



Vlaams
Parlement

vergadering **C289**
zittingsjaar 2015-2016

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 12 juli 2016

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over euthanasie in woonzorgcentra – 2545 (2015-2016)	3
VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de erkenning van de zorgberoepen – 2547 (2015-2016)	7
VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van de proefprojecten rond informatisering in woonzorgcentra – 2550 (2015-2016)	11
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de opvolging van de resolutie betreffende de vroegtijdige detectie en de behandeling van postnatale depressie – 2568 (2015-2016)	16

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over euthanasie in woonzorgcentra – 2545 (2015-2016)

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Minister, beslissingen over leven en dood, over het begin van het leven of het einde van het leven, over euthanasie, een waardig levenseinde, palliatieve zorg, abortus en zo verder: het zijn allemaal belangrijke beslissingen en belangrijke thema's die we met de nodige zorg en sereniteit moeten aansnijden. Maar het zijn ook thema's en beslissingen die gebaseerd zijn op rechten in onze maatschappij, die moeten kunnen worden uitgeoefend als aan allerlei voorwaarden die de wet stelt, is voldaan.

In dat kader wil ik u een vraag stellen over een vonnis dat de rechtbank in Leuven op woensdag 29 juni velde over de euthanasiewetgeving, een vonnis dat misschien wel een ruimere draagwijdte heeft dan het individuele geval. Het is over die ruimere draagwijdte dat ik het wil hebben. De rechtbank oordeelde in de zaak die de nabestaanden van een Kempense dame tegen een woonzorgcentrum aanspanden, dat de aanklagers gelijk hadden. Het woonzorgcentrum in kwestie weigerde namelijk de arts die de zwaar zieke dame euthanasie zou verlenen, toegang tot het rusthuis, waardoor de euthanasie niet kon doorgaan, de dame in kwestie naar huis werd verplaatst en daar vervolgens twee dagen later haar wens vervuld zag.

De euthanasiewetgeving spreekt zich momenteel niet uit over de plaats waar de euthanasie kan worden uitgevoerd. Zo ontstond er onduidelijkheid over de vraag of ziekenhuizen en woonzorgcentra dit konden weigeren. De rechtbank oordeelde dus dat dit niet kan. Nu het vonnis geveld is, had ik u graag enkele concrete vragen gesteld, minister. Hebt u kennis kunnen nemen van het vonnis? Zo ja, beaamt u dat dit het voor woonzorgcentra onmogelijk maakt om euthanasieaanvragen te weigeren indien aan de wettelijke voorwaarden voldaan is, zoals het vonnis suggereert? Indien u de draagwijdte van bovenstaand vonnis beaamt, welke maatregelen zult u nemen, opdat de spijtige situaties die tot deze rechtszaak geleid hebben, zich niet meer kunnen voordoen en de serene sfeer rond de wilsbeschikking die de patiënt geuit heeft, gegarandeerd kan blijven, ook in woonzorgcentra?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, ik heb, net als onze administratie, kennis genomen van het vonnis. Ik heb aan het bevoegde Agentschap Zorg en Gezondheid gevraagd om een grondige juridische analyse van de argumentatie, vervat in het vonnis, uit te voeren. Daarbij zal moeten worden nagegaan in welke mate er sprake is van het niet naleven van erkenningsvoorwaarden en -normen door de betrokken voorziening. Het is ook nog niet duidelijk of het uitgebrachte vonnis reeds kracht van gewijsde heeft, of dat het dit pas zal hebben bij ontstentenis van een ingesteld beroep na het verstrijken van de beroepstermijn. Het betrokken woonzorgcentrum heeft, denken wij, nog steeds de mogelijkheid om tegen het vonnis in beroep te gaan bij het hof van beroep van Brussel.

Ter informatie geef ik u mee dat wat betreft de door het vonnis op de voorgrond getreden casus er noch op de Woonzorglijn, noch bij de Zorginspectie in het verleden een klacht werd ingediend. Ik kan u medelen dat een eerste gesprek met het woonzorgcentrum en het Agentschap Zorg en Gezondheid heeft plaatsgehad. Uit dat gesprek bleek nog eens duidelijk dat de voorziening wel degelijk

over een uitgewerkt beleid inzake levenseindebegeleiding beschikt en dat ook in de praktijk toepast. Daarbij geeft het woonzorgcentrum aan te voldoen aan de erkenningsvoorwaarden en rvt-normen (rust- en verzorgingstehuis) die daarop van toepassing zijn. Uit het vonnis blijkt alvast dat de rechter vaststelt dat de partijen niet betwisten dat euthanasie in een woonzorgcentrum moet kunnen.

Levenseindezorg beschouw ik als een essentieel onderdeel van een kwalitatieve integrale zorg en ondersteuning, in welke zorgsetting ook. Het Woonzorgdecreet van 2009 bepaalt in artikel 4 bij de werkingsprincipes dat elke woonzorgvoorziening oog dient te hebben voor de hele zorgsituatie, inclusief palliatie. Het woonzorgcentrum wordt beschouwd als een thuisvervangende omgeving, waarin de vrije keuze van de huisarts voor de bewoner gevrijwaard is. We verwachten dan ook dat elk woonzorgcentrum een visie en procedures of richtlijnen ontwikkelt op het vlak van de zorg voor het levenseinde van zijn bewoners. Die visie moet inzichtelijk maken dat het woonzorgcentrum zorgvuldig en zorgzaam omgaat met de vragen omtrent het levenseinde. De visie omvat minimaal volgende onderwerpen: de vroegtijdige zorgplanning, de wilsverklaring en het palliatieve zorgbeleid, waaronder de aspecten comfortzorg, pijnbeleid, spirituele en levensbeschouwelijke zorg, palliatieve sedatie en euthanasie.

Het is erg belangrijk dat het woonzorgcentrum zijn visie op levenseindezorg open en transparant communiceert aan de bewoner en/of zijn familie van bij de opname, op hun maat en ritme. Het spreekt voor zich dat die visie niet in strijd mag zijn met de wet op de palliatieve zorg van 14 juni 2002 en de Euthanasiewet van 28 mei 2002.

Vanuit de Vlaamse overheid worden de woonzorgcentra gestimuleerd om te werken aan een kwaliteitsvolle totaalzorg voor de bewoners. Het sterven wordt daarbij beschouwd als een volwaardig onderdeel van het leven. Elke vraag rond het levenseinde – waaronder ook de vraag naar euthanasie – dient individueel en met de grootste zorg te worden benaderd en behandeld. De vroegtijdige zorgplanning, met name het spreken over de wensen en verwachtingen voor het leven en de medische zorg in de toekomst, is daarbij essentieel. Het gaat daarbij om een of meerdere gesprekken met de bewoner, indien mogelijk, en desgewenst met de familie of de vertrouwenspersoon. Die gesprekken zijn immers richtinggevend om de huidige, maar ook de toekomstige zorg voor de bewoner op een realistische wijze af te stemmen op zijn wensen en de mogelijkheden van de zorgverlening. Het is de verantwoordelijkheid van het woonzorgcentrum om een zorgcontext te creëren waarbinnen een menswaardig levenseinde mogelijk is.

Dat we vanuit Vlaanderen kwaliteitsvolle levenseindezorg stimuleren, is alvast aantoonbaar in het Vlaams Indicatorenproject voor de woonzorgcentra, waarbinnen van de woonzorgcentra wordt verwacht twee objectieve zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren te registreren en op te volgen, namelijk enerzijds het aantal overleden bewoners met als overlijdensplaats het woonzorgcentrum, omdat we het belangrijk vinden dat de bewoners de levenseindezorg kunnen ontvangen in de hun vertrouwde omgeving en niet, tenzij noodwendig, hiervoor overgebracht dienen te worden naar een andere zorgsetting, zoals het ziekenhuis, en anderzijds het percentage bewoners dat beschikt over een plan voor de zorg rond het levenseinde dat in overeenstemming is met de wensen van de bewoner.

Ook in de RVT-regelgeving is uitdrukkelijk aandacht geschonken aan de palliatieve zorg en de toepassing van de euthanasiewet. Zo wordt bepaald dat ter ondersteuning van de zorg met betrekking tot het levenseinde in het rust- en verzorgingstehuis de coördinerend en raadgevend arts en de hoofdverpleegkundigen belast zijn met het ontwikkelen van een palliatieve zorgcultuur en de sensibilisering van het personeel voor de noodzaak hieraan, het formuleren van adviezen inzake palliatieve zorg ten behoeve van het verpleegkundig, zorgkundig

en paramedisch personeel, het personeel voor reactivering en de kinesitherapeuten, het bijwerken van de kennis van de hiervoor bedoelde personeelsleden inzake palliatieve zorg, evenals de naleving van de wetgeving inzake euthanasie en palliatieve zorg alsook de naleving van de wilsbeschikking van de bewoner betreffende zijn levenseinde en/of zijn wilsverklaring inzake euthanasie.

Ik onderstreep dat alle stappen richting euthanasie zeer zorgvuldig en zorgzaam dienen te worden gezet in nauw overleg met de bewoner en zijn familie, vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger en al de betrokken zorgverleners. Euthanasie is immers een in- en aangrijpende gebeurtenis voor alle betrokkenen binnen het geheel van een zorgtraject, inclusief de zorgverleners.

Dit moet dan ook in alle sereniteit kunnen gebeuren zonder externe druk. Zinloos lijden en therapeutische hardnekkigheid dienen hierbij zeker te worden vermeden. Enerzijds dient er respect te zijn voor de keuze van de bewoner, maar anderzijds ook voor de keuze en de levensbeschouwing van de individuele zorgverleners.

In het proces van de uitvoering van de euthanasie draagt de arts die de euthanasie uitvoert, de volledige eindverantwoordelijkheid. Hij dient erop toe te zien dat alle zorgvuldigheidvereisten, zoals beschreven in de euthanasiewet, worden nageleefd.

Het is mijn intentie om met Zorginspectie, het agentschap Zorg en Gezondheid en de koepelorganisaties een gesprek aan te gaan en samen afspraken te maken over de wijze waarop op een transparante wijze de kwaliteit van levenseindezorg kan worden geïnspecteerd, alsook toezicht kan worden gehouden op de toepassing van de regelgeving.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Met betrekking tot de kracht van gewijsde, daar was het mij niet om te doen. De betrokken partijen moeten inderdaad zelf beslissen of ze in beroep gaan.

Het stemt me tevreden dat u, minister, aangeeft dat de kwaliteitsnorm in de woonzorgcentra een Vlaamse materie is, dat we hulp en dienstverlening moeten aanbieden in deze centra en dat we die zullen meten met indicatoren volgens een consensus over maatschappelijk aanvaardbare waarden. Daartoe behoren de federale euthanasiewetgeving, die uiteraard ook moet worden gerespecteerd, evenals de wettelijke zorgvuldigheidscriteria, gekoppeld aan de wetgeving op de palliatieve zorg.

Het stemt me ook tevreden dat de wilsbeschikking van de patiënt wordt gerespecteerd, als die voldoet aan de wettelijke zorgvuldigheidscriteria, in alle instellingen waarvoor Vlaanderen bevoegd is.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, deze rechtszaak vormt een belangrijk precedent. Indien aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan, vindt men wel een arts die de euthanasie wil uitvoeren. De wil van de patiënt moet worden gerespecteerd. Individuele vrijheid staat voorop. Kiest die voor palliatie of euthanasie, men moet zijn beslissing respecteren.

Denkt u dat een coördinerend raadgevend arts (CRA) ook een rol kan spelen in de communicatie?

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik dank de sprekers en de minister voor de zorgvuldigheid waarmee ze deze aangelegenheid behandelen. Wij willen ons aansluiten bij het belang van zorgvuldigheid bij dit delicate thema.

We kunnen dit precedent misschien aangrijpen om het beleid inzake totaalzorg uit te breiden naar het beleid rond euthanasie. Ik verneem van de minister dat de instelling een euthanasiebeleid had, maar in het verleden is toch wel gebleken dat heel wat woonzorgcentra nog geen uitgeschreven euthanasiebeleid hebben opgesteld. Misschien kunnen we deze gelegenheid te baat nemen om het schriftelijk euthanasiebeleid verder uit te werken.

Het gaat ruimer dan palliatieve zorg. Het gaat om een extra stap in de totaalzorg, waarbij we moeten aandringen op een normatief kader, zonder verplichtingen op te leggen aan individuele zorgverstrekkers. Ik dacht dat het volgens de euthanasiewetgeving niet mogelijk is een instelling het toepassen van euthanasie op te leggen, maar desalniettemin is er volgens mij nood aan een normatief kader.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik beklemtoon dat de partijen meester zijn van hun zaak. Het is niet aan mij om te oordelen over het al dan niet in beroep gaan. Uit het vonnis blijkt dat het principe dat in het woonzorgcentrum euthanasie mogelijk moet zijn, niet betwist wordt. De rechter heeft er akte van genomen dat op juridisch vlak geen vragen rijzen. Ik interpreteer het vonnis met de vraag of het in de praktijk is toegepast of uitgevoerd op die manier.

Dat is toch enigszins een verschil. Ik zie nu veel analyses die gewag maken van een grote principiële waarde, maar op het vlak van het juridische vraagstuk of euthanasie kan, blijkt – als ik het goed begrepen heb – het woonzorgcentrum gezegd te hebben dat het voor hen geen punt was, dat het dus moet kunnen.

Ondertussen – ik denk dat die regelgeving na de feiten gekomen is, zo heb ik het alleszins begrepen – is voor het rvt in de normering heel wat duidelijkheid gekomen, ook voor de rol van de CRA, omdat in de taakstelling van de CRA wel duidelijk een aantal zaken zijn opgenomen, ook met betrekking tot het naleven van de wetgeving inzake euthanasie en palliatieve zorg, alsook wat de naleving betreft van de wilsbeschikking inzake het levenseinde. We verwachten van elk woonzorgcentrum dat er een visie, procedures en richtlijnen ontwikkeld zijn rond het levenseinde. Ik denk dat we, zoals we dat nog gedaan hebben rond bepaalde thema's, met de koepels duidelijk moeten afspreken hoe we via ons toezicht zullen nagaan of het effectief gebeurt.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Dank u wel voor de serene sfeer, minister. Ik zal me niet verder uitspreken wat het individuele vonnis betreft. Het is wel belangrijk – en dat hebben we in de media ook gezien – dat de perceptie correct naar voren komt en ook wordt geuit door de Vlaamse overheid. Als de wettelijke zorgvuldigheidscriteria vervuld zijn – en dat is een factuele kwestie, daar ben ik het mee eens – moet het ook kunnen. De indruk mag niet ontstaan – zoals sommige titels gesuggereerd hebben – dat het niet zou moeten kunnen. Wij zijn niet verantwoordelijk voor die titels, maar vanuit Vlaanderen moeten we wel de correcte informatie verspreiden. In het kader van een ethisch verantwoord zorgbeleid, waarnaar u zelf verwezen hebt, moet het kunnen. Het is ook een basisvoorwaarde voor een palliatieve zorg, wat iedereen nu ook erkent, dat heeft de Vlaamse Ouderenraad ook gezegd naar aanleiding van de conceptnota Zorg. Ik ben blij dat u zegt dat u er met de zorginspectie en met de koepels voor zult zorgen dat er een visienota over totaalzorg of levenseindezorg komt, dat elk woonzorgcentrum een visie moet hebben waarin die verschillende aspecten worden meegenomen en waarin duidelijk moet blijken dat euthanasie, indien de voorwaarden vervuld zijn, ook in elke ouderenvoorziening zou moeten kunnen. Als dat het resultaat is van deze vraag, is dat voor mij voldoende.

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 erkenning van de zorgberoepen – 2547 (2015-2016)

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Minister, op 19 maart 2014 communiceerde u het volgende: "Op het Overlegcomité tussen de gemeenschappen en federale overheid is vandaag de contingentering voor medische specialismen besproken. In dit kader werd reeds een werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van de gemeenschappen en de federale overheid. Deze werkgroep zal haar werkzaamheden voortzetten. In eerste instantie zal werk gemaakt worden van een correct medisch kadaster dat de arbeidskracht inzake geneeskunde in kaart brengt. Dat zal gebeuren via een kruising van de gegevens van het federaal kadaster van gezondheidszorgberoepen met de prestatiegegevens van laatstgenoemden. Dit vormt de basis voor de verdere besprekingen. De resultaten van de werkgroep zullen in elk geval opnieuw aan de regeringen worden voorgelegd. De Vlaamse Regering zal het dossier dus blijven opvolgen."

In een antwoord op een vraag om uitleg van collega Peter Persyn in de commissievergadering van 3 maart 2015 liet u ook verstaan dat de planningscommissie werk maakt van het dynamische kadaster van de verschillende specialismen om een beter zicht te krijgen op het aantal actieve artsen per specialisme, om op die manier betere voorspellingen te kunnen maken van de planning van het aanbod van de verschillende specialismen. Er werd ook een interkabinettenwerkgroep Gezondheidsberoepen opgestart die dit dossier zou opvolgen. De gemeenschappen zijn conform de bepalingen van de zesde staatshervorming bevoegd voor het bepalen van eventuele subquota. Om een beleid verder uit te werken wou u echter eerst zicht krijgen op het dynamisch kadaster. In uw beleidsnota 2014-2019 staat het volgende: "We ondersteunen het federale beleid van de contingentering van de tandartsen en artsen. We onderzoeken voor welke beroepscategorieën het systeem van subquota behouden moet blijven. Hiervoor werken we heel nauw samen met de Planningscommissie medisch aanbod, om in het belang van elke overheid over hoogkwalitatieve gegevens over de sector van de gezondheidszorgwerkers te kunnen beschikken."

Zoals reeds eerder werd vermeld, is de erkenning van de gezondheidszorgberoepen door de zesde staatshervorming een bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap geworden. Het bepalen van de normen waaraan een kandidaat-zorgverstrekker moet voldoen om erkend te worden en de erkenning zelf, blijven echter een federale bevoegdheid. De Federale Regering legt een contingent op waaraan de gemeenschappen zich moeten houden: ze mogen dus maar een bepaald aantal RIZIV-nummers verdelen. Wallonië houdt daar al jaren geen rekening mee, daar worden meer artsen toegelaten tot de opleiding, waardoor er een overschot aan Franstalige artsen ontstaat in Wallonië. Hoewel Vlaanderen deze quota wel heeft, geraakt een deel van de Vlaamse artsen niet aan een erkenning. Nu leverde de planningscommissie onlangs het advies af betreffende de quota. Dat zou de wettelijke verdeelsleutel 60 procent Nederlandstalige artsen tegenover 40 procent Franstalige artsen wijzigen naar een 56,5/43,5-verhouding.

Hoever staan we nu met de uitwerking van het dynamisch kadaster? Hoe staat u tegenover het advies van de planningscommissie om de wettelijke verdeelsleutel te wijzigen, wat, voor alle duidelijkheid, geen unaniem advies was? In welke mate

heeft de Vlaamse Regering kunnen wegen tijdens de nauwe samenwerking met de Planningscommissie medisch aanbod, zoals werd aangegeven in uw beleidsnota?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het dynamisch kadaster is een instrument van de Cel Planning van het Medisch Aanbod van de federale overheid, onder de auspiciën van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Het dynamisch kadaster is in volle uitwerking en de eerste resultaten van de koppeling aan de consumptiegegevens – zijnde de koppeling aan de gegevens van het RIZIV – zijn als basis genomen voor het recente advies van de plenaire vergadering van de federale Planningscommissie. Het dynamisch kadaster zal in de komende maanden en jaren verder verfijnd worden.

Voor alle duidelijkheid: de Vlaamse Gemeenschap werd tot op dit ogenblik nog niet formeel gevraagd om een advies te geven. Bij de verdeling van het globale contingent over de verschillende gemeenschappen is tot nu toe altijd de 60/40-verhouding gehanteerd, alhoewel dit geen wettelijk bepaalde verdeelsleutel is. In het meest recente advies van de Planningscommissie is de nieuwe verhouding geen uitgangspunt maar een 'resultante': men heeft op basis van de voorgestelde berekeningen de aantallen per gemeenschap ingeschat per deeldiscipline. Het resulterende totaal vertoont uiteindelijk niet de traditionele verhouding. We zien op dit ogenblik geen redenen om het standpunt dat we sinds vorige regeerperiode innemen te wijzigen. We wensen de 60/40-verhouding te behouden en kijken uit naar het effect van de filter die bij decreet in de Franse Gemeenschap geïnstalleerd werd. Het betreft een examen dat na de eerste bachelor werd ingevoerd en de komende maanden voor het eerst zal worden toegepast. Of dit naar behoren werkt, zal pas blijken na de tweede zitting 2016.

Bovendien kan het niet los worden gezien van andere problemen met betrekking tot de contingentering, namelijk het overschot aan afgestudeerden aan geneeskundestudenten in de Franse Gemeenschap of, concreter, het tekort aan RIZIV-nummers voor het teveel aan afgestudeerden. Het is ten eerste de vraag of de realiteit van dat overtal ook meegenomen is als parameter om de toekomstige noden te berekenen. Dan zou men immers verwachten dat het aandeel aan Franstalige kant beduidend lager ligt, gelet op hun 'wervingsreserve', als ik dat zo mag noemen, of met andere woorden het aantal afgestudeerden die nog op een RIZIV-nummer wachten.

Tegelijk vinden we het belangrijk dat de nodige maatregelen genomen worden, in overleg met de onderscheiden gemeenschappen, die met de zesde staatshervorming bevoegd zijn geworden voor de subquota, om de integratie van de dubbele cohorte artsen die afstuderen in 2018 in de ziekenhuizen en de vervolgopleidingen te vergemakkelijken en om knelpuntspecialisaties ingevuld te krijgen door gerichte maatregelen om de aantrekkelijkheid te verhogen, onder andere via de omkadering, aanbieden van kwaliteitsvolle stages. In dat kader hebben we ook de opdracht gegeven aan de Koninklijke Academie voor Geneeskunde in België om een advies te geven over de kwaliteit van de stages en de aantrekkelijkheid van de knelpuntspecialismen.

De Vlaamse overheid heeft één niet stemgerechtigde vertegenwoordiger en aldus ook één plaatsvervanger in de Planningscommissie medisch aanbod. We willen de planningscommissie verder stimuleren om haar werkzaamheden rond het dynamisch kadaster voort te zetten en zodoende de uitgewerkte modellen verder te valideren en te verfijnen.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Uit de cijfers van de erkenningen van 2015 blijkt dat de quota in Vlaanderen gerespecteerd worden. Het quotum lag er op 80 artsen en er

zijn er 85 erkend. Daarnaast heeft de federale overheid nog eens 47 Europese diploma's en één niet-Europees diploma erkend. Langs Franstalige kant staan er 81 erkenningen tegenover een quotum van 52. Daarbovenop zijn nog 83 Europese en 11 niet-Europese diploma's erkend. Ik hoop dat Vlaanderen niet gaat meedoen aan die toestanden, want dat zal een onevenwicht bij de artsen brengen. Het zal onze studenten die in een zwaar ingangsexamen moeten slagen, verhinderen om een RIZIV-nummer te krijgen en te kunnen werken. Dat zou toch wel heel spijtig zijn, na de zware inspanningen die de studenten, maar ook hun families, hebben geleverd.

Bovendien is er ook het probleem van de buitenlandse artsen en tandartsen die de taal niet machtig zijn. Die examens zijn absoluut niet wat ze horen te zijn. Die artsen kunnen zich echt niet verstaanbaar maken tegenover patiënten. Daar worden wij bij ons in het ziekenhuis dagelijks mee geconfronteerd. Naast de buitenlandse patiënten hebben we buitenlandse studenten in het kader van Erasmus. Dat is echt wel een probleem. Er moet toch wel over worden gewaakt dat de taalvaardigheden er zijn, dat die mensen goed kunnen communiceren, en dat ze ook een evenwaardige opleiding hebben. Eigenlijk moeten we streven naar een ingangsexamen tout court voor alle mensen die een erkenning willen, ook al hebben ze hun diploma in het buitenland behaald.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord;

Freya Saeys (Open Vld): De vraag is al aan bod gekomen tijdens de plenaire vergadering. Ik ga nog eens herhalen wat ik toen heb gezegd. Voor het eerst is het quotum gebaseerd op een wetenschappelijke methode. Dat is in de Planingscommissie unaniem goedgekeurd, zowel door Vlamingen als door Walen, maar het resultaat ervan is door twee leden niet goedgekeurd. Als men een systeem goedkeurt, moet men achteraf toch ook het resultaat ervan aanvaarden. Het is ook de eerste keer dat de minister van Volksgezondheid Wallonië gedwongen heeft om de instroom in het onderwijs te gaan inperken, met een numerus fixus. Hoe betrouwbaar dat zal zijn, zullen we zien. Er zijn in ieder geval vergrendelingsmechanismen in het voorstel ingebouwd.

Voor het eerst ook zullen overtallen worden gecorrigeerd, omdat Wallonië inderdaad op een schandalige manier met de instroom van artsen is omgegaan. Het voorstel is dat er jaarlijks 194 plaatsen van het quotum van Wallonië zullen worden afgetrokken, maar omgekeerd zal het quotum voor Vlaanderen verhoogd worden met 76 plaatsen. Dat zal gebeuren gedurende zeven jaar.

Onze federale minister is dus niet echt naïef. Ze houdt toch twee stokken achter de deur. Ten eerste doet men die oefening voor één jaar, namelijk 2022, en zal men dan wel zien of Wallonië het ook ernstig meent met die numerus fixus. Ten tweede zal de minister erover waken dat ze werkt met genummerde autorisaties, die exact met de quota zullen overeenkomen. Wie daar niet over beschikt, zal dan ook geen RIZIV-nummer krijgen.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Minister, uw antwoord is hetzelfde als dat dat we in de plenaire vergadering hebben gekregen, wat ook maar logisch is. Ik kan er me volledig bij aansluiten, maar ik voel me toch geroepen om iets te zeggen, want nu zijn we een amalgaam aan het maken in de vraagstelling van de toe te kennen RIZIV-nummers, het medisch aanbod van de Planingscommissie en de erkenning van buitenlandse diploma's. We moeten opletten dat we niet alles in één zak gooien, waardoor niemand nog weet waarover we eigenlijk praten. Dat is niet allemaal hetzelfde.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik ben het eens met wat de heer Bertels zegt, maar het is een feit dat heel wat buitenlandse studenten hier komen studeren. Ik heb onlangs het woord gevoerd over de taalproblematiek in het Brusselse. Ik ben niet alleen bekommerd om de onrechtvaardigheid van de schandalige uitwassen die nu twintig jaar aan de gang zijn, waarbij mensen in de zuidelijke helft van het land wetten en afspraken aan hun laars lappen, maar vooral om de problemen van taalgebruik.

Mevrouw Croo stelt in de praktijk vast dat er inderdaad tandartsen zijn die uit een Franstalig gebied komen en in België snel aan de bak geraken maar die hun patiënten niet verstaan. Dit geldt a fortiori voor mensen die elke dag aan het ziekbed staan, zowel in een ziekenhuis als in de thuissituatie. De vergelijking maken met stukadoors die uit Polen komen, gaat in dezen echt niet op. Ik pleit eigenlijk voor misschien bijkomende Vlaamse maatregelen in de erkenning. Hetzij tijdens de opleiding hetzij na de opleiding moeten er stevige testen zijn. Zo niet belanden we binnenkort van de wal in de sloot. Beter voorkomen dan genezen.

Jan Bertels (sp.a): Ik wil niet dat me woorden in de mond worden gelegd als 'Poolse stukadoors' en 'gezondheidsberoepen'. Ik heb daar zelfs in de verste verte niet over gesproken. Ik wilde gewoon opmerken dat de erkenning van buitenlandse gezondheidszorgers en de planningscommissie niet noodzakelijk hetzelfde is. Wanneer er voor de kwaliteit van de zorg taalkennis moet zijn, dan moeten we die afdwingen via de kwaliteit van de zorg, daar bestaat geen discussie over. Maar men mag hier niet alles in één zak gooien.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik ben het met een aantal zaken eens en ik bevestig, voor zover dat nog nodig is, dat minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Maggie De Block al heel wat inspanningen heeft gedaan. Ik heb er begrip voor dat moet worden gezocht naar een oplossing, maar er moet ook begrip worden opgebracht voor het feit dat de Vlaamse Gemeenschap, die zich al jaren houdt aan een aantal afspraken, met voorzichtigheid kijkt naar een aantal evoluties.

De Franse Gemeenschap zegt dat ze een instrument heeft ontwikkeld om de instroom daarop in te werken, maar dat moet eerst op zijn effectiviteit worden beoordeeld. Minister Crevits en ikzelf hebben onlangs tijdens de interministeriële conferentie gezegd dat we weten dat dit in Wallonië onderhevig is aan heel wat juridische betwistingen. Het is dan ook logisch dat we willen weten in welke mate dat instrument effectief blijkt te zijn, wetende dat de Vlaamse Gemeenschap, en vooral de studenten en de kandidaten die geïnteresseerd zijn in die opleiding in Vlaanderen, al jarenlang een systeem ondergaan dat voor hen vaak een dikke streep door de rekening betekent omdat de toekomstperspectieven niet kunnen worden gehonoreerd.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Ik hoop alleen dat de quota worden gehandhaafd en dat de verhouding niet wordt gewijzigd. Het is niet de bedoeling dat er communautaire zaken op de agenda worden geplaatst, maar we moeten er wel op toezien dat de buitenlandse diploma's met de nodige omzichtigheid worden bekeken voor ze worden erkend.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de resultaten van de proefprojecten rond informatisering in woonzorgcentra – 2550 (2015-2016)

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Minister, in uw actieplan 2014-2019 'Naar een (e)-Zorgzaam Vlaanderen' geeft u aan dat de soft- en hardware die de ICT-sector ontwikkelt, cruciaal is om de informatisering van de woonzorgsector te laten slagen. Woonzorgcentra kunnen diverse trajecten voor de informatisering van het bewoners-en zorgdossier hanteren. Om te garanderen dat deze trajecten uniform zijn, werden de algemene principes voor elk traject uitgewerkt in een roadbook 'Informatisering Woonzorgcentra'.

De pilootprojecten 'eWZC' zijn een eerste stap in de realisatie van het roadbook. Op 14 december 2012 keurde de Vlaamse Regering een besluit goed tot toekenning van een subsidie aan de koepelorganisatie Ouderenzorg Vlaanderen voor de ontwikkeling en implementatie van informatiseringstrajecten in de woonzorgcentra.

De Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG), de Federatie der Rustoorden van België (FERUBEL), het Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk (VLOZO) en Zorgnet-Icuro ontvingen een subsidie van in totaal 1,2 miljoen euro voor vijf projecten in verband met de informatisering in woonzorgcentra. Het eerste project is Homelink v2, een communicatieprotocol tussen apotheker en woonzorgcentrum. Het tweede is eTCS of een gegevenstransfer tussen woonzorgcentrum en ziekenhuis bij opname en ontslag. Het derde project Prestaties en Zorg Kwaliteitsmanagementsysteem (PREZO) gaat over de informatisering van het PREZO-kwaliteitssysteem. BeLRAI gaat over de implementatie voor Care Solutions in samenwerking met het Wit-Gele Kruis. Het laatste project betreft de BeLRAI-implementatie door een softwareleverancier van Healthcare, Corilus.

De projecten zijn een samenwerking tussen telkens drie woonzorgcentra enerzijds en softwareleveranciers anderzijds. De projecten liepen oorspronkelijk tot 31 december 2015, maar werden verlengd tot 30 juni 2016, zodat zij de nodige ruimte kregen om te worden afgerond.

In het kader hiervan hebben de koepelorganisaties, het consortium eWZC, zich geëngageerd om tegen midden 2016 een door de sector gedragen actieplan te ontwikkelen dat de verdere gegevensdeling met de woonzorgcentra beoogt en aansluit bij de evaluatie van de pilootprojecten eWZC.

Minister, kunt u de resultaten van de vijf projecten over informatisering in woonzorgcentra toelichten? Waaraan werd de subsidie concreet besteed? Wat zijn de huidige uitdagingen en obstakels met betrekking tot informatisering in woonzorgcentra?

Welke opvolging zult u geven aan de resultaten van de pilootprojecten? Hoe zal de kennis over de informatiseringstrajecten verder in de woonzorgcentra geïmplementeerd worden? Welke timing stelt u daarbij voorop?

Hoe evalueert u de informatisering binnen de woonzorgcentra op vandaag? Zit de evolutie op schema of moet er worden bijgestuurd? Wat is de stand van zaken van het aangekondigde actieplan over gegevensdeling in woonzorgcentra?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het eWZC-programma omvat twee hoofddoelstellingen. De eerste doelstelling is de verdere opbouw van de IT-functionaliteiten voor procesbeheersing en gegevensdeling. Voor de functionaliteitsuitbouw werd een projectoproep uitgeschreven die werd afgesloten op 15 mei 2014. Het objectief was vooruitgang te realiseren in vier domeinen. Het eerste domein is de transmurale zorg: informatiedoorstroming tussen de voorzieningen en met de zorgverstrekkers. Het tweede domein is de zorgplanning: multidisciplinaire samenwerking binnen de muren van het WZC. Het derde domein is het kwaliteitsbeleid: ondersteuning van het kwaliteitsbeleid door ICT-toepassingen. Het vierde domein is de apotheek: informatiseren van het intern medicatieproces, dit wil zeggen voorschrijven, bewaren, distribueren en toedienen.

Tijdens de selectie van de projecten is ernaar gestreefd de realisaties van de verschillende projectvoorstellen maximaal op elkaar af te stemmen. Daarom beschrijf ik de functionele en technische realisaties van het gehele eWZC-programma. Eén: de twee meest belangrijke IT-pakketten voor elektronisch bewonersdossier van Care Solutions en Corilus zullen geïntegreerd zijn met het Vitalink-medicatieschema. Hierdoor zullen zorgactoren uit de woonzorgcentra medicatieschema's van bewoners kunnen delen met andere zorgactoren, zoals apothekers en artsen. Bovendien kunnen ze die informatie ook gebruiken in andere IT-oplossingen, zoals de Pyxima BelRAI tools.

Twee: er is een automatisatie gerealiseerd van de communicatie tussen apotheek en woonzorgcentrum voor bestellingen, facturatie, stockbeheer en formulariumbeheer van medicatie. De directe drijfveer voor die functionaliteit is om de werking af te stemmen op de nieuwe wetgeving voor de tarifiering per eenheid.

Drie: zorgactoren kunnen op een gebruiksvriendelijke manier BelRAI-assessments opstellen en delen met andere zorgactoren binnen én buiten het woonzorgcentrum. Zo wordt in een van de projecten samengewerkt met de thuiszorgdiensten van het Wit-Gele kruis. Het nationale BelRAI-platform heeft dankzij dit programma, naast een webportaaltoegang, ook een webservicetoegang voor directe integratie met IT-oplossingen. In principe kan nu de hele zorgsector en elke leverancier daarvan gebruikmaken.

Vier: er is gewerkt aan de verdere uitbouw van het PREZO Woonzorg kwaliteitsstelsel en de integratie ervan in het elektronische bewonersdossier. Door operationele informatie door te geven aan het PREZO Woonzorg kwaliteitsstelsel en, achteraf, de actiepunten van het kwaliteitsbeleid terug te geven naar het elektronische bewonersdossier, is de cyclus van dagdagelijkse zorgwerking en kwaliteitsverbetering rondgemaakt.

Vijf: er is een eForms-bibliotheek uitgewerkt die toelaat gestandaardiseerde berichten te ontwikkelen voor gebruik met de eHealthBox. De gebruikers van de twee toepassingen elektronische bewonersdossiers kunnen nu aan de hand van de eHealthBox communiceren met alle zorgactoren die gebruikmaken van deze eHealth-dienst, gebruikmakend van de gestructureerde berichten uit de centrale eForms-bibliotheek.

Zes: het woonzorgcentrum kan zo door middel van een transferdocument op een gestructureerde wijze communiceren met het ziekenhuis. Het transferdocument bevat de zorg- en medische informatie die noodzakelijk is bij een acute of geplande opname in het ziekenhuis.

Zeven: de huisarts kan in zijn elektronisch medisch dossier (EMD) een liaisonfiche opstellen met medische gegevens, zorgafspraken en een aantal algemene gegevens en die vervolgens op een veilige manier doorsturen naar het woonzorgcentrum. Dit document wordt in leesvorm bewaard binnen het elektronisch bewonersdossier. Deze liaisonfiche wordt ook gebruikt om medische informatie

bij een ziekenhuisopname door te geven. Het ziekenhuis ontvangt zo in één communicatie alle relevante informatie over de bewoner.

Acht: het woonzorgcentrum kan aan de hand van korte berichten de huisarts op de hoogte houden van de meest vitale parameters, zoals bloeddruk en glycemie, op kritieke momenten.

Negen: administratieve, zorg- en medische informatie moeten slechts eenmaal worden ingeven. Dit is een investering in de gebruiksvriendelijkheid en is ook een van de belangrijke toegevoegde waarden van de eWZC-projecten. Het is ook een van de belangrijkste succesfactoren voor het gebruik en de brede uitrol van de IT-oplossingen in de zorg.

Tien: er is de ontwikkeling van een referentiekader voor informatieveiligheid in de woonzorgcentra.

De tweede doelstelling is de bewustmaking van de woonzorgcentra met betrekking tot informatisering. Er werd ook sterk ingezet op de communicatie naar de sector en alle verbonden stakeholders om een draagvlak voor verdere informatisering uit te bouwen. Er zijn hierbij belangrijke realisaties gebeurd. Ten eerste: de opleidingssessie over informatieveiligheid bij woonzorgcentra, waarbij de huidige ontwikkelingen en evoluties aan bod kwamen en relevante begrippen werden uitgelegd. Ten tweede: de communicatiedag op 21 juni 2016 met betrekking tot de informatisering van de woonzorgsector waarbij de resultaten van de pilootprojecten maximaal in de kijker werden gezet en de toekomstige beleidsdoelstellingen voor de informatisering van de woonzorgsector werden gepresenteerd. Ten derde: de stuurgroep van het eWZC-consortium ontwikkelde zich tot een belangrijk forum voor duidelijke communicatie en efficiënte softwareontwikkeling door de vertegenwoordiging van zowel overheid en koepels, als de business-vertegenwoordigers uit de projecten en de softwareleveranciers. Deze werkwijze is dusver zeer positief gebleken.

Ik kom tot het gebruik van de toegekende subsidie. Het totale subsidiebedrag bedroeg 1.236.000 euro, vastgelegd op de budgetten van Zorg en Gezondheid. Hiervan werd 797.811,8 euro toegekend aan de vijf pilootprojecten. Die pilootprojecten bepalen zelf waaraan de toelagen worden besteed. Er werd ongeveer een 50/50-verdeling gehanteerd waarbij 50 procent van het budget naar IT-leveranciers ging voor hun ontwikkelingen en 50 procent naar de business, de organisatie van de woonzorgcentra voor behoefteformulering, het testen van de functionaliteit, uitrol en projectmanagement.

De opvolging van de projecten gebeurde aan de hand van de ingediende projectplannen door een stuurgroep die technisch en budgettair kan bijsturen. De Vlaamse overheid zit deze stuurgroep voor, waarin naast de koepels ook de coördinator, architect en informatieveiligheidsconsulent aanwezig zijn. De projecten worden verder maandelijks opgevolgd door een projectmanagementgroep, waarin eveneens alle stakeholders vertegenwoordigd zijn. Ten slotte is er op geregelde tijdstippen een disseminatiesessie waarop de projectpartners de voortgang van hun project kunnen toelichten en de ontwikkelingen binnen andere projecten kunnen becommentariëren.

Aan de hand van die opvolging en de behaalde doelstellingen werd de projectsubsidie uitbetaald in verschillende schijven. De toekenning en uitbetaling van de laatste schijf gebeurde in de maand juni. Het restbedrag, 438.188,2 euro, werd besteed aan: het programmamanagement, onder andere de aanstelling van een veiligheidsconsulent, projectmanager en IT-architect; de organisatie van de opleiding over informatieveiligheid; de organisatie van de communicatiedag voor de informatisering van de woonzorgcentra; studiewerk, met een aantal rapporten die moesten worden bekeken; werkingskosten van het consortium; en overleg met de eHealth-diensten. Er is nog een restbedrag van 115.200 euro, dat dient

voor de ondersteuning bij de uitrol van de pilootprojecten, het actieplan voor de informatisering van de woonzorgcentra en verdere ondersteuning van gerelateerde projecten zoals rond de financiën, de kwaliteitsindicatoren enzovoort.

Wat zijn de obstakels en de huidige uitdagingen voor de informatisering? Ik overloop enkele 'lessons learned' uit de pilootprojecten. Eerst en vooral is er het belang van de basis-ICT. Een groot aantal woonzorgcentra zal eerst de basisinfrastructuur en -applicaties willen of moeten aanpakken, alvorens grote stappen te zetten op het vlak van gegevensdeling. Dat geldt ook voor het opbouwen of aantrekken van de basiscompetenties. Ten tweede is er de informatieveiligheid. Binnen eWZC is er bijzondere aandacht gegaan naar informatieveiligheid. Voordat gegevensuitwisseling kan plaatsvinden, dient een voorziening de nodige waarborgen te geven op het vlak van de informatieveiligheid, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en de zorgverlener en het respect van het medisch beroepsgeheim. We stellen op dit moment vast dat de kennis die nodig is om deze materie aan te pakken, binnen de woonzorgcentra niet altijd toereikend is. Dat vormt een belangrijke hinderpaal in de uitrol van de verschillende toepassingen, aangezien telkens een individuele benadering nodig is.

Een volgende 'lesson learned' is dat bij kleine voorzieningen de IT-capaciteit relatief beperkt is. Naast de grote groeperingen en ondernemingen zijn er een groot aantal woonzorgcentra die als relatief kleine, individuele organisatie een beperkt absorptievermogen hebben als het over proces- en technologische vernieuwing gaat. We moeten erover waken dat de sector niet in een spreidstand komt te staan op het vlak van informatisering.

Een volgende observatie is dat we de betaalbaarheid moeten garanderen. Bij verdere ontwikkelingen dient ook steeds de betaalbaarheid in rekening te worden gebracht, zonder de efficiëntiewinsten en baten op lange en middellange termijn uit het oog te verliezen. Bovendien zullen de kosten voor ICT, gezien de uitdagingen, de komende jaren gevoelig toenemen.

Er zal ook aandacht moeten zijn voor multidisciplinaire changemanagementtrajecten. Het bleek cruciaal om vanaf het begin in te zetten op de betrokkenheid van alle personeelsleden, maar ook andere zorgactoren. Zo dient het woonzorgcentrum met een zeer groot aantal huisartsen een goede samenwerking op te bouwen vooraleer gegevensdeling mogelijk is.

Er is verder ook een duidelijke communicatie nodig naar zowel de softwareleveranciers als de voorzieningen. Er is nood aan duidelijke en begrijpbare informatie, het liefst beschikbaar in een eenduidige en centrale bron, die de nodige informatie op een overzichtelijke manier aanbiedt en waar de verschillende partijen naar kunnen verwijzen. Dat is bijvoorbeeld belangrijk ter ondersteuning bij het aanvragen van een eHealth-certificaat.

Ten slotte is schaalvergroting van IT-oplossingen noodzakelijk, in plaats van individuele functionaliteiten. De huidige EBD-oplossingen (elektronische bewonersdossiers) zijn gebaseerd op een client-serverprincipe met veel lokale installaties in de woonzorgcentra. Een totaaloplossing moet dus steeds in elke voorziening apart worden ingericht. Dat vraagt veel IT-knowhow en men kan zich de vraag stellen of dat een kerntaak is van een woonzorgcentrum. In de toekomst moeten pistes als schaalvergroting en as-a-service-oplossingen, zoals de 'cloud', bekeken worden in het kader van die problematiek.

De opvolging van de pilootprojecten en de uitrol ervan zijn opgenomen in het actieplan voor de informatisering van de woonzorgcentra. Het actieplan past binnen het federale plan eGezondheid 2016-2018, meer bepaald onder actiepunt 7. Het uitgangspunt van dat actieplan zijn de reeds verworven inzichten inzake informatisering uit de eWZC-pilootprojecten, gecombineerd met de noden en opportuniteiten

die de sector vandaag vaststelt. Het actieplan geeft de verdere uitdagingen aan voor informatisering en tracht maximaal aan te sluiten bij de prioriteiten die in overleg met de koepels en na bevraging van de woonzorgcentra naar voren worden geschoven.

De uitrol van het actieplan zal verder passen binnen het eWZC-programma. De komende periode is het vooral zaak om de opschaling van de pilootprojecten te realiseren en de woonzorgcentra daarvoor klaar te stomen. De huidige overlegstructuur van het eWZC-consortium blijft bestaan en wordt structureel voortgezet en eventueel uitgebreid naar andere zorgverstrekkers of stakeholders.

Belangrijk daarbij is aandacht te hebben voor de randvoorwaarden die naar boven kwamen bij de pilootprojecten. We denken daarbij aan informatieveiligheid. De vereisten voor informatieveiligheid blijken een zeer moeilijk te nemen horde voor de uitrol van functionaliteit met betrekking tot gegevensdeling. Omdat we willen dat de gegevensdelingsstromen op een veilige manier gebeuren, verwachten we aanzienlijke inspanningen van de woonzorgcentra op dat vlak. We willen de woonzorgcentra dan ook ondersteunen in dat veranderingstraject. Het materiaal dat werd aangereikt in de eWZC-pilootprojecten, kan daarbij als voorbeeld worden gebruikt.

Het actieplan vormt de verdere leidraad voor acties rond informatisering die de woonzorgcentra en de Vlaamse overheid zullen ontplooien, in de eerste plaats voor de periode 2016-2018, hoewel het ook duidelijk is dat voor de realisatie van een groot aantal onderdelen er een ruimer tijdsbestek nodig zal zijn.

Het eWZC-programma is zeker een succes, niet enkel op het vlak van technische realisaties, maar des te meer op het vlak van bewustmaking omtrent informatisering bij de Vlaamse woonzorgcentra. Het eWZC-programma heeft het thema van de informatisering op de kaart gezet. Men merkt dat dit onderwerp leeft in de sector. Er waren dan ook zo'n 240 deelnemers uit de sector aanwezig op de communicatiedag voor de informatisering van de woonzorgsector op 21 juni.

Ook de online-enquête die dit voorjaar plaatsvond naar aanleiding van het schrijven van het actieplan, werd gekenmerkt door een hoge respons. De resultaten uit deze enquête zijn representatief voor 399 Vlaamse woonzorgcentra, zowat de helft van alle erkende woonzorgcentra.

Deze enquête polste niet enkel naar de prioriteiten van woonzorgcentra op het vlak van informatisering, maar ook naar de huidige digitaliserings- en informatiseringsgraad. Uit de resultaten kunnen we volgende conclusies trekken. Nagenoeg alle woonzorgcentra beschikken over een elektronisch bewonersdossier. Ook het proces van bestellen en beheer van medicatie met de apotheek verloopt voor de meeste voorzieningen geïnformatiseerd. Ondersteunende processen, zoals logistiek beheer, kwaliteitsbeheer, personeelsbeheer en documentbeheer, kennen een ruime marge voor verdere informatisering. Slechts in uitzonderlijke gevallen is de gegevensuitwisseling met het ziekenhuis een geïnformatiseerd proces of heeft de huisarts rechtstreeks toegang tot het elektronisch bewonersdossier. Er zijn aanzienlijke noden op het vlak van informatieveiligheid. Ongeveer 50 procent beschikt over een informatieveiligheidsbeleid en slechts 30 procent over een veiligheidsconsulent.

Deze resultaten liggen in de lijn van de vooropgestelde verwachtingen. Er zijn grote stappen voorwaarts gedaan op het vlak van interne IT-infrastructuur, maar er zijn bijkomende verbetertrajecten nodig op het vlak van informatieveiligheid en transmurale communicatie. De kennis en ervaring opgebouwd tijdens het eWZC-programma vormen echter een solide startpunt voor verdere verbetertrajecten. Er is een positieve evolutie, die we dan ook graag willen voortzetten.

Het voorstel tot actieplan is tijdig opgeleverd aan de IKW eGezondheid en wordt nu verder gevalideerd. De prioriteiten uit dit actieplan werden ook gecommuniceerd aan de sector op de communicatiedag voor de informatisering van de

woonzorgsector, die plaatsvond op 21 juni 2016. De uitrol van het actieplan wordt verder opgevolgd door het eWZC-consortium.

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Bedankt, minister, voor uw inderdaad bijzonder uitvoerig antwoord. Ik kan dan ook niets anders dan bevestigen dat de budgetten voor de pilootprojecten voor eWZC meer dan goed besteed zijn.

Het gaat om een proces, waarbij de omslag van de papieren versie naar het digitale tijdperk niet alleen bij de woonzorgcentra, maar ook in de hele administratie dient te gebeuren. U hebt terecht aangehaald dat informatieveiligheid en gegevensdeling in dit soort administratie nog een hele uitdaging voor de toekomst vormt.

Het belangrijkste is dat stappen vooruit werden gezet, dat heel veel deelnemers aanwezig waren op de communicatiedag waarop de resultaten van de pilootprojecten werden bekendgemaakt. Dit toont aan dat ieder woonzorgcentrum geïnteresseerd is en zoekt naar de beste oplossing voor zowel gegevensdeling als kwaliteitssystemen, software, e-communicatie, evenals de samenwerking met het Wit-Gele Kruis en Care Solutions, evenals de BelRAI-implementatie.

Ik hoop dan ook dat deze middelen de sector geprikkeld hebben om de omslag naar het digitale systeem in de woonzorgcentra te realiseren. Dit betekent ook dat wat u hebt opgenomen in het actieplan, gelukt is, en ik hoop dat de knowhow in Vlaanderen zo goed mogelijk kan worden uitgerold.

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 opvolging van de resolutie betreffende de vroegtijdige detectie en de behandeling van postnatale depressie – 2568 (2015-2016)

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Vandaag heeft 13 procent van de bevallen moeders te maken met postnatale depressie. Helaas heerst er een enorm taboe rond, niet alleen bij vrouwen maar ook bij hulpverleners. Vorig jaar diende ik hierover samen met de overige meerderheidspartijen in het Vlaams Parlement een voorstel van resolutie in om het taboe te doorbreken, alle betrokkenen te sensibiliseren en via een screeningsinstrument tijdens en na de zwangerschap de pre- of postnatale depressie tijdig te detecteren.

Graag vernam ik van de minister of in de bestaande campagnes reeds werk gemaakt wordt van een bijsturing van de algemene beeldvorming op het taboe rond postnatale depressie. Werden reeds gerichte sensibiliseringscampagnes georganiseerd bij zwangere vrouwen, jonge moeders en hun partners enerzijds en zorgverstrekkers die zwangere en jonge moeders begeleiden anderzijds?

Werd reeds een beslissing genomen inzake het screeningsinstrument dat geïntroduceerd dient te worden bij zorgverstrekkers, zoals consultatiebureaus, de Huizen van het Kind, of kraamzorg?

Wat is de stand van zaken inzake het ter beschikking stellen van een doorverwijzingsregister?

Welke voorbeelden kunnen worden gegeven inzake de verspreiding van expertise en kennis uit de moeder-kindeenheden naar andere residentiële en ambulante werkingen binnen de geestelijke gezondheidszorg?

Hoever staat het met de uitbouw van een perinataal centrum?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: In onder meer het zwangerschapsboekje en de nieuwsbrief Zwanger van Kind en Gezin wordt er reeds prenataal op gewezen dat, wanneer de somberheid, ook wel babyblues genaamd, langer dan veertien dagen blijft aanslepen, er sprake kan zijn van het ontstaan van een post-partumdepressie. In de nieuwsbrief wordt de link gelegd naar meer informatie op de website van Kind en Gezin over post-partumdepressie. Deze informatie richt zich zowel tot ouders als hun omgeving.

Op dezelfde webpagina wordt de gratis onlinecursus Post-partumdepressie bekendgemaakt, die zorgverleners onder meer kennis aanreikt over de signalen van post-partumdepressie, het onderscheid met babyblues, de effecten ervan op het kind en het ouderschap en handvatten om post-partumdepressie bespreekbaar te maken met ouders.

Deze online cursus werd recent aangevuld met intervisiemateriaal ter ondersteuning van regioteamleden en consultatiebureau-artsen bij hun dienstverlening inzake post-partumdepressie. Ook in de postnataal aangeboden communicatiedragers van Kind en Gezin komt post-partumdepressie intussen aan bod. Het onderwerp werd bijvoorbeeld geïntegreerd in het Kindboekje, dat een groot bereik kent bij jonge ouders en zorgverleners aangezien het bij uitstek door hen wordt gebruikt om kindgegevens doorheen de eerste levensmaanden en -jaren te registreren.

Het agentschap Zorg en Gezondheid ontwikkelt momenteel in samenwerking met onder meer Kind en Gezin, de moeder-baby-eenheden en de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid een sensibiliseringscampagne inzake post-partumdepressie. De strategie en het concept worden momenteel voorbereid. Deze campagne heeft drie doelstellingen, namelijk algemene beeldvorming rond post-partumdepressie; voorzien van specifieke informatie voor zwangere vrouwen, jonge moeders, hun partners en netwerken en informeren van zorgverstrekkers zodat ook zij de signalen van een post-partumdepressie sneller oppikken en een adequate behandeling opstarten of doorverwijzen naar gepaste hulpverlening. Alle promotiematerialen zullen verwijzen naar de website van Kind en Gezin, waar men de belangrijkste informatie over post-partumdepressie kan terugvinden. De lancering van de campagne wordt komend najaar verwacht. De campagne wil zowel ouders, aanstaande ouders, hun omgeving als zorgverleners bereiken. De Associatie Beeldvorming zal in haar jaarprogramma ondersteuning bieden aan de sensibiliseringscampagne rond postnatale depressie. Waar mogelijk kunnen deze campagne en activiteiten van de Associatie aan elkaar gelinkt worden om zo het gezamenlijke bereik en effect te versterken. Daarnaast lanceert Kind en Gezin vermoedelijk eind 2016 een nieuw zwangerschapsmagazine. Ook in deze uitgave zal post-partumdepressie aan bod komen. Hiertoe werden de voorbije weken interviews afgenomen met een psychiater en een moeder-ervaringsdeskundige die getuigen over post-partumdepressie en het belang van preventie ervan.

Over het screeningsinstrument werd de beslissing nog niet genomen. Wel ontving Kind en Gezin begin december 2015 experts van de moeder-baby-eenheden en het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie in navolging van de aangenomen resolutie betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van postnatale depressie. Er werd geëxploreerd welke bijkomende rol Kind en Gezin en de Huizen van het Kind in de toekomst zouden kunnen opnemen ter preventie en

detectie van vermoedelijke pre- en postnatale depressies binnen de dienstverlening ten behoeve van ouders en aanstaande ouders.

Het gebruik van de vraagstelling door medewerkers van Kind en Gezin volgens de overeenkomstige richtlijn van het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ter opsporing van een vermoeden van post-partumdepressie, werd actief bevraagd bij en gesteund door de experts. De detectie van een vermoeden van post-partumdepressie wordt binnen Kind en Gezin verder geëvalueerd, wat intussen mogelijk is dankzij registraties in het kinddossier sinds oktober 2015. Het resultaat hiervan kan de keuze voor een screeningsinstrument in de toekomst beïnvloeden.

Kind en Gezin verwijst vrouwen op basis van een vermoeden van post-partumdepressie gericht door naar de behandelend arts, waarbij registratie van verwijzing in het kinddossier mogelijk is sedert oktober 2015.

Voor een concrete uitwerking van de actie rond de verspreiding van de expertise uit de resolutie worden twee pilootprojecten perinatale geestelijke gezondheidszorg opgestart, één in de provincie Oost-Vlaanderen en één in de provincie Antwerpen. Die hebben als doelstelling het ontwikkelen van een regionaal zorgpad, met detectie en behandeling van psychische problemen bij vrouwen vanaf de zwangerschapswens tot één jaar na de bevalling in samenwerking met alle belangrijke perinatale eerste-, tweede- en derdelijnsactoren, zoals huisartsen, Kind en Gezin, vroedvrouwen, gynaecologen, pediaters, neonatologen, sociale dienst, verloskundigen, psychiaters, infantteams, enzovoort, en de netwerken. Hierdoor zal men voor de ontwikkeling van dit regionaal zorgpad alle perinatale actoren betrekken, zowel vanuit de eerste, tweede en derde lijn, zowel de mentale als somatische hulpverleners, de ambulante, outreachende en residentiële sector. Men zal ook een getrappt screenings- en assessmentprotocol ontwikkelen, op maat van zwangere en bevallen vrouwen, en aangepast aan de verschillende hulpverleners, voor een efficiënte detectie van psychische problemen en toeleiding naar getrapte zorg. Het gebruik van de screeningtools en de kennis van perinatale geestelijke gezondheidsproblemen en de aanpak ervan zullen via sensibiliseringsinitiatieven kenbaar worden gemaakt binnen de partners van het perinatale netwerk. De Vlaamse overheid maakt hiervoor de nodige middelen vrij om twee halftijdse coördinatoren aan te stellen gedurende één jaar, we starten dus in september 2016 en eindigen eind augustus 2017. Het biedt een grote meerwaarde dat alle relevante perinatale actoren betrokken zijn in deze pilootprojecten voor de ontwikkeling van een regionaal zorgpad en dat er een gelijktijdige inbreng is van de enorme klinische expertise van alle perinatale klinische actoren, met onder andere de moeder-baby-eenheden, die gevestigd zijn in het psychiatrisch ziekenhuis Sint Camillus en het Psychiatrisch Ziekenhuis in Zoersel, de infantteams - UZ Gent en Universitaire Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA) - en de universitaire kenniscentra, namelijk Universiteit Gent en UZ Gent, UKJA, Universiteit Antwerpen en Capri.

De resolutie vraagt de uitbouw van een perinataal centrum te ondersteunen, waarbij de kennis inzake het fysisch en psychisch welzijn van moeder en kind wordt gedeeld met regionale ziekenhuizen, dit teneinde de vroegdetectie van pre- en postnatale depressie te stimuleren en te verbeteren en de goede praktijken inzake behandeling te verspreiden. We zijn van mening dat we met de pilootprojecten perinatale geestelijke gezondheidszorg tegemoetkomen aan de zorg voor vroegdetectie en voor de verspreiding en implementatie van good practices. Immers, vanuit alle betrokken actoren met de nodige expertise – met centraal de moeder-baby-eenheden – en met betrokkenheid van alle relevante partners op alle zorglijnen, focussen we dus op de uitbouw van twee regionale zorgpaden in twee verschillende netwerken, zoals ik bij de vorige vraag heb toegelicht, die rekening houden met regionale verschillen en eigenheden. Die zorgpaden kunnen model staan voor de verdere implementatie in andere regio's.

Tevens wil ik hierbij vermelden dat we vernomen hebben dat het Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) Leuven zelf gestart is met een nieuwe raadpleging perinatale psychiatrie en een expertisecentrum voor zwangerschapspsychiatrie, voor vrouwen met psychiatrische problemen die zwanger willen worden, zwanger zijn of net bevallen zijn van hun kind. Ook hier staat vroegdetectie centraal.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Het stemt me zeer tevreden dat er zaken in beweging zijn. Ik ben zeer blij over de sensibiliseringscampagne. U zegt dat ze in het najaar start, maar hoelang gaat de campagne lopen?

In verband met het screeningsinstrument heb ik er altijd op gewezen dat screening uitermate belangrijk is. Hoe vroeger men een depressie in een zwangerschap detecteert, hoe sneller men kan ingrijpen en men kan starten met psychotherapie of met medicatie. Uit wetenschappelijke studies blijkt effectief dat, als men dit toepast, er een zeer goede 'outfall' is, dus dat er minder snel na de bevalling een deterioratie van de toestand is. Het is dus uitermate belangrijk dat men verder werkt op dit screeningsinstrument.

U zegt dat Kind en Gezin experts heeft gezien. Wanneer gaat dat iets opleveren? U hebt het ook over pilootprojecten, maar wanneer gaat er iets concreets gebeuren? U hebt het ook over een doorverwijsregister, waarbij men vanuit de consultatiebureaus doorverwijst naar de huisarts. Eenmaal men heeft doorverwezen naar de huisarts, is het natuurlijk wel belangrijk dat de huisarts doorverwijst naar de juiste partner. Ik merk dat zeer veel huisartsen niet op de hoogte zijn van moeder-kindeenheden. Er is nog beterschap mogelijk door vooral naar de zorgverstrekkers duidelijk te stellen naar waar hij of zij moet doorverwijzen.

Ik ben uitermate tevreden dat u zegt dat er twee halftijdse mensen in dienst zullen treden gedurende één jaar. Ik hoop dat die periode verder zal doorlopen.

Wat de regionale zorgpaden betreft, heb ik de vraag of ze specifiek zullen uitgaan van de moeder-kindeenheden. Zullen ze daarrond gecreëerd worden? Ik vang allerlei zaken op, zoals dat de universiteit van Leuven die meer naar zich toe zou willen trekken. Gaat men parallel aan elkaar werken of gaat men specifiek vanuit de moeder-kindeenheden de regionale zorgpaden verder gaan verspreiden?

Katrien Schryvers (CD&V): Ik wil nog verwijzen naar een schriftelijke vraag die ik recent heb gesteld met betrekking tot de bezetting van de moeder-kindeenheden. Daaruit bleek dat de bezetting zeer groot is. Dat is niet nieuw, we wisten dat al in het verleden. Zoals we in de resolutie hadden gevraagd, is er binnen de moeder-kindeenheden een verschuiving van het residentiële aanbod naar de dagbehandeling en de thuisbegeleiding, zodat er meer mensen kunnen worden geholpen, of mensen soms sneller kunnen worden geholpen. Het is ook niet zo dat voor iedereen residentiële zorg nodig is.

Uit het antwoord op die vraag bleek ook dat de grote bezetting van de moeder-kindeenheden soms druk geven met betrekking tot de verdere ontplooiing van de thuiszorg of de ambulante behandeling. Ik zou ook daarvoor de nodige aandacht willen blijven vragen, zodat we vrouwen die hulp nodig hebben, sneller kunnen volgen, op een minder ingrijpende manier, en zodanig dat er ook meer vrouwen kunnen worden geholpen.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Zoals ik het begrijp, zal er een samenloop zijn van de campagnes die jaarlijks in het programma van onze beeldvormingspartners zijn opgenomen. Er is een globale prioriteit in ons beleid met betrekking tot geestelijke

gezondheid om rond beeldvorming te werken. Ik begrijp dat er nu gekeken wordt om de jaarlijkse campagne voor een stuk naar dit thema te kunnen overzetten en ze te koppelen aan een meer duurzame campagne van aandacht, via de link met hetgeen Kind en Gezin daaromtrent aanbiedt. Het is een combinatie van de twee. Om u een idee te geven – maar ik kan me absoluut niet uitspreken over de impact en de manier waarop dat wordt georganiseerd: een van de vorige campagnes rond beeldvorming had te maken met kinderen en jongeren en psychiatrische zorg. In die campagne werd Selah Sue als voorbeeld gebruikt. Er is vraag om op die lijn rond dit thema te werken. Nogmaals, ik heb absoluut geen zicht op de concrete manier waarop dat vorm is gegeven.

De ontwikkeling van de zorgpaden gaat natuurlijk veel van de andere issues uitklaren. Als daar al die partijen bijeen zijn, niet alleen de huisarts maar ook eventueel een derde lijn, dan gaat men rond bekendheid of doorverwijzing afspraken kunnen maken. Het is nuttig dat we die twee regionale initiatieven laten starten. Daarin zijn de moeder-babyeenheden uitdrukkelijke partners. Het is waarschijnlijk ook geen toeval dat ze in Oost-Vlaanderen en Antwerpen zullen worden ontwikkeld. Ik ga ervan uit dat, als men daar in Leuven een nieuw expertisecentrum rond ontwikkelt, het daar natuurlijk ook in betrokken kan worden. Ik ga er niet van uit dat we dat nog allemaal nog eens apart moeten doen. Dat gaat veel leren over wat er nog staat te gebeuren op het vlak van de verspreiding en de verhoging van de competenties rond dit thema.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Wat in verband met het screeningsinstrument?

Minister Jo Vandeurzen: Ik begrijp dat Kind en Gezin daar nog geen beslissing over heeft genomen. Ik veronderstel dat, als men die zorgpaden gaat ontwikkelen, het daar een deel van zal zijn: hoe kunnen we afspreken? Welke signalen moeten worden herkend? Ik veronderstel dat men dat vooral opneemt in de eerste lijn en de vroegdetectie. Dat is alleszins wat ik heb vernomen van Kind en Gezin. Dat zal ook aan bod komen op de conferentie over het jonge kind in oktober, zegt de kabinetschef.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.