige jonge moeders hieromtrent te sensibiliseren. Ik ben er immers van overtuigd dat een persoonlijke benadering vanuit de reguliere zorg de meest efficiënte benadering is.

Bijkomend wil ik nog toelichten dat, aangezien de behandeling het best individueel wordt aangepast, het voor weinig meerwaarde zorgt om alle jonge moeders te informeren over de verschillende behandelingsmogelijkheden. Ik pleit er eerder voor om, zoals nu al gebeurt, in de reguliere zorg het probleem van incontinentie proactief aan te kaarten bij jonge moeders, dit beter bespreekbaar te maken en zo de drempel naar de hulp te verlagen. Zoals u weet, behoort de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen niet tot mijn bevoegdheden, maar ik heb er het volste vertrouwen in dat deze problematiek voldoende aan bod komt in de opleiding en de navormingen van de diverse beroepsgroepen.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, u hebt gelijk wanneer u stelt dat men proactief moet optreden. Sommige eerstelijns werkers doen dat nog te weinig. Het is immers een taboe. Het roept bij vrouwen – en mannen – gêne op. Ze communiceren er zelf niet over. Hulpverleners moeten dat proactief zelf doen.

Minister Jo Vandeurzen: Dergelijke individuele benadering vereist inzicht en competentie van de zorgverstrekkers. Ik denk dat de beroepsgroepen zelf daaraan moeten werken.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nood aan opvoedingsondersteuning voor ouders van tieners – 534 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Voorzitter, minister, collega's, een op de drie ouders van tieners wil meer ondersteuning bij de opvoeding van hun kinderen. Dat was het resultaat van het onderzoek naar de behoefte aan ondersteuning van ouders van tieners, uitgevoerd door mevrouw Patty De Bruyckere op vraag van het samenwerkingsverband 0010 stad Antwerpen. Ouders bleken vooral vragen te hebben over het gebruik van sociale media, over school, over pesten, over hoe om te gaan met schoolmoeheid. Grenzen afbakenen vinden veel ouders moeilijk. En ook opvoeden tussen twee culturen werd door moeders van Marokkaanse origine als een prioritair probleem ervaren. Vandaag worden opvoedingsproblemen al besproken met de school, het centrum voor leerlingenbegeleiding (CLB), de huisarts en het centrum algemeen welzijnswerk (CAW).

Van de opvoedingswinkel is blijkbaar weinig geweten dat die ook adviseert rond opvoedingsproblemen met tieners. De onderzoekster stelt voor dat de Huizen van het Kind zichzelf meer zouden promoten als een plek waar men te allen tijde terecht kan met een opvoedingsvraag over tieners. Ze wijst er wel op dat ouders onmiddellijk een luisterend oor willen voor hun probleem, wat zou betekenen dat er permanent een deskundige aan het onthaal zit en dat ook bij informele ontmoetingsmomenten een deskundige aanwezig zou moeten zijn.

Minister, wat is uw standpunt over de stelling dat de Huizen van het Kind zichzelf moeten promoten als de plaats waar men met opvoedingsvragen over tieners moet terechtkunnen? Hoe wilt u aan ouders van tieners de mogelijkheid bieden om snel een gedegen antwoord te krijgen op problemen die zij ervaren in de opvoedingssituatie met hun tieners?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is inderdaad belangrijk dat de Huizen van het Kind zich ook richten naar ouders van tieners. Dat is ook zo opgenomen in het decreet houdende de organisatie van de preventieve gezinsondersteuning van 29 november 2013, dat de Huizen van het Kind introduceerde. De doelgroep is duidelijk: aanstaande gezinnen, gezinnen met jongeren en kinderen.

De Huizen van het Kind zijn nu iets meer dan een jaar aan het opstarten en tonen, op basis van de lokale mogelijkheden, noden en opstartprocessen, een gedifferentieerd beeld in het aanwezige aanbod. Hoewel er verschillende Huizen van het Kind zijn met een meer uitgebouwd aanbod naar ouders van tieners, willen we dit meer naar voren schuiven voor alle Huizen van het Kind, rekening houdend met de lokale dynamieken. We hebben dan ook in onze beleidsbrief 2015-2016 opgenomen dat we de Huizen van het Kind zullen ondersteunen in het bereiken van op dit moment minder bereikte doelgroepen zoals, onder andere, tieners en adolescenten en hun ouders.

We geven naast deze ondersteuning ook de Huizen van het Kind een rol in het sensibiliseren rond thema's die zeker ook ouders van tieners en tieners zelf aanbelangen. We denken hier bijvoorbeeld aan: radicalisering en polarisering, suïcidepreventie en relatieondersteuning. Zo organiseerde het Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning (EXPOO) op 30 november 2015 een uitwisseling met tal van initiatiefnemers, specifiek met betrekking tot dit thema, waar overigens

ook mevrouw De Bruyckere een bijdrage toe leverde, en die resulteerde in een magazine dat verspreid wordt naar alle Huizen van het Kind. Het magazine zal ook beschikbaar zijn op de website van EXPOO. Ook op het EXPOO-congres van vorige week donderdag 10 december 2015 rond de Huizen van het Kind stond dit onderwerp op de agenda. Duidelijk die dag was dat er een blijvend enthousiasme heerst bij en voor de Huizen van het Kind. Een verslag van het congres kunnen we verwachten in januari.

We kunnen alvast een eerste reflectie meegeven. Uit de praktijktafels op het congres blijkt dat er echt al veel gewerkt is en veel geprobeerd wordt. Sommige praktijken vinden van zichzelf dat ze nog niet ver staan, maar er is in dit jaar toch wel evolutie, en die zal verder ondersteund moeten worden. Er is een brede vraag naar vorming over verschillende thematieken omdat er veel partners uit verschillende sectoren nu samenkomen, bijvoorbeeld over opvoedingsondersteuning, omdat veel actoren vanuit sociale werkveld komen en die achtergrond missen, maar evengoed over gezondheidszorg. Zo werd bijvoorbeeld de lezing over gezondheidsongelijkheid sterk geapprecieerd. Een greep uit de uitdagingen die naar boven kwamen: het vorm geven aan progressief universalisme, het omgaan met de veelheid aan verwachtingen en thematieken voor een breed leeftijdsbereik, zoals opvoedingsondersteuning en gezondheidszorg, psychisch welbevinden, radicalisering, ondersteuning van jonge mantelzorgers enzovoort, met aandacht voor de lokale dynamiek en draagkracht, het versterken van de aandacht voor jongeren en tieners en de Huizen van het Kind laten evolueren als plekken van en voor gezinnen. Kortom, we kunnen spreken van een bijzonder geslaagde editie van het congres. Ik was er zelf ook en ik heb een ruime belangstelling gezien van een enthousiaste groep. De thematiek van jongeren, tieners, de Huizen van het Kind voor het hele gezin is er aan bod gekomen en leeft duidelijk.

De bedoeling van de Huizen van het Kind is het aanbod en de maatregelen, door verschillende initiatiefnemers, samen te brengen en coherent te ontsluiten, ook dus naar ouders van tieners. De opvoedingswinkels, waarbij ongeveer 20 procent van de vragen komen van ouders van tieners, zijn overal waar er Huizen van het Kind zijn opgericht, ingebed. U geeft terecht aan dat ook centra voor leerlingenbegeleiding, centra algemeen welzijnswerk en de huisartsen daarin een belangrijke rol opnemen. We zetten daarom verder in op het versterken van de linken met deze actoren. Maar ook bijvoorbeeld de Gezinsbond speelt met zijn lokale inbedding en laagdrempelige vrijwilligerswerking daarin een belangrijke rol. Om die rol te versterken werd de werking van de Gezinsbond wat betreft zijn groepsgericht aanbod opvoedingsondersteuning door vrijwilligers regelgevend verankerd en gesubsidieerd.

Zoals aangegeven in de commissie bij de bespreking van de beleidsbrief, zullen we doorheen 2016 de mate waarin we het aanbod naar ouders van tieners ontsluiten via de Huizen van het Kind, nauwgezet verder opvolgen om daar dan verder op te ondersteunen. In eerste instantie geven we ook lokale good practices en de ondersteuning via EXPOO de kans om zich op het terrein verder te ontwikkelen.

– Peter Persyn treedt als voorzitter op.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw antwoord en ik vind het positief dat daar veel aandacht naar is gegaan. Ik kijk alvast uit naar het verslag van de EXPOO. Ik denk dat het zeer belangrijk is om dit dossier te blijven opvolgen aangezien het inderdaad nog maar sedert een goed jaar van start is gegaan. Het gaat steeds om een zeer brede waaier en dan moeten we goed in het oog houden dat we niets missen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de bescherming van artsen bij de uitoefening van hun beroep – 561 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Peter Persyn

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Huisartsen worden regelmatig het slachtoffer van geweld. Zij zijn niet de enige zorgverleners. Ook apothekers en artsen in spoedgevallendiensten zijn regelmatig slachtoffer. Uit cijfers van de minister van Binnenlandse Zaken bleek dat er tussen 2009 en 2011 21.151 gevallen waren van agressie tegen zorgverleners. De meeste agressie tegen huisartsen treedt op tijdens de klassieke uren van consultatie of huisbezoeken, dikwijls in de eigen patiëntenpopulatie.

Naar aanleiding van de moord op een huisarts in Ingelmunster vraagt de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) en Domus Medica een alarmsysteem, waarbij artsen door een druk op een knop de lokale politie kunnen verwittigen dat zij hulp nodig hebben. In het verleden werden blijkbaar al meerdere lokale initiatieven opgestart om artsen tijdens hun dagelijkse praktijkuitoefening de mogelijkheid van een alarmsignaal aan te bieden, maar die initiatieven bleven blijkbaar niet operationeel omdat er te weinig steun werd gevonden vanuit de overheid, hetzij vanuit de politie, hetzij vanuit de gemeenschappen. Minister Jambon heeft verklaard te werken aan een regeling.

Naast een veiligheidssysteem waarbij de politie gemakkelijk kan worden opgeroepen en waarvoor de federale overheid bevoegd is, is het ook belangrijk dat de overheid artsen instrumenten aanreikt om met geweld om te gaan. Eerst en vooral lijken opleidingen rond conflictbeheersing een eerste goede stap. Hoe ga ik als arts om met verbaal geweld in mijn praktijk? Ook op het vlak van de inrichting van de praktijk zijn er mogelijkheden. Er zijn heel wat voorbeelden: geen voorwerpen plaatsen in de praktijk die breekbaar zijn en op die wijze een wapen kunnen vormen voor de potentieel gewelddadige patiënt, de praktijkruimte zo inrichten dat er een vluchtroute is in geval van geweld, het voorzien van een camera zodat de arts kan zien wie binnenkomt en wat zich afspeelt in de wachtkamer enzovoort.

Minister, bent u in samenwerking met de federale overheid bereid om werk te maken van een pakket van maatregelen, zowel preventief als curatief, voor vormen van geweld ten aanzien van artsen, zoals opleidingen inzake conflictbeheersing, tips voor de inrichting van een praktijk en het tot stand komen van een stil alarm?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Zoals u zelf aangeeft, ligt een groot deel van de bevoegdheid bij de minister van Binnenlandse Zaken, wat betreft het element veiligheid, maar ook bij de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, die verantwoordelijk is voor alle aspecten die te maken hebben met de uitoefening van het gezondheidszorgberoep. De verantwoordelijkheid van de Vlaamse overheid is in dezen beperkt tot de bevoegdheid over de huisartsenkringen. Vanzelfsprekend willen wij met de federale overheid samenwerken, binnen het kader van onze bevoegdheid, om een pakket van maatregelen uit te werken.

De huisartsenkringen kunnen wel degelijk een rol opnemen op het vlak van veiligheid en preventie van geweld. Een aantal is op dat vlak trouwens al actief. Alle huisartsenkringen ontvangen een werkingssubsidie van 0,2260 euro per

inwoner van de huisartsenzone. Daarnaast kunnen de huisartsenkringen, in het kader van de organisatie van de wachtdienst, voor het operationeel maken van een systeem van centraal oproepnummer een aanvullende financiering krijgen van 0,1977 euro per inwoner van de huisartsenzone.

De voorwaarden voor de financiering van zo'n systeem van centraal oproepnummer zijn onder andere: de centrale moet bemand zijn en moet de hele huisartsenzone omvatten, er wordt een billijke financiële bijdrage in de exploitatiekosten geleverd door de betrokken beroepsbeoefenaars of door andere bronnen, er is een samenwerking met andere beroepsdisciplines op de eerste lijn en er worden initiatieven omtrent de veiligheid van de verstrekker geïmplementeerd. De invulling van deze laatste subsidievoorwaarde gebeurt op een zeer verschillende manier, gaande van een overeenkomst met de politie, tot begeleiding bij bezoeken aan patiënten tijdens de wachtdienst.

De huisartsenkringen beslissen autonoom op welke manier ze deze voorwaarde invullen en hoeveel middelen ze daaraan kunnen of willen besteden. Deze reglementering is al in voege sinds 2003. Nu de Vlaamse overheid door de zesde staatshervorming bevoegd geworden is voor de huisartsenkringen, werd geopteerd voor continuïteit van beleid op de korte termijn. Deze subsidievoorwaarden gelden dus ook vandaag. In 2015 hebben 37 huisartsenkringen, op een totaal van 85, een aanvullende financiering ontvangen voor een operationeel centraal oproepnummer. In 2014 hebben 31 huisartsenkringen zo'n aanvullende financiering ontvangen. De huisartsenkringen die nog geen dergelijke aanvullende financiering ontvangen, kunnen een aanvraag hiervoor doen in 2016.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Ik heb een vraag in verband met die aanvullende financiering. Kiest die huisartsenkring dan zelf welk systeem hij hanteert? Worden er ook al apps ontwikkeld in dit verband?

Minister Jo Vandeuren: Ja, dat kiezen ze zelf. Ik heb er geen kennis van dat kringen met apps werken, maar ik sluit niet uit dat ze dat kunnen. Ik ken er wel die, in combinatie met wat het RIZIV aan mogelijkheden biedt, een chauffeur in de wachtdienst inschakelt.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Volgens de Artsenkrant is de app die voor de veiligheid moet zorgen nu in een testfase. Minister Jambon is daarmee bezig, en dat systeem wordt over een paar weken op het federale niveau uitgerold.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de stopzetting van de hulp- en dienstverleningsactiviteiten in de gevangenis van Sint-Gillis – 567 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Peter Persyn

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Sedert 30 juni zijn alle hulp- en dienstverleningsactiviteiten in het kader van het Strategisch Plan in de gevangenis van Sint-Gillis stopgezet. Deze situatie duurt al maanden en dreigt nog langer aan te slepen. Dat heeft heel wat gevolgen voor de gedetineerden en kan bovendien gevolgen hebben voor hun re-integratie, aangezien rechters vaak vormingen of cursussen opleggen in functie

van een vervroegde vrijlating. Zonder vorming, opleiding of onderwijs tijdens de detentie worden de kansen op re-integratie na de vrijlating gehypothekeerd.

Sedert 2006 vormt het Strategisch Plan Hulp- en Dienstverlening aan Gedetineerden het kader waarbinnen partners van zes beleidsdomeinen van de Vlaamse Gemeenschap het beleid betreffende de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden kunnen uittekenen en verfijnen. Hierdoor wordt het recht van gedetineerden op hulp- en dienstverlening, met het oog op een volwaardig en menswaardig leven tijdens de detentie en vooral volwaardige kansen op re-integratie in de samenleving, gewaarborgd.

Het is dus belangrijk dat de gedetineerden tijdens hun periode van opsluiting voldoende perspectieven krijgen op re-integratie in de samenleving. Na de opsluiting keren ze immers terug in de samenleving. Meestal is dit een moeilijke stap, die de nodige voorbereiding vraagt. Om een volwaardig en goed uitgebouwd hulp- en dienstverleningsaanbod aan te bieden voor gedetineerden, is er dus op het niveau van de gevangenen een structurele samenwerking nodig tussen alle betrokken partners. Net daarom is het onverantwoord dat deze activiteiten sinds 30 juni 2015 zijn afgeschaft in de gevangenis van Sint-Gillis.

Minister, hebt u reeds een antwoord ontvangen op de brief die u aan uw federale collega van Justitie schreef om de zaak aan te kaarten? Zo ja, welke argumenten en mogelijke oplossingen bevatten dit antwoord? Hebt u er zicht op of deze situatie ook dreigt in andere Vlaamse gevangenen? Op welke manier kan dit voorkomen worden? Op welke manier kunnen de activiteiten zo snel mogelijk terug opgestart worden in de gevangenis van Sint-Gillis? Gelet op de bevoegdheidsverdeling, welke eisen kan de Vlaamse Gemeenschap stellen aan de federale overheid om haar bevoegdheden in het kader van het Strategisch Plan Hulp- en Dienstverlening aan Gedetineerden te kunnen uitoefenen?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Sinds de zomervakantie werden de regimeactiviteiten in de gevangenis van Sint-Gillis inderdaad aangepast, waardoor de collectieve activiteiten niet meer kunnen plaatsvinden. Deze maatregel werd na sociaal overleg noodgedwongen ingevoerd omdat door het personeelstekort in deze inrichting naar aanleiding van de lopende besparingsronde op personeelsniveau de penitentiaire veiligheid niet kan worden verzekerd. Er werden een aantal maatregelen uitgewerkt zoals de transfers van gedetineerden en gevangenis-personeel vanuit de gevangenis van Vorst en bijkomende aanwervingen van penitentiair personeel. Deze maatregelen moeten ertoe leiden dat de collectieve activiteiten kunnen heropstarten. De beleidscel van de minister van Justitie heeft ons bevestigd dat het antwoordschrijven onderweg is, nu de bijkomende aanwervingen hun formele goedkeuring hebben gekregen.

Momenteel is er bij het Directoraat-Generaal Penitentiaire Inrichtingen, zoals in alle federale overheidsdiensten, een besparingsoefening bezig. Er dient 10 procent bespaard te worden op het personeelsbudget en 20 procent op de werkingsmiddelen. Per gevangenis wordt gekeken op welke wijze deze budgettaire inspanningen kunnen worden geleverd. Dit leidt tot een krappe personeelsbezetting in een aantal inrichtingen, zeker waar er een groot ziekteverzuim is.

In enkele inrichtingen heeft dit de voorbije maanden tot tijdelijke vakbondsacties en soms tot aanpassingen aan het werkregime geleid. Enkel in Sint-Gillis heeft dit gevolg gehad dat het volledige groepsaanbod werd geschrapt en dat dit voor lange tijd wordt bestendigd. Nu de besparingsoefeningen concreter worden, stijgt de sociale onrust, waarvoor we begrip hebben. De minister van Justitie en zijn diensten doen al het mogelijke om het overleg met de vakbonden te bestendigen.

De Vlaamse beleidscoördinatoren hulp- en dienstverlening worden op de hoogte gehouden van het overleg met het gevangenispersoneel en hebben op de meeste plaatsen ook een goede samenwerking met de gevangenisdirectie. Men staat voor de uitdaging om de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening te bestendigen en verder uit te bouwen in een gevangenisregime dat ten gevolge van de besparingen bij Justitie dient te worden aangepast. We delen met u de overtuiging dat een kwalitatieve hulp- en dienstverlening een recht is van elke gedetineerde en zijn kansen op re-integratie verhoogt. Het leidt bovendien tot een beter leefklimaat in de gevangenis, wat ook de werkomstandigheden ten goede komt. Een goed overleg tussen mijn administratie en het directoraat-generaal is dan ook cruciaal.

We zijn afhankelijk van het overleg tussen directie en personeel van het Directoraat-Generaal Penitentiare Inrichtingen. De organisaties zijn bereid hun aanbod zo vlug mogelijk terug op te starten. De Vlaamse beleidscoördinator van de Brusselse gevangenissen stelt zich ook constructief op in de gesprekken om creatieve oplossingen te vinden en – in de mate van het mogelijke en wenselijke – tegemoet te komen aan de vragen van het gevangenispersoneel.

Door de huidige situatie hebben de centra voor volwassenonderwijs wel beslist dat ze dit schooljaar geen onderwijsaanbod meer kunnen inplannen in Sint-Gillis. Een deel van het aanbod werd wel verplaatst naar de gevangenissen van Vorst en Berkendael.

De principes van hulp- en dienstverlening aan gedetineerden vinden hun grond in de basiswet van 2005, het decreet betreffende de organisatie van de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden van 2013 en in het samenwerkingsakkoord van 1 oktober 2014. De huidige situatie is het gevolg van vakbondsacties in het kader van de besparingsoefening die ook aan het Directoraat-Generaal Penitentiare Inrichtingen werden opgelegd. Dit belet niet dat ik in het overleg met mijn federale collega, de minister van Justitie, steeds de aandacht vestig op de mogelijke consequenties van de besparingsoefening. Ik kan zeggen dat zowel op politiek niveau als op niveau van de centrale administratie van het gevangeniswezen steeds het belang van hulp- en dienstverlening wordt onderschreven en dat ik geen intenties hoor om het aanbod af te bouwen.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, het is goed te vernemen dat er een gedeeltelijke oplossing is voor de gevangenis van Sint-Gillis. Ik heb overigens net als u alle begrip voor de moeilijke situaties in de penitentiare instellingen. Het is ook goed dat u niet alleen telkens het belang van de hulp- en dienstverlening benadrukt. Dat werpt ook vruchten af. Ik vind het ook positief te vernemen dat de Vlaamse beleidscoördinatoren worden betrokken bij alles wat daar gebeurt. Het is iets dat blijvend in de gaten moet worden gehouden, vooral nu de besparingen heel concreet worden. Ik zie hier een taak voor de Vlaamse Gemeenschap om dit beleid te verdedigen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de communicatie door woonzorgcentra omtrent dementie van bewoners aan de naaste familie – 568 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Peter Persyn

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Uit een studie van de onderzoeksgroep 'Zorg rond het Levenseinde' van de VUB en de UGent blijkt dat 28 procent van de naasten van

ouderen met dementie die in een Vlaams woonzorgcentrum overlijden, niet op de hoogte waren van de aandoening van die persoon.

Er werden 134 woonzorgcentra bevraagd, waarvan er 98 de vragenlijsten terugbezorgden. De artsen en verpleegkundigen waren wel degelijk op de hoogte van de dementie, ofschoon er toch blijkbaar ook wel kleine verschillen waren bij de inschatting van de ernst van de dementie.

Uit ander onderzoek blijkt dat artsen niet altijd actief communiceren over dementie. Blijkbaar zijn artsen terughoudend in hun communicatie om mensen niet alle hoop te ontnemen.

De onderzoekers vragen dat woonzorgcentra zouden bekijken of er ruimte is voor een moment om samen te zitten met de naaste familie.

Ik heb hierrond een aantal vragen. Communicatie met de patiënt en zijn omgeving is belangrijk. Blijkbaar gebeurt dat onvoldoende als patiënten zich in een woonzorgcentrum bevinden. Minister, hoe kunt u de artsen en verpleegkundigen aanzetten om toch te communiceren met familieleden met betrekking tot de aandoening, in het bijzonder dementie? Vindt u dit een taak van de behandelende geneesheer, van de coördinerende geneesheer of van het woonzorgcentrum?

Er wordt gewerkt aan positieve communicatie inzake dementie, maar patiënten en hun omgeving krijgen maar weinig informatie over wat die ziekte aan verschijningsvormen allemaal heeft en het stadium waarin de patiënt verkeert. Die informatie maakt het voor alle betrokkenen ook makkelijker om bepaalde gedragingen te plaatsen en finaal ook te aanvaarden. Wordt ook aan die informatieverstrekking zowel residentieel als ambulant gewerkt?

In welke mate maakt Vlaanderen ook werk van materiaal voor huisartsen om te communiceren met patiënt en familie over dementie ?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: De studie van de onderzoeksgroep 'Zorg rond het Levenseinde' van de VUB en de UGent maakt inzichtelijk dat de ondercommunicatie van de diagnose nog steeds problematisch is. 28 procent van de naasten van ouderen die in een Vlaams woonzorgcentrum met dementie overlijden waren niet op de hoogte van de aandoening van die persoon.

Deskundigen ter zake bevestigen dat dit niet enkele een probleem is binnen de woonzorgcentra, maar eveneens in andere zorgsettings. Maar, laat me duidelijk zijn, de communicatie over de diagnose van de dementie valt uitdrukkelijk onder de verantwoordelijkheid van de huisarts en/of de arts-specialist. Het is erg belangrijk dat reeds vóór de opname in een woonzorgcentrum de aandacht van de huisarts gericht is op vroege diagnose en de vroege interventie. Dit heeft immers een belangrijke invloed op het uit te stippelen zorg- en ondersteuningsplan thuis en in het woonzorgcentrum. Vroegtijdige zorgplanning, het volgen van psycho-educatie en eventuele doorverwijzing naar familie- of praatgroepen kunnen de familieleden van een persoon met dementie ondersteunen in het aanvaardingsproces en de omgangswijze met hun familielid.

Binnen het woonzorgcentrum behoort het tot de taak van het zorgpersoneel om – via gerichte observaties – de huisarts van een bewoner in kennis te stellen van mogelijke symptomen van de dementie. Het is de taak van de huisarts om de nodige stappen te ondernemen teneinde aan de hand van deze observaties de diagnose van de dementie vast te stellen of te laten vaststellen door een arts-specialist, alsook hierover te communiceren met de bewoner – indien mogelijk –,

de familie en het zorgteam. Het zorgteam kan dan de zorg en de ondersteuning aanpassen op de specifieke noden van de persoon met dementie.

Het kan echter voorkomen dat, in functie van de levenskwaliteit van de bewoner en in samenspraak met de familie of de vertrouwenspersoon, met de huisarts en het zorgteam overeen wordt gekomen om geen invasieve onderzoeken meer te laten uitvoeren bij de bewoner. Dat kan er mogelijk toe leiden dat de concrete diagnose van dementie niet gesteld wordt. De studie geeft aan dat er nog veel te winnen is bij een betere communicatie tussen de zorgverleners en de familie of de vertrouwenspersoon van de bewoner.

Via bewonersbespreking waarop de bewoner – indien mogelijk – en de familie worden uitgenodigd, kan mijns inziens ruimte gemaakt worden om de diagnose dementie bespreekbaar te maken en de wijze van benadering en de in te zetten therapie te bespreken. Een dergelijke bewonersbespreking kan een belangrijke hefboom zijn in het begrijpen van de aandoening en kan het aanvaardingsproces ondersteunen. Mogelijks kan de referentiepersoon voor dementie hierbij een specifieke rol toebedeeld krijgen. Sinds 1 juli 2010 is het immers mogelijk een referentiepersoon voor dementie aan te stellen in elk woonzorgcentrum en daarvoor een financiering van het RIZIV te krijgen.

Deze bevoegdheid werd in het kader van de zesde staatshervorming vanaf 1 juli 2014 overgedragen naar de Vlaamse overheid. Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen organiseert specifieke opleidingen voor de referentiepersonen dementie in de woonzorgcentra.

Een referentiepersoon dementie is een professionele hulpverlener in de zorgsector, die zich engageert om in de eigen werksetting de kwaliteit van de begeleiding van en de zorg voor personen met dementie en hun omgeving te bevorderen. Dit doet hij of zij onder andere door te sensibiliseren voor het onderkennen van tekenen van beginnende dementie en aandacht te vragen voor zorgvuldige diagnostiek, onvermoede mogelijkheden te zoeken om de levenskwaliteit van personen met dementie te bevorderen, zich als een aanspreekpunt op te stellen ten aanzien van de eigen collega's, het management, bij vragen omtrent begeleiding en zorg voor personen met dementie en hun omgeving. Hij of zij bevordert de individuele zorg en begeleiding, aansluitend bij de eigen behoeften en mogelijkheden van de persoon met dementie. In functie daarvan stimuleert hij of zij het interdisciplinair overleg bij complexere begeleidings- of zorgsituaties.

– Bart Van Malderen treedt als voorzitter op.

De coördinerend en raadgevende arts kan de huisartsen, het management en de medewerkers van het woonzorgcentrum sensibiliseren en aanmoedigen om – wat betreft de communicatie over de dementie – een meer open en afgestemde informatie-uitwisseling tussen de huisarts, het personeel, de bewoner – indien mogelijk – en de familie of vertrouwenspersoon te bewerkstelligen. Hij kan hiertoe vormingsmomenten opzetten voor het zorgpersoneel of voor de huisartsen.

Ook het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de negen regionale expertisecentra, die erkend zijn door de Vlaamse overheid als partner-organisaties, kunnen hierbij een ondersteunende rol vervullen. Zij ondernemen niet alleen verschillende acties rond informatieverstrekking, maar organiseren ook opleidingen, zowel voor mantelzorgers, vrijwilligers als zorgverstrekkers in zowel de woonzorgcentra als de thuiszorg.

Het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen beschikt over een informatieve en toegankelijke website. Hier kunnen zowel personen met dementie, hun mantelzorgers en familie, vrijwilligers als professionele zorgverleners terecht voor de meest recente informatie over deze aandoening. Ook de Alzheimer Liga

Vlaanderen biedt via familiegroepen, informatieavonden en een website ondersteuning aan personen met dementie, hun mantelzorgers en familie via lotgenotencontact en praatgroepen.

Op 12 maart 2014 werd het Contactpunt Dementie gelanceerd dat kadert in het transitieplan dementie. Dit plan heeft als doel elke persoon met dementie en zijn mantelzorger(s) tijdig en correct te ondersteunen. Alle zorgverstrekkers kunnen een persoon met dementie bij dit intermutualistisch contactpunt aanmelden. Na een doorverwijzing van dit contactpunt naar een sociale dienst van het ziekenfonds zal een dementiekundig maatschappelijk werker contact opnemen en kan er in samenspraak met de persoon met dementie en zijn mantelzorgers een begeleidingsplan opgestart worden.

Ook volgende initiatieven zijn genomen in opvolging van het Dementieplan Vlaanderen en het transitieplan dementiekundige basiszorg in het natuurlijk thuis-milieu: de train-the-traineropleidingen 'dementiekundige basiszorg-verlener', er zijn de dementie-experten die vanuit de regionale expertisecentra dementie de referentiepersonen dementie of de dementiekundige basiszorgverleners van de woonzorgvoorzieningen ondersteunen en er zijn een aantal overlegplatforms dementie ter ondersteuning van een multidisciplinair vormingsaanbod voor zorgaanbieders in het werkingsgebied van de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg.

Op 1 oktober 2015 werd de laagdrempelige digitale versie van het psycho-educatiepakket 'Dementie en nu' gelanceerd. Dit pakket heeft tot doel de draagkracht van mantelzorgers voor personen met dementie te verhogen. Het werd ontwikkeld door het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en de Alzheimer Liga Vlaanderen. Vermeldenswaardig zijn ook een aantal initiatieven die de huisartsen ondersteunen bij kennisverwerving, diagnosestelling en communicatie rond de dementie. Ik verwijs in dit verband ook naar het initiatief dat Domus Medica ontwikkelde, in samenwerking met Expertisecentrum Dementie Orion en met steun van de Vlaamse overheid, met name een vormingspakket voor LOK-groepen (Lokale KwaliteitsKring) over de detectie van dementie. Thema's die aan bod komen, zijn het belang van tijdige detectie, symptomen van dementie, soorten dementie, het vermoeden van dementie versterken en communicatie over dementie. Deze handleiding is samengesteld voor de LOK-moderator of begeleider en omvat materiaal om de vergadering voor te bereiden en te begeleiden. In de handleiding zit kant-en-klaar materiaal waarmee moderator en deelnemers kunnen werken: voorbereiding van de vergadering, indeling van de avond, casuïstiek, vragen waarrond LOK-deelnemers kunnen werken en nuttig naslagwerk over het onderwerp.

Artsen kunnen via de website van het RIZIV ook een e-learningmodule Dementie Artsen online consulteren. Deze leert de artsen meer over de diagnostisering en de behandeling van dementie, alsook over de opvang van personen met dementie. De module werd ontwikkeld door Domus Medica en diverse andere actoren in het kader van de uitvoering van het plan Prioriteit voor Chronisch zieken van minister Onkelinx.

Daarnaast wordt sinds november van dit jaar ingezet op een wetenschappelijk onderbouwd farmaceutisch zorgbeleid inzake dementie, onder meer via het project Farmaceutische Zorg voor personen met Dementie FAZODEM. Het project beoogt de opmaak van een medicamenteuze richtlijn, een kennispakket, een draaiboek MFO voor medisch-farmaceutisch overleg en een e-learningpakket voor apothekers. Er wordt hiervoor onder meer samengewerkt met de Koninklijke Apothekers Vereniging van Antwerpen, het Vlaams Apothekers Netwerk, het Provinciebestuur Antwerpen, Domus Medica, het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde KU Leuven en Universiteit Antwerpen.

Studies, zoals die van VUB en UGent, zijn maatschappelijk meer dan relevant. Ze maken inzichtelijk dat er, ondanks de vele en goede inspanningen in de woonzorgcentra en in de thuiszorg, nog een weg af te leggen is op het vlak van communicatie en informatie tussen de zorgverleners, de persoon met dementie en zijn naaste. Ik zal dan ook de conclusie en de aanbevelingen ervan doorgeven aan de werkgroep die de evaluatie en actualisatie van het huidig Dementieplan Vlaanderen voorbereidt.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, bedankt voor uw uitvoerig antwoord. U verklaart dat de behandelende arts instaat voor de communicatie en de symptomen. Dat hij verantwoordelijk is voor de diagnose, vind ik begrijpelijk, maar dat hij instaat voor de volledige communicatie is naar mijn mening niet haalbaar in de praktijk, temeer daar hij de familieleden van demente personen minder ontmoet dan de verpleegkundigen in een rusthuis. Daarom ben ik van oordeel dat de referentiepersoon dementie een heel belangrijke rol kan spelen op het vlak van communicatie, symptomen en dergelijke.

Wat informatie omtrent dementie betreft, verwijst u naar een contactpunt. Er is echter zo'n kluwen ontstaan van sites en mogelijkheden dat ik de voorkeur geef aan één contactpunt. Daarenboven zijn heel wat mantelzorgers oudere personen, die niet met de computer werken. Ook in dit opzicht moet de referentiepersoon dementie een centrale rol spelen.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): We spraken in een vorige vraag om uitleg al over een inflatie van meldpunten. Ik had een schriftelijke vraag ingediend in verband met het meldpunt dat werd opgericht bij het InterMutualistisch Agentschap. Ik zal ze nu stellen, maar ik hoef vandaag geen antwoord te krijgen. Hoe vaak werd in de betrokken periode al naar dit telefoonnummer gebeld door mensen die op zoek zijn naar hulp?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Ik heb die vraag gezien, maar ik kan vandaag geen antwoord geven. Ik merk wel op dat dit geen telefoonnummer is waarvoor een 24-uurpermanentie wordt betaald. Het gaat over een bestaand samenwerkingsmodel van alle ziekenfondsen. De dienst Maatschappelijk Werk van de ziekenfondsen is de meest geëigende om bij dit soort zorgsituatie te worden betrokken.

De toegankelijkheid van informatie zal ongetwijfeld een van de thema's zijn op de eerstelijnsgezondheidsconferentie en wordt hier trouwens ook herhaaldelijk besproken. Naar mijn oordeel bestaan er nog voldoende mogelijkheden om die te verbeteren.

Binnenkort zult u ongetwijfeld een gedetailleerd antwoord ontvangen, mijnheer Persyn.

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 cijfers inzake het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren
– 572 (2015-2016)**

**VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van antidepressiva door jongeren
– 578 (2015-2016)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Uit onlangs bekendgemaakte cijfers van CM blijkt dat in Vlaanderen naar schatting 4917 kinderen en jongeren antidepressiva nemen, waaronder ook een aantal heel jonge kinderen. CM waarschuwt voor mogelijk gevaarlijke bijwerkingen, zoals suïcidale gedachten en neigingen, evenals agressie, en pleit voor de bevordering van psychotherapie als eerste te overwegen behandeling en voor de terugbetaling ervan.

In de media kwamen enkele deskundigen aan het woord die deze cijfers toelichtten. Het is niet aan ons om uitspraken te doen over de al dan niet medische noodzaak. Ik ga er immers van uit dat artsen en kinderpsychiaters hun beslissingen weloverwogen en naar eer en geweten nemen.

Er bestaat gelukkig grote eensgezindheid over dat alleen medicatie zinloos is en dat dit altijd gepaard moet gaan met een bredere behandeling en aanpak. We kunnen echter niet ontkennen dat ons land koploper is op het vlak van depressies, zelfdodingen, kalmeermiddelen en antidepressivagebruik en dat het aantal kinderen en jongeren met psychische problemen toeneemt.

Antidepressiva vallen onder de zogenaamde psychoactieve medicatie. Er is bij ons tot nu toe weinig gericht systematisch onderzoek gebeurd naar het gebruik van psychoactieve geneesmiddelen bij volwassenen en er zijn nauwelijks studies die specifiek peilen naar geneesmiddelengebruik bij jongeren.

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie stelt de sensibilisering over het gebruik van medicatie bij de behandeling van geestelijke gezondheidsproblemen, ook bij jongeren, als een specifieke actie voorop. In het Vlaams regeerakkoord, uw beleidsnota en beleidsbrief spelen preventie, gezondheidspromotie en vroegdetectie een grote rol en geeft u aan in te zetten op de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren. Specifiek wat betreft het gebruik van psychoactieve medicatie stelt u de uitbreiding van de hernieuwde doelstelling Gezonde Levensstijl met dit thema voorop.

Minister, hebt u zicht op de incidentie van suïcidaliteit in Vlaanderen in functie van regionale verschillen inzake het voorschrijven én gebruiken van antidepressiva? Is hier al onderzoek naar gevoerd? Zo niet, acht u het aangewezen om dit te laten onderzoeken? Wat de sensibilisering betreft, spelen zowel de eerstelijns-gezondheidszorg als de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg's) een belangrijke rol. Op dit moment wordt er over nieuwe beheersovereenkomsten met partnerorganisaties onderhandeld. Is er binnen deze overeenkomsten voldoende ruimte om dit thema mee op te nemen? Wordt dit vanuit de partnerorganisaties en de cgg's zelf aangegeven? Acht u het zinvol om tijdens een interministerieel overleg tussen de Vlaamse en federale overheid over de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren het verantwoord gebruik van psychoactieve medicatie als thema op te nemen en hierin mogelijke gezamenlijke initiatieven in afstemming met elkaar op te zetten? Zullen bij de uitbreiding van de hernieuwde gezondheidsdoelstelling Gezonde Levensstijl met onder meer de

psychoactieve medicatie, de kinderen en jongeren hierbij als een specifieke doelgroep worden opgenomen?

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Minister, het afgelopen jaar hebben bijna vijfduizend minderjarigen antidepressiva moeten slikken. In enkele tientallen gevallen ging het hierbij zelfs om kinderen jonger dan 5 jaar die zouden kampen met angst- en slaapstoornissen. Het aantal voorschriften voor antidepressiva gaat de laatste jaren in stijgende lijn. De Christelijke Mutualiteit waarschuwt dat het type antidepressiva dat voorgeschreven wordt, niet geschikt is voor minderjarigen vanwege de bijwerkingen, waaronder een verhoogde kans op agressie en suïcidedachten. Die zouden zwaarder doorwegen dan de voordelen, die bij dit type nagenoeg onbestaande zijn voor kinderen en jongeren. Deze mening wordt door anderen tegengesproken. Het hoofd van de dienst kinderpsychiatrie van het UZ Gent is in bepaalde gevallen wel voorstander van het gebruik van die medicatie.

Die zorgwekkende evolutie bleek ook al uit de Nationale Gezondheidsenquête: steeds meer mensen lijden onder angst- en slaapstoornissen. Nog uit die enquête bleek dat zeker jonge vrouwen in Vlaanderen, meisjes tussen 15 en 24 jaar, een bijzondere risicogroep vormen. In die zin is het niet verwonderlijk dat het gebruik van medicatie ook weer aan het stijgen is. Nochtans waarschuwt het Federaal Kenniscentrum Volksgezondheid voor een eenzijdig gebruik van medicamenten zonder de gepaste psychologische of psychiatrische therapeutische begeleiding, zeker ook bij jonge mensen.

We weten dat daar het schoentje knelt. Huisartsen blijven veel meer antidepressiva voorschrijven dan hun buitenlandse collega's. Mensen die therapie of psychologische begeleiding zoeken, worden vaak geconfronteerd met wachttijden en financiële drempels, aangezien therapie vaak niet wordt terugbetaald.

Minister, wat denkt u van het voorschrijven van deze gecontesteerde antidepressiva aan minderjarigen? Gaat u een onderzoek vragen naar de voor- en nadelen van het gebruik van die medicatie, opdat voor iedereen duidelijk wordt wat de precieze voor- en nadelen zijn? Hoe verklaart u dat het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren sterk stijgt? Hoe denkt u dit stijgende verbruik te counteren? Welke stappen zult u ondernemen om de wachtlijsten voor psychologische begeleiding en therapie weg te werken? In oktober vorig jaar kondigde u in deze commissie aan onderzoek te zullen doen naar de reden voor de erg slechte psychische gezondheid van jonge vrouwen in Vlaanderen. Is dat onderzoek ondertussen afgerond? Zo ja, wat zijn de resultaten hiervan? Zo neen, wanneer verwacht u die?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Dames en heren, er zijn vragen gesteld over de incidentie suïcidaliteit in functie van de regionale verschillen en dat gelinkt aan het voorschrijven en gebruik van antidepressiva. Op dit ogenblik kunnen we geen vergelijking maken tussen beide fenomenen. Binnen de Vlaamse Gemeenschap beschikken we wel over cijfers van overlijdens ingevolge suïcide. Gelet op het erg beperkt aantal bij kinderen en jongeren kan een regionale opsplitsing enkel gebeuren op basis van de aggregatie van gegevens over verschillende jaren. We beschikken daarnaast niet over cijfers over voorschrijfgedrag en gebruik van antidepressiva. Een mogelijke bron zou de permanente steekproef van het InterMutualistisch Agentschap (IMA) kunnen zijn met gegevens over gebruik van nomenclatuur gebonden medicatie.

Aangezien de opvolging van het medicatievoorschrijfgedrag en de inname vooral behoort tot de bevoegdheid van de federale minister van Volksgezondheid, heb ik

zelf geen plannen om daar bijzonder onderzoek naar te doen. Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin voert wel een longitudinaal onderzoek JOnG! uit naar de ontwikkeling van kinderen en jongeren in opvoeding en gezondheidsgedrag. Gisteren zijn de nieuwe resultaten bekendgemaakt op een studiedag over kinderen en jongeren en hun mentale gezondheid. De gegevens die in dat onderzoek worden verzameld, zullen worden gekoppeld aan de IMA-databank. Om dit voor te bereiden, loopt er een overleg teneinde tot een sluitende overeenkomst te komen. Vanwege de privacy vraagt dit ook de nodige machtigingen die ondertussen werden gegeven door het sectoraal comité van de Privacycommissie. Dat onderzoek zal nog een tijd duren, maar zal voor het eerst een link leggen tussen de gegevens die wij opvolgen aan de hand van enquêtes bij ouders en jongeren en de gegevens die beschikbaar zijn over dezelfde mensen over de consumptie van gezondheidszorg en aan voorschrift gebonden medicatie.

Sensibilisering van de eerstelijns werkers behoort zeker tot de scope van de partnerorganisaties. Momenteel werkt het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van suïcidaal gedrag. In deze richtlijn zullen de risico's die samenhangen met het gebruik van antidepressiva aangehaald worden en zullen artsen gestimuleerd worden omzichtig om te springen met antidepressiva, patiënten goed op te volgen – inclusief mogelijke suïcidaliteit – en steeds de combinatie met andere hulp, bijvoorbeeld psychotherapie, aan te bieden. Bekendmaking van deze richtlijn is gepland begin 2017. Binnen de deskundigheidsbevordering van de suïcidepreventiewerking van de cgg's zal deze richtlijn ook mee opgenomen worden naar de artsen. Ook via andere organisaties zoals de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie en de Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie die momenteel meeschrijven aan de multidisciplinaire richtlijn, zal deze verder worden verspreid.

Momenteel wordt het sluiten van een beheersovereenkomst met een partnerorganisatie 'algemene gezondheidsbevordering' gefinaliseerd. Hierin vertrekken we van een holistische visie waarbij het bevorderen van de geestelijke gezondheid geïntegreerd wordt in de algemene gezondheidsbevordering. Zo willen we naar de diverse maatschappelijke sectoren en settings – werk, onderwijs, gezonde gemeenten – werken aan een geïntegreerde aanpak waar geestelijke gezondheid deel van uitmaakt.

Tot slot wil ik in dit kader ook de acties van de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid – de samenwerking tussen Te Gek!? en de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid – vermelden. De associatie heeft als doel psychische problemen bespreekbaar te maken in Vlaanderen. Via de publiekscampagnes van Te Gek!? wordt het stigma rond geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg aangepakt. Ook het gebruik van medicatie komt aan bod. Op de website geestelijk-gezondvlaanderen.be worden mensen correct geïnformeerd over geestelijke gezondheidsproblemen en de hulpverlening. Er is ook een klein luik rond medicatie waarin het belang van medische begeleiding en zorgvuldigheid wordt beklemtoond.

Er is reeds een eerste actie gepland binnen de uitvoering van de gids 'Naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren'. Namelijk, binnen de nieuwe ggz-netwerken voor kinderen en jongeren zal er specifieke aandacht worden besteed aan kinderen en jongeren met een ADHD-diagnose. Vanwege de stijgende diagnostisering van ADHD en het sterk toegenomen gebruik van psychostimulantia wordt in specifieke liaisonactiviteiten voorzien vanuit de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren naar huisartsen en pediaters, teneinde de behandeling van ADHD en voorschrijfgedrag beter op elkaar af te stemmen.

De inhoudelijke basis wordt gevormd door een advies van de Hoge Gezondheidsraad, getiteld 'Good clinical practice in de herkenning, diagnose en behandeling -

ADHD'. Deze actie is geïntegreerd in het globale programma consult en liaison van de netwerken. We hebben vanuit Vlaanderen geprobeerd om dit van meet af aan breder open te trekken naar voorschrijfgedrag van artsen rond psychoactieve medicatie. De interkabinettenwerkgroep heeft uiteindelijk beslist om ons toch te beperken tot de thematiek ADHD vanwege de duidelijke evidentie. Er is wel aangegeven dat na afloop – het gaat om een financiering van 1 jaar – deze kennis kan worden geïncorporeerd in de netwerken. Uiteraard zullen de netwerken hieruit lessen kunnen trekken voor het voorschrijfgedrag van psychoactieve medicatie in het algemeen.

De gezondheidsconferentie van eind 2016 is in eerste instantie bedoeld als vervolg op de gezondheidsdoelstellingen rond tabak, alcohol en drugs en die rond voeding en beweging die eind 2015 aflopen. De huidige actieplannen en doelstellingen zullen worden geëvalueerd. We bekijken, na een heel traject met een hele reeks betrokkenen, hoe we de doelstellingen kunnen actualiseren of aanpassen. Het is nu al gepland dat we in het voortraject de scope uitbreiden qua topics met de preventie en vroeginterventie rond gokken, gamen, psychoactieve medicatie, sedentarisme en eetstoornissen. Dat kinderen en jongeren een belangrijke doelgroep zijn in deze conferentie, lijkt me evident.

Ten gronde blijft het een conferentie rond preventie en niet rond behandeling. Voorschrijfgedrag blijft een bevoegdheid van de federale minister. Het zal zaak zijn om de brede scope te vertalen naar haalbare, specifieke doelstellingen en acties die wezenlijk bijdragen tot de gezondheid van de doelgroep.

Er is internationaal al veel onderzoek gebeurd naar het voorschrijven van antidepressiva, in het bijzonder selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's), bij jongeren. Daaruit komt echter geen eenduidig resultaat naar voren als het gaat over het risico op suïcidaliteit. Sommige onderzoeken wijzen op een verhoogde kans op suïcidaal gedrag bij adolescenten, terwijl andere onderzoeken net aanwijzingen vinden voor positieve effecten van SSRI's op suïcidaal gedrag.

Wat wel duidelijk is, is dat elk gebruik zorgvuldig moet gebeuren. De arts dient de adolescent en de ouders goed in te lichten en de voor- en nadelen af te wegen. Het hoogste risico doet zich voornamelijk voor in het begin van de medicamenteuze behandeling en bij het aanpassen van de dosis. Het antidepressivum moet in deze fases van de behandeling langzaam en in beperkte hoeveelheden verhoogd of verlaagd worden en de jongere moet goed worden opgevolgd. De arts moet daarbij alert zijn voor gedragingen die kunnen wijzen op een stijging in suïcidaal gedrag.

Zoals reeds aangegeven, werkt het VLESP momenteel aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van suïcidaal gedrag. In deze richtlijn zullen de risico's die samengaan met het gebruik van antidepressiva aangehaald worden en zullen artsen gestimuleerd worden om omzichtig om te springen met antidepressiva, patiënten goed op te volgen en steeds de combinatie met andere hulp aan te bieden.

Ik heb geen sluitende verklaring voor de stijgende lijn van het gebruik van medicatie. We merken wel dat deze stijging samengaat met de stijging van angst- en slaapstoornissen in de groep van 15- tot 24-jarige meisjes die we zien in de Gezondheidsenquête. Dit zou een van de mogelijke verklaringen kunnen zijn.

De wachttijden in de centra voor geestelijke gezondheidszorg worden veroorzaakt door een complex samenspel van vele beïnvloedende factoren en kan niet zomaar worden weggewerkt. De budgettaire context laat ons niet toe om op korte termijn een substantiële verhoging van de middelen voor deze sector te realiseren. Het monitoren van de wachttijden is een constant aandachtspunt, zowel voor de overheid als voor de sector. De werkgroepen kwaliteit van de

koepels van de cgg's bekijken hoe ze het thema 'overbruggingszorg' verder kunnen uitwerken, bijvoorbeeld een aantal zaken duidelijk in kaart brengen, effecten in beeld brengen, best practices, disseminatie van de goede praktijken enzovoort.

De nieuwe ggz-netwerken (geestelijke gezondheidszorg) voor kinderen en jongeren die volop in ontwikkeling zijn, hebben hopelijk ook op termijn een positieve invloed op de wachttijden van de ambulante zorg. Verschillende actoren, zowel ambulante als residentiële, bundelen de krachten om een gezamenlijke verantwoordelijkheid op te nemen ten aanzien van kinderen en jongeren met een psychische kwetsbaarheid. De cgg's participeren daarin. Ook partners vanuit de integrale jeugdhulp zijn hierbij nauw betrokken. De programma's crisiszorg worden nu opgestart. Nadien volgen de programma's consult en liaison en langdurige zorg.

Daarnaast kunnen mensen met psychische problemen terecht bij zelfstandige therapeuten. U weet dat er op dit moment voor deze consultaties nog niet in een terugbetaling door het RIZIV is voorzien. We hopen dat de erkenning van de klinisch psychologen eind 2016 een mogelijkheid opent naar de terugbetaling van deze beroepsgroep in een aantal omstandigheden. Wel is het zo dat verschillende mutualiteiten een beperkt aantal sessies voor kinderen en jongeren nu reeds terugbetalen.

Ik heb in oktober 2014 inderdaad aangegeven dat de verklaring voor deze cijfers niet helder en eenduidig is en dat we onderzoek moeten laten doen om de verklaring daarvan te vinden. Die groep bevindt zich op het scharnier van de volwassenheid. We moeten nagaan hoe we de hulpverlening beter kunnen focussen, ook op de specifieke noden van die groep. Ik heb toen daaraan toegevoegd dat ik hiervoor naar online mogelijkheden kijk. Het is ongetwijfeld interessant om via de methodologie die ten grondslag ligt aan de enquête, na te gaan hoe men tot die cijfers is gekomen. We hebben dit niet zelf opgenomen. Ik denk dat het in eerste instantie belangrijk is dat we in ons beleid rekening houden met de conclusies van de Gezondhedenquête, wat we ook doen, bijvoorbeeld in de gezondheidsconferentie Gezonde Levensstijl.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, dank u voor uw antwoord. Ik leer eruit dat de resultaten van het longitudinaal onderzoek van de Vlaamse Gemeenschap naar kinderen en jongeren gelinkt zal worden aan de databank of aan de gegevens die worden verzameld door het Intermutualistisch Verbond. Dat zou inderdaad wat meer inzicht kunnen verschaffen in onze vragen. Wat is de timing van die koppeling? Vanaf wanneer krijgen we daar meer inzicht in of resultaten?

Minister, u hebt gesproken over de nieuwe richtlijn die tot stand zal komen en die begin 2017 breed zal worden gecommuniceerd naar artsen en anderen. Kunt u mij nog even uitleggen hoe en van waaruit die nieuwe richtlijn tot stand zal komen? Dat ging voor mij iets te snel.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Minister, u zegt dat de wachttijden in de cgg's een complex samenspel van factoren zijn. Maar ik denk niet dat dat zo complex is. Er zijn meer mensen die hulp vragen en er wordt niet voldoende geïnvesteerd om het aanbod de vraag te laten volgen. Dat is niet zeer complex. U zegt ook dat de budgettaire context ons dat niet toelaat en dat de overheid een middelenbegroting heeft. De vraag is wat de overheid met die middelen doet en waar zij prioriteit aan geeft. De context laat dat toe wanneer de context elders in minder marge zou voorzien. Alles is een keuze.

Heb ik het goed begrepen dat u dat door u beloofde onderzoek naar het psychisch welbevinden bij meisjes en jonge vrouwen uiteindelijk niet hebt laten plaatsvinden? Ik ben niet helemaal zeker of ik het juist heb gehoord.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, u zei dat de problematiek ook ter sprake is gekomen bij het bespreken van de beleidsbrief. De organisatie van hulp voor deze talrijke patiënten moet zich niet op het metaniveau of het mesoniveau van de cgg's afspelen maar veel dichterbij, in de eerste lijn. Dat was toen ook het voorwerp van discussie. In het uitbouwen van een toegankelijke psychologische functie in eerste lijn kunt u hier zeker een grote steun betekenen.

De cgg's staan op het niveau van maximum 400.000 inwoners. Dat is een veel te hoog niveau voor het organiseren van een toegankelijke zorg, die op een brede schaal moet worden uitgerold. De 107-projecten hebben aangetoond dat we daar heel snel met wachtlijsten zitten buiten de urgente outreachfunctie doordat het niveau te hoog ligt. Het aanbod creëert daar voor een deel zelf de wachtlijsten.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Men vraagt of er een verklaring is voor het feit dat sommige groepen blijkbaar minder mentale fitheid vertonen dan andere. Wij dachten dat we dat het best konden opnemen in het traject naar de conferentie over dat thema. Het is ook opgenomen in de nieuwe taakstelling voor de partnerorganisatie die we vanaf 2016 zullen hebben. Daarin hebben we expliciet voorzien dat mentale gezondheid ook een deel is van de taakstelling van die organisatie. Ik ga ervan uit dat we op dat moment een externe partner zullen hebben die dat thema kan opnemen en die dan kan bekijken of er aan de hand van beschikbaar of nieuw onderzoek meer onderbouwing moet worden gegeven. Nu is de mentale gezondheid niet echt klaar in de taakstelling van de partnerorganisatie. Wij hebben getracht om diegene die ons over gezondheidsbevordering in het algemeen gaat adviseren nu ook expliciet op het thema mentale gezondheid in te zetten.

Vera Jans (CD&V): Minister, ik wil nog even terugkomen op mijn vragen. Is het al duidelijk wanneer er resultaten kunnen worden gehaald uit de link met de beide databanken? En kunt u de totstandkoming van de nieuwe richtlijn nog even in het juiste kader plaatsen?

Minister Jo Vandeurzen: De richtlijn is, denk ik, voor 2016. Maar dat moet ik nog checken. En wat het onderzoek betreft, zullen we al blij mogen zijn als het in 2016 zal worden opgestart. Dat is een zeer complexe aangelegenheid. Allerlei toelatingen moeten worden gegeven. Ik ga ervan uit dat men gaat trachten die overeenkomst te realiseren in de loop van 2016, en dat men dan start.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Ward Kennes aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de oprichting van een helpdesk voor ouders, vrienden en kennissen van radicaliserende jongeren
– 585 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Kennes heeft het woord.

Ward Kennes (CD&V): Op dit moment is de Commissie voor de bestrijding van gewelddadige radicalisering een paar deuren verder nog bezig met haar

werkzaamheden. Ik dacht dat de vraag daar aan bod ging komen omdat ze aansluit bij andere vragen, maar het is voor mij prima dat ik ze hier mag stellen.

Bij de eerste rapportage van het actieplan Radicalisering van de Vlaamse Regering in oktober werd gesteld dat er een concept voor een helpdesk wordt uitgewerkt na een bevraging van de noden en dat er rekening wordt gehouden met buitenlandse ervaringen. Een aantal collega's hadden op die dag in dat kader hun ongeduld laten blijken. Ik heb er toen voor gepleit om de minister zijn werk te laten doen. Ik heb toen ook toegelicht dat er achter de schermen aan zo'n helpdesk werd gewerkt. Er is op dat moment niet zoveel over gezegd, alleen dat men ermee bezig was en dat een groep ambtenaren op de dag zelf van onze bijeenkomst in Duitsland was om daar kennis op te doen in verband met een dergelijke dienst die we aan de families en de mensen in de omgeving van potentiële vertrekkers of radicaliserende jongeren zouden kunnen aanbieden.

Er is toen ook gezegd dat de verenigingen van moeders betrokken zou worden, en ook heel wat andere actoren en administraties. Het is belangrijk dat het gaat om een ruim draagvlak. Men wil bedachtzaam te werk gaan, maar op die manier het succes ervan verzekeren. Toen werd in het vooruitzicht gesteld dat begin 2016, over enkele weken dus, deze desk zou operationeel zijn.

Minister, daarom wil ik u, vlak voor we in kerstreces gaan, de volgende vragen stellen. Wat is de stand van zaken? Welke stappen werden in de maanden oktober, november en december nog genomen? Ik vernam dat er een bevraging heeft plaatsgevonden en dat er op 10 december een bijeenkomst werd georganiseerd. Ik weet uiteraard niet waarover het juist ging. Maar ik heb begrepen dat het om een voorbereiding van de helpdesk ging.

De betrokkenheid van de vereniging van de moeders was een bezorgdheid van de commissie. Zij hebben ook hun getuigenis gebracht tijdens onze werkzaamheden eerder dit jaar. Minister, geldt de aankondiging dat de helpdesk begin 2016 van start gaat nog steeds, volgens de informatie waarover u beschikt?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Op al uw vragen is het antwoord hetzelfde als ik in de ad-hoccommissie heb gegeven. Ik kan u bevestigen dat wat toen werd aangekondigd, ondertussen is uitgevoerd.

De helpdesk zal worden opgenomen door de Opvoedingslijn. Die keuze hangt samen met het feit dat we de hulplijn graag vasthangen aan een bestaande werking, die al ervaring en deskundigheid heeft inzake opvoedingsondersteuning en toeleiding naar hulpverlening. Het sleutelwoord in deze context is en blijft immers 'opvoedingsondersteuning in vertrouwen'. Ouders en familie zijn in situaties van toenemende radicalisering op zoek naar antwoorden op hun ongerustheid en twijfels, en naar raad over hoe ze een en ander het best verder aanpakken. Ouders en familie van jongeren die aan het radicaliseren zijn, zijn ouders die in eerste instantie bezorgd zijn over het welzijn van hun kind. Vandaar de keuze voor de Opvoedingslijn.

De hulplijn zal een luisterend oor bieden voor ouders, en zal zorgen voor vraag-verheldering en een gepaste doorverwijzing naar de nodige opvoedingsondersteuning en hulpverlening. Daarom is de backoffice bij deze hulplijn even belangrijk als het beantwoorden van de initiële vragen en bezorgdheden. De lokale hulpverleners en referentiepersonen zullen de gepaste hulp en ondersteuning bieden. We maken daar tegelijkertijd met de opstart van de hulplijn werk van.

Om dat waar te maken krijgt de Opvoedingslijn een projectsubsidie van 79.000 euro. Zo kunnen ze vanuit de bestaande werking het thema van de radicalisering opnemen en uitbouwen. Het aanbod en concept van de Opvoedingslijn als

hulplijn en helpdesk voor opvoedingsvragen inzake radicalisering werd op de bijeenkomst van 10 december 2015 voorgelegd aan een groep experts of mensen met enige ervaring. Op die bijeenkomst konden we peilen naar de noden en vragen van ouders en familie waar we in de praktijk rekening mee moeten houden. Tijdens deze bijeenkomst was er bij de aanwezigen een grote consensus om te opteren voor een duurzame uitrol van de hulplijn in Vlaanderen.

We zijn er ons allen van bewust dat een hulplijn of een telefoonnummer lanceren niet al te moeilijk is. Maar dit doen zonder afstemming met bestaande zaken, is gewoon kortetermijndenken en is een slechte praktijk.

De belangrijkste aandachtspunten werden op het moment van vorige week ook bevestigd: laagdrempeligheid, vertrouwen en meertaligheid vormen de kern van een goede hulplijn.

Op de bijeenkomst waren ook organisaties aanwezig die nu reeds ervaring hebben in de ondersteuning van ouders en familie. Hun inbreng zal mee bepalend zijn voor het organiseren van de backoffice. Aandacht voor cultuursensitiviteit in het algemeen is daarbij belangrijk. Er is in elk geval al afgesproken dat de ouderwerkingen blijvend betrokken worden als klankbord in de verdere uitbouw van de werking van de helpdesk.

De concrete startdatum van het project is op zeer korte termijn voorzien. In het subsidiebesluit, dat momenteel ter goedkeuring bij de Inspectie van Financiën ligt, is als looptijd voor de subsidie 15 december 2015 tot en met 30 november 2016 opgenomen. De verwachting is dat het telefoonnummer begin volgend jaar bekend kan worden gemaakt. We zullen dit in eerste instantie op een zeer gerichte manier doen.

De voorzitter: De heer Kennes heeft het woord.

Ward Kennes (CD&V): Minister, dank u voor uw toelichting. Ik stel vast dat er de afgelopen weken goed is doorgewerkt en dat de ambitie om begin 2016 al van start te gaan wordt bevestigd. De geschetste kenmerken in verband met laagdrempeligheid, vertrouwen en meertaligheid zijn in deze context zeker relevant. Dat zijn de juiste kapstokken om een dergelijke werking aan op te hangen. U hebt ook het bedrag genoemd dat daarmee gepaard gaat. Ik stel vast dat het in de lijn gaat van veel andere initiatieven: niet iets nieuws bedenken of lanceren, maar de bestaande infrastructuur die in Vlaanderen in vele domeinen al sterk is uitgebouwd gebruiken om specifiek inzake de radicalisering zaken mogelijk te maken. Ik begrijp dat men daarvoor de Opvoedingslijn hanteert.

Voorzitter, ik heb een antwoord gekregen op mijn vragen. Minister, dank u voor uw geruststellende boodschap.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de doorstart van adviesverlener Modem – 587 (2015-2016)

VRAAG OM UITLEG van Tine van der Vloet aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de nieuwe werking van adviesverlener Modem – 601 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Peter Persyn

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Collega's, het ging in deze commissie al een paar keer over Modem. Modem verleent advies en formuleert concrete oplossingen inzake communicatiehulpmiddelen aan personen met een beperking en hun omgeving. Voor heel veel mensen heeft Modem in het verleden het verschil gemaakt tussen zich kunnen uitdrukken of niet, tussen kunnen lezen of niet. Heel vaak zijn dat creatieve oplossingen die duurdere hulpmiddelen kunnen vermijden en zit het eerder in het aanpassen van de kliksnelheid van een bestaande muis dan in het aankopen van heel technisch-specifieke handicapeigen toepassingen die inherent duurder zijn. Laat ons wel wezen: zonder die bijdrage zouden heel veel mensen vandaag wellicht verstoken gebleven zijn van communicatie.

Gedurende 23 jaar lang kon Modem dit doen. Ze zijn gestart vanuit de provincie Antwerpen, met een werkterrein in heel Vlaanderen. Als gevolg van de interne staatshervorming en keuzes binnen de provincie Antwerpen hield Modem eigenlijk op te bestaan, of daar zag het althans naar uit. In het parlement hebben we er toen met heel wat collega's voor gepleit om er minstens voor te zorgen dat de expertise die was opgebouwd, niet verloren zou gaan. Maar belangrijker dan de expertise is uiteraard de eigen dienstverlening.

Minister, een paar weken geleden kondigde u bij de bespreking van de beleidsbrief aan dat er een doorstart zou komen. Op dat moment gaf u echter niet veel details. Ondertussen vernamen wij in de pers dat Modem opnieuw van start gaat. De Thomas More hogeschool en vzw Rotonde nemen vanaf 2016 een doorstart en zouden hiervoor op impulssubsidies van Vlaanderen en de provincie Antwerpen kunnen rekenen. Los van het op het eerste zicht goede nieuws dat er een doorstart is, is de keuze voor impulssubsidies opmerkelijk omdat Modem in het verleden gedurende 23 jaar niet gecontesteerd een aantal prestaties heeft geleverd. Ik denk dat niemand in dit parlement de noodzaak van die dienstverlening in twijfel heeft getrokken. Verder is het blijkbaar de bedoeling dat Modem na drie jaar zelfbedruipend zou zijn.

Minister, kunt u toelichting geven bij de steun aan de doorstart van Modem? Overweegt u om die steun structureel te maken? Op welke manier zal het nieuwe Modem operationeel afwijken van het oude Modem? Hoe motiveert u de keuze voor een impulssubsidie? Wat zijn de evaluatiepunten om desgevallend naar een structurele subsidiëring te gaan?

Kunt u toelichting geven bij het businessmodel achter het vernieuwde Modem? Hoe gaat men ervan uit dat dit zelfbedruipend zal worden? Zal er een doorrekening gebeuren naar de gebruikers?

Deze vraagstelling omvat natuurlijk ook de vraag naar het bereik van Modem. Het was voordien een provinciaal initiatief met een bereik in heel Vlaanderen. Ik ga er nu van uit dat het omgekeerde niet zal gebeuren, namelijk dat men het, nu er Vlaams geld is, zou willen beperken tot de provincie Antwerpen. Dat zou nogal absurd zijn. Ik ga er dus van uit dat de dienstverlening in Vlaanderen op peil blijft. Kunt u dat bevestigen?

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): Minister, de heer Van Malderen heeft het kader al geschetst.

De materie is inderdaad eind 2014 al ter sprake gekomen in deze commissie. Ik heb toen ook benadrukt dat vooral het behoud van de onafhankelijkheid van het advies in deze materie belangrijk is.

Is de expertise waarvan nu sprake is effectief ingebed in het Kenniscentrum Hulpmiddelen zoals u toen september opperde, of zal dat advies onafhankelijk

worden gegeven? Zal het nieuwe Modem dezelfde service aanbieden als destijds, of vallen er zaken weg?

Een deel van het persoonsvolgend budget onder de persoonsvolgende financiering zal niet moeten worden verantwoord. Kan dat stukje ook worden gebruikt om de door Modem geleverde service te betalen?

Hoeveel bedragen de impulssubsidies? Hoeveel voltijdsequivalenten werken er op deze manier binnen Modem?

Aangezien de helft van de cliënten van het vroegere Modem van buiten de provincie Antwerpen kwam, is het de vraag of er concrete groeiplannen zijn over de provinciegrenzen heen. Op de website van het vernieuwde Modem zie ik dat de afspraken voorlopig enkel kunnen plaatsvinden in de provincie Antwerpen. Komt daarin nog verandering? Zal dat ruimer worden bekeken?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega, Modem heeft als voornaamste doelstelling mensen met beperkingen op het vlak van communicatie en/of computergebruik en hun omgeving te ondersteunen. Dat gebeurt via het geven van informatie en advies, vorming en bijscholing en het werken in werkgroepen en met projecten.

Modem stelde de informatie vroeger vooral ter beschikking via hun website. Die was vlot toegankelijk en gericht naar de gebruiker en zijn omgeving. Daarnaast publiceerde Modem maandelijks een nieuwsbrief en kon men bij Modem na telefonisch contact bijkomende informatie verkrijgen.

Modem beschikte over een demoruimte met demomateriaal. Dat demomateriaal stelde Modem soms tijdelijk ter beschikking van de gebruiker. Modem, naast andere organisaties, verleende ook op vraag advies aan het Kenniscentrum Hulp-middelen van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

Het nieuwe Modem biedt drie vormen van dienstverlening aan: advies, opleiding en onderzoek. Advies richt zich in eerste instantie naar personen met een individuele vraag. Advies kan ook gegeven worden aan professionele en persoonlijke begeleiders. Met dat advies kunnen zij iemand ondersteunen in het maken van keuzes, het leren gebruiken en gebruiksklaar maken van een hulpmiddel.

Vorming richt zich vooral naar professionals die meerdere personen begeleiden. De vorming bestaat uit een aanbod in eigen beheer, bijscholingen op maat en op vraag en een jaarlijkse studiedag. Vorming omvat ook intervisiemomenten en dienstverlening via telefoon of e-mail.

Modem zal onderzoek stimuleren, initiëren en ondersteunen, maar zal zelf geen onderzoek doen. Modem is ingebed in Thomas More, een expertorganisatie en hogeschool die als primaire doelstelling het uitvoeren van onderzoek en ontwikkeling heeft. Ervaringen van gebruikers kunnen onderzoek en productontwikkeling katalyseren. Modem kan in die zin dus ook samenwerken met bedrijven.

De subsidie is een opstarttoelage om het nieuwe Modem een kans te geven van start te gaan met een nieuwe en geïntegreerde aanpak ten aanzien van de verschillende noden en behoeften die er zijn met betrekking tot de snel evoluerende technologie van communicatiehulpmiddelen, zowel bij gebruikers als bij andere betrokken actoren. We overwegen geen structurele ondersteuning.

Het nieuwe Modem bouwt aan een geformaliseerd netwerk van experts, hulpverleners, voorzieningen en onderwijs. Dat netwerk heeft als doel adviesverlening, opleiding en onderzoek op het gebied van hulpmiddelen die verbale,

geschreven en digitale communicatie bevorderen, sterker te verbinden, om de participatie van personen met een handicap te verhogen.

Modem heeft vandaag een groter en efficiënter bereik via een netwerkstructuur in vergelijking met het vroegere Modem. Modem wil die expertise bundelen en de deelnemers aan het netwerk inschakelen om mee adviezen en opleidingen te geven. De technologische mogelijkheden met betrekking tot communicatiemiddelen voor personen met een handicap wijzigen bijzonder snel. Het is belangrijk de wisselwerking tussen de snelle evolutie in technologie en de behoeften en ervaring van gebruikers aan elkaar te koppelen.

Het nieuwe Modem speelt daarop in en is vanuit operationeel oogpunt eerder een netwerkfacilitator en katalysator in het zeer dynamische domein van communicatiehulpmiddelen.

Het is een 'verbindende organisatie' die zo goed mogelijk de behoeften aan advies, onderzoek, intervisie en opleiding van de verschillende actoren met betrekking tot communicatiehulpmiddelen invult. Modem zal zelfbedruipend worden door inkomsten te halen uit betalende samenwerkingsverbanden en hoger vernoemde dienstverlening. Om deel te nemen aan het netwerk betalen de experts een jaarlijkse bijdrage. Ook voor opleidingen en advies zal Modem een toelage aanrekenen. In bepaalde situaties worden de kosten doorgerekend aan de gebruiker. De kostprijs van een individueel advies voor een gebruiker is afhankelijk van de situatie. Een gebruiker kan bij Modem rechtstreeks advies vragen, en betaalt daarvoor 100 euro. Heeft hij een persoonsvolgend budget, dan kan hij dit betalen met het vrij besteedbaar deel daarvan. Een gebruiker kan ook gratis advies krijgen indien de onkosten voor adviesverlening worden gesubsidieerd via een multidisciplinair team en het Kenniscentrum Hulpmiddelen.

Het Kenniscentrum Hulpmiddelen beschikt over een globale expertise met betrekking tot communicatiehulpmiddelen. Er kan advies gevraagd worden en er is informatie over communicatiehulpmiddelen beschikbaar via de website van het VAPH. Het Kenniscentrum Hulpmiddelen onderhoudt tevens de hulpmiddelen-databank die onlangs werd geactualiseerd en vernieuwd. Diepgaande gespecialiseerde expertise met betrekking tot communicatiehulpmiddelen, zoals die beschikbaar is bij Modem en andere expertorganisaties, is niet aanwezig in het Kenniscentrum Hulpmiddelen. Daarvoor verwijst het centrum door naar de expertorganisaties. Het kan ook zélf een gespecialiseerd advies aan experts vragen.

Wie advies wil inzake een hulpmiddelondersteunende communicatie, kan terecht bij de experts uit het netwerk van Modem, bij een multidisciplinair team of bij het Kenniscentrum Hulpmiddelen van het VAPH. Wanneer een multidisciplinair team niet over de nodige kennis beschikt om tot een adequate oplossing te komen, dan kan het ondersteuning vragen aan het Kenniscentrum Hulpmiddelen. Het Kenniscentrum Hulpmiddelen gaat na of het intern beschikt over bijkomende informatie en kennis op basis waarvan een advies kan worden verleend. Beschikt het Kenniscentrum Hulpmiddelen intern niet over die bijkomende informatie, dan verwijst het binnen twee weken door naar het multidisciplinair team voor het verkrijgen van een gespecialiseerd advies. De persoon met een handicap en het team kiezen een expert uit de lijst van gemachtigd experts en nemen contact met hem op. Zo zijn er vandaag, over Vlaanderen verspreid, verschillende gemachtigde experts gespecialiseerd in communicatie, computeraanpassingen enzovoort, bij wie men voor expertadvies terecht kan. De stopzetting van Modem maakte dat de huidige gemachtigd experts meer werden ingeschakeld en dat de kwaliteit van hun adviesverlening steeg. Gemachtigd experts leggen zich nu meer dan voorheen toe op advies inzake communicatiehulpmiddelen. Het advies dat door Modem wordt gegeven, is een onafhankelijk advies.

De opstartsubsidie bedraagt 50.000 euro voor het eerste jaar en eventueel 25.000 euro voor het tweede jaar. De opstartfase met subsidies bedraagt dus maximum twee jaar. Vanaf het derde jaar zal Modem zelfbedruipend zijn. Modem zal opstarten met twee personeelsleden, die worden tewerkgesteld vanuit de opstartsubsidie en andere inkomsten van Modem.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Met dat laatste, minister, zitten we natuurlijk in de kern van de zaak. Twee voltijdse equivalenten worden gesubsidieerd met 50.000 euro het eerste jaar en meteen al het tweede jaar met nog maar de helft van dat bedrag. U bevestigt dat ondanks het feit dat iedereen de noodzaak onderschrijft en al 23 jaar de aanwezige expertise erkent, men eigenlijk niet de intentie heeft Modem structureel te verankeren. Dat roept grote vragen op inzake continuïteit. Zal men er in die korte tijd in slagen een doorstart te maken, zonder dat er al te veel kosten aan de gebruiker of aan de multidisciplinaire teams worden doorgerekend? Als we met dat model in Vlaanderen een oplossing bieden voor de initiatieven die de provincie niet meer mag nemen, dan gaan we bijzonder barre tijden tegemoet. Niemand ontkent de noodzaak, niemand ontkent de expertise, maar na anderhalf jaar moet Modem wel zijn plan trekken.

U zegt dat 100 euro advieskosten aan de gebruiker zullen worden doorgerekend. Ik ga ervan uit dat dat met de subsidiëring is. Ik vraag me dan ook af wat dat wordt op het ogenblik dat de subsidies wegvallen. Kan men dan het bootje nog wel drijvende houden? Bij wat op 3 december als 'goed nieuws' werd aangekondigd, zet ik in elk geval een paar vraagtekens. Ik roep u op dit echt opnieuw te overwegen. Ik snap dat de bomen niet tot in de hemel groeien, maar een structurele verankering lijkt me echt noodzakelijk om ervoor te zorgen dat de partners zich ook in de toekomst blijven engageren. Anders wordt het een strovuurtje, waarna we ofwel de factuur doorschuiven naar de zwaksten, de mensen met een handicap, ofwel de dienstverlening en expertise alsnog definitief kwijtspelen.

De voorzitter: Mevrouw Van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): Ik heb nog een kleine vraag. Twee jaar wordt Modem gesubsidieerd, daarna moet het zelfbedruipend zijn. Wat als dat niet zo is? Gaat de hele expertise dan verloren en krijgen de mensen geen hulp meer?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Een andere reactie had kunnen zijn: fantastisch dat er een hogeschool is gevonden die gebruik maakt van haar nieuwe positie en missie om ook maatschappelijk opdrachten te vervullen, om toegepast onderzoek te organiseren, deze niche die voor personen met een handicap ongelooflijk belangrijk is, in te vullen en de combinatie te maken van advies, onderzoek en opleiding. U had ook kunnen zeggen: eigenlijk is het verstandig dat iemand op dat niveau borg staat voor dit soort expertise, want de technologie evolueert heel snel.

Als het gaat over communicatietechnologie voor personen met een handicap, moesten we vijf, zeven of tien jaar geleden spreken over 'dedicated' toestellen in allerlei formaten en vormen. Nu moeten we veel meer spreken over hoe we de bestaande hardware ingevuld, benut en gebruiksvriendelijk krijgen voor mensen met alle mogelijke beperkingen.

Een antwoord had ook kunnen zijn: fantastisch dat er eens iemand is die daar ook voor een stuk eigen risico in steekt, die dat in zijn opdracht als Thomas More hogeschool ook mee wil opnemen en die daar ook een netwerk rond wil maken,

waardoor die kennis en expertise gedeeld en verder ontwikkeld kan worden. Dat is een businesscase die de betrokkene heeft gemaakt, waarbij die zelf de inschatting maakt en zelf het risico wil nemen en ermee aan de slag gaan. Over een aantal jaren moeten we dan zien hoe dat evolueert.

Er is nu iemand die vanuit een goede plaats, namelijk vanuit helikopterzicht, en op internationaal niveau kan kijken hoe we alle expertise daarin kunnen integreren, bereid gevonden om ervoor te gaan. Dat is op zich toch bijzonder mooi nieuws? Er bestaan weinig sprekende voorbeelden van wat Flanders' Care eigenlijk zou moeten zijn in de samenwerking tussen de onderzoekers, het onderwijs en de sector.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Minister, fantastisch dat u een hogeschool gevonden hebt die dit wil opnemen. Fantastisch dat iemand op deze manier die toepassingen borgt. Fantastisch ook dat iemand dat risico neemt. Maar echt waar: triestig dat er geen perspectief is op structurele financiering. Triestig dat eens te meer kosten worden doorgeschoven naar mensen met een handicap. En triestig als dit de manier is waarop u omgaat met provinciale projecten.

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): We vinden het inderdaad ook fantastisch dat de mensen daar opnieuw een beroep op kunnen doen. We zullen de volgende jaren mee opvolgen dat het advies onafhankelijk blijft, zoals u hebt vermeld.

Minister Jo Vandeurzen: Toch nog even voor de juistheid van de informatie: toen in de vorige legislatuur aan de provincies is gevraagd welke taken gecontinueerd moeten worden door de Vlaamse Gemeenschap, heeft de provincie Antwerpen er uitdrukkelijk voor gekozen om niet in te gaan op het aanbod om dat door de Vlaamse overheid mee te laten nemen en te kijken hoe dat recurrent gefinancierd moest worden.

Bart Van Malderen (sp.a): Dat is juist, minister, maar als je dan ziet wat het antwoord is op het moment dat Vlaanderen dan wel een bod doet, moet ik nog een 'triestig' toevoegen aan mijn opsomming van daarnet. *(Opmerkingen van minister Jo Vandeurzen)*

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Ingrid Lieten aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de waarborgregeling inzake de opname in woonzorgcentra – 590 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Lieten heeft het woord.

Ingrid Lieten (sp.a): Minister, mijn vraag komt er naar aanleiding van het nieuws dat inwoners van Hechtel-Eksel die naar een woonzorgcentrum wensen te verhuizen, een borg van 25.000 euro moeten betalen aan het OCMW. Als ze dat niet doen, neemt het OCMW automatisch een hypotheek op hun woning, voorafgaand aan het moment dat die mensen het woonzorgcentrum effectief betrekken. Dat is dus in het nieuws gekomen, en nu blijkt dat niet alleen het OCMW van Hechtel-Eksel dat doet, maar dat die praktijk ook bij andere OCMW's gebeurt. Er is een wettelijke basis voor een beperkte waarborgvraag, maar het OCMW van Hechtel-Eksel maakt het wel heel bont door 25.000 euro te vragen.

Zij motiveren dat door te verklaren dat ze daardoor een personeelskost uitsparen, omdat ze geen sociaal-economisch onderzoek van de kandidaat-bewoners hoeven te doen, aangezien ze een hypotheek hebben genomen op het huis. Ze zeggen ook dat het goed nieuws is voor de kinderen van de bewoners, omdat er hen op die manier geen onderhoudsplicht moet worden opgelegd. Die administratieve onderzoeken zouden het OCMW ook te veel werkuren kosten. Zo is het dus gewoon veel simpeler: betaal 25.000 euro waarborg of geef uw huis in hypotheek – ik vat het nu een beetje cru samen.

Er is dus een duidelijke wettelijke regeling die het mogelijk maakt om een waarborg te vragen als men instapt. Daarin staat dat die waarborg niet hoger mag zijn dan dertig maal de dagprijs. Dat is dan ongeveer een maand die je op voorhand moet betalen. Dat lijkt mij redelijk. Dat bedrag moet dan wel op een geblokkeerde en gepersonaliseerde rekening geplaatst worden. De opbrengst van die rekening moet voor de bewoner zijn, zo staat het in artikel 33 van bijlage XII van het besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen.

Als we die wettelijke regeling bekijken en we zien wat daar in de praktijk in Hechtel-Eksel van gemaakt wordt, heb ik daar toch ernstige vragen bij. En ik blijkbaar niet alleen, want onder andere ook OKRA heeft gezegd dat men dit geen wettelijke regeling vindt en dat men Hechtel-Eksel in gebreke wil stellen om die regeling te herzien. Ook de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) heeft gereageerd.

De bottomline van waarom dit onaanvaardbaar is, is dat je door zoiets op voorhand te installeren, de drempel voor sommige mensen om naar een woonzorgcentrum te gaan, ineens groot maakt. Leg het aan je vader of moeder van 80 jaar maar eens uit dat ze 25.000 euro op tafel moeten leggen. Dan denken zij dat ze misschien beter nog wat in hun huis blijven wonen. Zo bereiken we niet het welzijn van die mensen, integendeel.

Minister, is het bij wet toegelaten dat een OCMW een waarborg voor het dekken van toekomstige kosten voor maatschappelijke dienstverlening oplegt aan mensen die in een woonzorgcentrum, al of niet beheerd door het OCMW zelf, zullen worden opgenomen? Mag die waarborg ook worden opgelegd wanneer de kandidaat-bewoner geen steun vraagt aan het OCMW voor de verblijfskosten? Mag een OCMW afzien van het sociaal onderzoek om te bepalen wat de bestaansmiddelen zijn van de kandidaat-bewoner en desgevallend welke onderhoudsplichtige bedragen opgelegd zullen worden aan de kinderen, en in de plaats een waarborgsom eisen? Wat zijn de bedragen die OCMW's en andere beheerders van woonzorgcentra als waarborg vragen aan mensen die in een woonzorgcentrum zullen worden opgenomen? Welke procedures worden daarbij gevolgd? Wordt dat geld op een geblokkeerde rekening geplaatst? Hoe gebeurt de teruggave van de waarborg aan de erfgenamen? Hoe zult u optreden tegen het eisen van onverantwoord hoge waarborgsommen, zoals het geval is in Hechtel-Eksel?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, vooraleer in te gaan op uw vragen, wil ik toch eerst even stilstaan bij het in de persberichten vermelde en in de vraag om uitleg overgenomen begrip 'waarborg'. Ik vind het immers belangrijk dat in de voorliggende discussie dit begrip op een inhoudelijk en juridisch correcte manier wordt gebruikt. Ik kan mij immers niet van de indruk ontdoen dat dit begrip in de persartikels niet altijd in de juiste juridische context werd gebruikt en dat mogelijks hierdoor verwarring en onrust is ontstaan. Het begrip 'waarborg' zit vervat in de regelgeving met betrekking tot de erkenningsvoorwaarden voor onder meer de woonzorgcentra.

Zoals het geacht lid terecht zegt, bepaalt artikel 33 van bijlage XII – Woonzorgcentra bij het besluit van de Vlaamse Regering van 24 juli 2009 betreffende de programmering, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen van gebruikers en mantelzorgers, dat het bedrag van de waarborgsom niet hoger mag zijn dan dertig keer de dagprijs. Gemiddeld is dat ongeveer 1.500 euro. Dat bedrag wordt op een geblokkeerde en gepersonaliseerde rekening geplaatst en de opbrengst ervan is voor de bewoner. Het gereserveerde bedrag dient alleen ter uitvoering van de bepalingen van de opnameovereenkomst of om een eventuele schadevergoeding voor opzettelijk veroorzaakte schade te betalen. Bij overlijden of vertrek van de bewoner wordt de waarborg verrekend bij de eindfactuur van het verblijf.

De opnameovereenkomst die tussen de beheersinstantie van een woonzorgcentrum en een bewoner of zijn wettelijke vertegenwoordiger wordt afgesloten, regelt de juridische relatie tussen beide partijen en bevat hun wederzijdse plichten en rechten. Een waarborg kan in uitvoering van deze opnameovereenkomst worden gevraagd. Het vragen van een waarborg is dus geen verplichting. Wanneer er wel eentje wordt gevraagd, kan dit enkel gebeuren volgens de modaliteiten vervat in de regelgeving. In de opnameovereenkomst zijn ook de concrete modaliteiten van de financiële afhandeling van het verblijf in een woonzorgcentrum geregeld. Zo vormt de ondertekening van de opnameovereenkomst een verbintenis van de opgenomen ouder of zijn wettelijke vertegenwoordigers om onder meer de maandelijkse factuur voor het verblijf in de voorziening te betalen. Op dat ogenblik geeft de bewoner of zijn vertegenwoordigers door de ondertekening impliciet ook te kennen dat hij of zij over voldoende financiële middelen beschikt om de maandelijkse factuur te kunnen betalen.

Als de bewoner of zijn vertegenwoordigers aangeven over voldoende financiële middelen te beschikken om de maandelijkse facturen te betalen, kan de bewoner of zijn vertegenwoordigers door de voorziening niet worden gevraagd om verantwoording af te leggen over hoe hij of zij de facturen zal of zullen betalen, door bijvoorbeeld informatie te verstrekken over de bedragen van zijn pensioen, spaargelden, huuropbrengsten, enzovoort. Artikel 6 van bijlage XII waarvan eerder sprake, bepaalt dienaangaande immers uitdrukkelijk dat het woonzorgcentrum geen opname- of ontslagcriteria mag hanteren die betrekking hebben op de financiële draagkracht van de bewoner. Bij de bespreking van de opnamemodaliteiten met de toekomstige bewoner of zijn vertegenwoordigers zal de voorziening wel nagaan of betrokkene kan genieten of al geniet van een aantal tegemoetkomingen – bijvoorbeeld van de zorgverzekering, een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden enzovoort – en in voorkomend geval zullen de nodige stappen worden gezet of de nodige informatie worden verstrekt om deze tegemoetkomingen vooralsnog te krijgen. Uit nazicht door mijn administratie is gebleken dat de in de persberichten vermelde OCMW's die zelf een woonzorgcentrum uitbaten, bij een opname ofwel geen waarborg vragen, of, als dat wel het geval is, dit steeds volgens de modaliteiten gebeurt die zijn vervat in artikel 33 van bijlage XII die ik al eerder heb vermeld.

Uit de praktijken vermeld in de persberichten maak ik bovendien op dat, wanneer een OCMW een borgstelling van de bewoner vraagt – niet door geld over te maken, maar door een storting van een som geld op een geblokkeerde rekening – of wanneer wordt overgegaan tot het nemen van een hypotheek op een onroerend goed, dit steeds gebeurt vanuit de maatschappelijke rol van het OCMW zoals gedefinieerd in het OCMW-decreet of in de OCMW-wet. Artikel 101 van de federale OCMW-wet bepaalt immers het volgende: "De terugbetaling van de kosten van maatschappelijke dienstverlening kan gewaarborgd worden door een wettelijke hypotheek op al de voor hypotheek vatbare goederen die aan de begunstigde van de dienstverlening toebehoren of van zijn nalatenschap afhangen." In een aantal vermelde gevallen betreft het trouwens OCMW's die niet zelf een

woonzorgcentrum uitbaten maar deze maatregelen nemen betreffende inwoners van hun gemeente die zijn opgenomen in een privaat woonzorgcentrum.

Het OCMW wordt dus gevraagd om zijn bevoegdheid ter zake te bevestigen aan een woonzorgcentrum. Als een inwoner van een gemeente ergens naar een woonzorgcentrum gaat, vraagt dat woonzorgcentrum, in de meeste gevallen en vrij systematisch, denk ik, aan de gemeente van herkomst, om te bevestigen dat indien zou blijken dat de betaling uitblijft, dat OCMW erkent dat hun diensten aangesproken moeten worden om hun opdracht uit te voeren.

Artikel 108 van de OCMW-wet bepaalt dat de minister tot wiens bevoegdheid het maatschappelijk welzijn behoort, in casu minister Borsus, over een inspectie-dienst beschikt, die belast is met het toezicht op en de controle van de werking van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn en van de verschillende diensten en inrichtingen die ervan afhangen. De POD Maatschappelijke Integratie is belast met dit toezicht op en de controle van de werking van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn en van de verschillende diensten en inrichtingen die ervan afhangen. De juridische, administratieve en financiële controles worden steekproefsgewijze uitgevoerd.

Op de vraag of de betrokken woonzorgcentra de Vlaamse regelgeving met betrekking tot de waarborg die de partijen bij de opnameovereenkomst moeten stellen, correct naleven, is het antwoord volgens onze administratie: ja. Blijkbaar zijn er één of meerdere OCMW's die een bepaalde visie hebben over de manier waarop zij hun rol als eventueel steunverlenend OCMW moeten opnemen en hebben ze daaromtrent een bepaalde praktijk ontwikkeld. De controle op die praktijk komt toe aan de minister die bevoegd is voor dit soort individuele maatschappelijke dienstverlening. Ik zal dat met de VVSG bespreken, want het zou goed zijn te weten wat daarrond de meest aan te bevelen praktijken zijn. Dit is evenwel een autonome bevoegdheid van het OCMW en valt helemaal niet binnen mijn bevoegdheidsdomein.

De voorzitter: Mevrouw Lieten heeft het woord.

Ingrid Lieten (sp-a): Minister, ik probeer het in mensentaal samen te vatten en u moet mij corrigeren als ik het verkeerd heb. De woonzorgcentra houden zich aan de regels. Bij opname van een nieuwe bewoner vragen ze aan het OCMW of dat de rekeningen zal betalen indien die persoon niet betaalt. Sommige OCMW's zeggen dan meteen dat ze zich daartoe verbinden, nog voor er één rekening onbetaald bleef, maar dan moeten ze de bewoner een hypotheek laten nemen op zijn huis. Ik maak nu een zeer ruwe schets van de situatie, maar het gaat over de manier waarop het OCMW zijn bijstandstaak organiseert. Dan moeten we ons dus richten naar het federale niveau en de overheid die daarop de inspectie organiseert. Dat betekent dus dat we dat daar zullen moeten aanklaarten.

Minister, bent u van plan om hierover een initiatief te nemen ten aanzien van uw federale collega? Voor mij blijft het verhaal vanuit het standpunt van de bewoners immers hetzelfde, ongeacht of de vraag om zijn huis in hypotheek te geven nu van het woonzorgcentrum komt dan wel van het OCMW. Ik vind dat dit een ernstige drempel opwerpt. Onze doelstelling is en blijft om mensen tijdig de juiste zorg aan te bieden en dat past wel binnen uw bevoegdheden. Ik vind het heel goed dat u dat ook zult bespreken met de VVSG, en ik hoop dat we dan kunnen vernemen wat het resultaat van dat gesprek is evenals van uw eventuele contacten met uw federale collega.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mijn aanvoelen is dat er eerst bij de VVSG een exacte analyse van de toestand moet worden gemaakt. Toen ik eerst van dit probleem

hoorde, heeft het me ook wat tijd gekost om te begrijpen op welke manier dit moet worden bekeken. Ik geef er de voorkeur aan om eerst met de VVSG uit te klaren waar die praktijk vandaan komt en of er verschillende praktijken bestaan in Vlaanderen. Pas dan kunnen we bepalen wat er eventueel moet gebeuren. Ik weet niet of het systematisch gebeurt. Ik weet ook niet of de praktijken van de OCMW's erg uiteenlopen op dit punt. We moeten dus kijken wat de realiteit is. Als dat betekent dat men zich al of niet houdt aan wat wettelijk mogelijk is, moeten we contact opnemen met wie daarop toeziet. Ik neem aan dat u eerst dacht dat er iets gebeurde dat niet strookte met de Vlaamse regelgeving. Daarom pleit ik ervoor om dit eerst grondig door te nemen met de VVSG.

De voorzitter: Mevrouw Lieten heeft het woord.

Ingrid Lieten (sp·a): Minister, ik begrijp uw werkwijze. Op welke wijze kunnen wij daar in het parlement van op de hoogte gehouden worden?

Minister Jo Vandeurzen: Als de afdeling OCMW's van de VVSG, waarin uw partij ook vertegenwoordigd is, daarover een nota maakt, dan is die perfect mededeelbaar. Dat is de gemakkelijkste manier. Als in het verleden aan de VVSG werd gevraagd, zowel door leden van het bestuurscomité als door de ministers, om iets juridisch of praktisch te analyseren, dan gingen ze daarop in.

Ingrid Lieten (sp·a): Ik zal het via mijn partij vragen.

Minister Jo Vandeurzen: Ik zal het u spontaan bezorgen als het bij mij beschikbaar wordt.

Ingrid Lieten (sp·a): Als u het ook vraagt, dan kunnen we daarop verder werken in het parlement.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.