



Vlaams
Parlement

vergadering **C260 – WEL21**
zittingsjaar 2010-2011

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en
Armoedebeleid

van 7 juni 2011

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Else De Wachter tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een nieuwe test om baarmoederhalskanker op te sporen - 2290 (2010-2011)	
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over nieuwe mogelijkheden in het opsporen van baarmoederhalskanker - 2299 (2010-2011)	3
Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de campagne 'Samen ondernemer in welzijn' - 2304 (2010-2011)	5
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de waarschuwing voor het gebruik van hoestsiroop door kinderen onder de twaalf jaar - 2338 (2010-2011)	10
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het pneumokokkenvaccin - 2359 (2010-2011)	11
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het voortraject bij de ondersteuning van personen met een handicap - 2351 (2010-2011)	13

■

Voorzitter: de heer Tom Dehaene

Vraag om uitleg van mevrouw Else De Wachter tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een nieuwe test om baarmoederhalskanker op te sporen

- 2290 (2010-2011)

Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over nieuwe mogelijkheden in het opsporen van baarmoederhalskanker

- 2299 (2010-2011)

De voorzitter: Mevrouw De Wachter heeft het woord.

Mevrouw Else De Wachter: Voorzitter, minister, de screening van baarmoederhalskanker kent een enorme wetenschappelijke en medische evolutie inzake opsporing en preventie. Jonge meisjes kunnen zich nu laten inenten tegen baarmoederhalskanker. Er zou nu een nieuwe test voor baarmoederhalskanker zijn die maar om de vijf à tien jaar moet worden uitgevoerd. Deze manier van testen zou er niet alleen voor zorgen dat meer gevallen opgespoord worden, maar ook dat vrouwen veel minder naar de gynaecoloog moeten gaan.

Nederland zou het verst staan met de invoering van de nieuwe manier van testen. Een advies van de Nederlandse Gezondheidsraad raadt aan de wijze van testen om te keren. De werkwijze is volgens viroloog Marc Van Ranst zo dat het uitstrijkje eerst naar de patholoog gaat. Als hij iets ziet dat afwijkend is, stuurt hij het staaltje door naar de viroloog. Die test vervolgens op de aanwezigheid van het HPV-virus. Dat humaan papillomavirus is in de meeste gevallen de boosdoener als het aankomt op baarmoederhalskanker. De Nederlandse overheid krijgt nu het advies om een uitstrijkje eerst te laten testen op HPV vooraleer het naar de patholoog gaat.

Volgens Van Ranst heeft onderzoek tevens uitgewezen dat vrouwen die dan te horen krijgen dat ze niet besmet zijn met het virus, sowieso vijf jaar veilig zijn. Dat wil dus zeggen dat ze maar om de vijf jaar naar de gynaecoloog zouden moeten voor onderzoek en preventie. Bovendien zou ook het aantal opgespoorde gevallen toenemen. Dat zou een win-winsituatie zijn. In Nederland denkt men zelfs dat men per jaar 75 extra besmettingen kan opsporen.

Minister, hebt u weet van deze nieuwe manier van testen? Is deze manier effectief efficiënter? Indien ja, kunt u erop aandringen om deze test hier ook positief te laten adviseren?

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Minister, waarschijnlijk is mijn vraag om uitleg gebaseerd op hetzelfde krantenbericht als de vraag van mevrouw De Wachter. Vorige week las ik een artikel over de nieuwe test op baarmoederhalskanker.

Ik heb een en ander opgezocht op Nederlandse websites. In Nederland heeft de Gezondheidsraad aan het ministerie van Volksgezondheid in een advies aanbevolen om over te stappen naar een nieuwe test inzake screening van baarmoederhalskanker, gekoppeld aan het verhogen van de opkomst en een verbetering van de follow-up.

Mevrouw De Wachter heeft het technische aspect uitgelegd. Ik wil nog drie zaken toelichten. Uit de Nederlandse gegevens blijkt dat de huidige vorm van onderzoek minder goed werkt bij jonge vrouwen, en dat een aantal tumorvormen minder goed kunnen worden opgespoord. Met de nieuwe screening zou hierin een spectaculaire verbetering komen.

Deze wijze van screening heeft ook als voordeel dat de test slechts om de zeven jaar dient te gebeuren in plaats van om de twee jaar, zoals vandaag het geval is. Ook dat zou een spectaculaire verbetering zijn.

In Nederland wordt verder beklemtoond dat men een behoorlijk aantal gevallen van de ziekte kan voorkomen op jaarbasis. In ons land – voor zover ik heb kunnen ontdekken – wordt er

nog geen aandacht besteed aan deze nieuwe manier van screenen en is er voorlopig nog geen advies. Nochtans zijn specialisten zoals viroloog Marc Van Ranst er voorstander van.

Minister, hebt u kennis van het advies van de Nederlandse Gezondheidsraad inzake een nieuwe manier van het opsporen van baarmoederhalskanker? Wat is uw standpunt? Hebt u initiatieven genomen om te laten onderzoeken of deze nieuwe wijze van screening ook in Vlaanderen kan worden ingevoerd?

In Vlaanderen is er nog geen advies. Specialisten zijn nochtans voorstander van de nieuwe test. Gelet op de voordelen die ik heb toegelicht, is het wenselijk hier in Vlaanderen ook aandacht aan te besteden. Heeft de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) initiatieven genomen om na te gaan of deze nieuwe wijze van screening ook in Vlaanderen kan worden ingevoerd?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, de intentie van Nederland, Finland en Italië om op korte termijn bij de opsporing van baarmoederhalskanker over te stappen op het gebruik van de HPV-test, is mij niet ontgaan. Ik heb ongeveer op hetzelfde moment als u daarover gelezen in de krant en uiteraard heb ik daarover informatie ingewonnen.

In hoofdzaak komt het erop neer dat men de volgorde van de tests op het uitstrijkje omwisselt: een cytologisch onderzoek bij een afwijkende HPV-test in plaats van de gebruikelijke methode, namelijk een HPV-test na bepaalde afwijkingen bij het cytologisch onderzoek. De nieuwe werkwijze heeft ook enkele nadelen en het invoeren ervan stuit op enkele moeilijkheden. Zonder volledig te zijn, noem ik enkele zaken op.

De nieuwe werkwijze kan niet bij alle manieren van staalafname gebeuren. Een degelijke literatuurstudie is nodig om voldoende zicht te krijgen op de gevolgen van het missen van die kankers die niet door het humaan papillomavirus zijn veroorzaakt. Anderzijds bestaat er het gevaar voor overdiagnose en overbehandeling, vooral bij jongere vrouwen. Dat gaat dan over voorbijgaande HPV-infectie, spontane regressie van vroege letsels, enzovoort. Jonge vrouwen hebben immers vaak een HPV-infectie die ook spontaan kan verdwijnen. Er is nood aan een goede triagetest omdat er meer vrouwen zullen zijn met een afwijkende HPV-test dan er nu zijn met een afwijkende cytologie. Er moet dus over gewaakt worden dat er niet te veel vrouwen worden doorverwezen voor coloscopie en behandeling. Een aantal bestaande systemen en procedures moeten worden herzien.

Er zullen andere partners betrokken moeten worden dan in de huidige organisatie van de opportunistische screening, onder andere alle labo's die HPV-tests uitvoeren, en dit zijn er meer dan de huidige labo's voor cytologie. Dit heeft organisatorische en financiële gevolgen, onder andere voor de Stichting Kankerregister. Voor terugbetaling van een nieuwe screeningstest moet onderhandeld worden met het RIZIV. Waar momenteel een duurdere HPV-test wordt gebruikt om een afwijkende cytologie te bevestigen, zou standaard een HPV-test gedaan worden, gevolgd door een groter aantal cytologische tests, aangezien er een groter aantal afwijkende HPV-tests zullen zijn dan er afwijkende cytologische tests zijn. Er zijn daar dus toch wel wat effecten.

Het lijkt dus aangewezen om op dit moment in Vlaanderen de opsporing van baarmoederhalskanker te organiseren op basis van cytologie, waarbij van bij de start de mogelijkheid wordt ingebouwd om op termijn te kunnen overstappen naar screening met de HPV-test. De recentste Europese aanbeveling over kwaliteitsgaranties voor cervixkanker-screening en -diagnose, die dateert van 2008, gaat nog steeds uit van cytologie. Bijsturing naar HPV-test als eerste test is uiteraard aangewezen indien de Europese aanbeveling in die zin zou worden aangepast.

De Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek zal zich op 10 juni buigen over een voorstel van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en de concrete modaliteiten voor

implementatie ervan in Vlaanderen. We zullen dus proberen om dit nu systematisch aan te pakken. De evidentie voor het gebruiken van de HPV-test als screeningsinstrument en de haalbaarheid van toepassing in Vlaanderen zullen ongetwijfeld ook ter sprake komen en opgenomen worden in een advies. In deze werkgroep, die is samengesteld met deskundigen op het vlak van screening, zetelen leden die betrokken zijn bij de huidige baarmoederhalskankerscreening in Vlaanderen. Ook zijn enkele leden nauw betrokken bij het opstellen van de Europese aanbevelingen over baarmoederhalskankeropsporing en de studies waarop de Nederlandse Gezondheidsraad zich baseerde om zijn recente advies te formuleren. De expertise is dus aanwezig in onze werkgroep.

Er is momenteel geen dergelijk initiatief van de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid. Het Preventiedecreet bepaalt dat voor dergelijke vragen de Vlaamse werkgroepen me eerder dan de SAR kunnen adviseren.

De voorzitter: Mevrouw De Wachter heeft het woord.

Mevrouw Else De Wachter: Minister, dank u voor uw antwoord. Ik heb begrepen dat u net zoals wij door de media op de hoogte bent gebracht van dit gegeven en dat u bereid bent om op zeer korte termijn via die werkgroep de mogelijkheden te onderzoeken. U zegt dat de werkgroep op 10 juni zal samenkomen om te onderzoeken welke doelgroep in aanmerking kan komen. U zei dat er ten aanzien van jonge vrouwen een probleem kan zijn. Ik veronderstel dat de werkgroep in eerste instantie zal bekijken welke doelgroep het meest in aanmerking komt, zoals het ook het geval is bij de borstkankerscreening. Ook daar houdt men rekening met welke screening voor welke leeftijd en voor welke financiële situatie het meest efficiënt is en wat een dergelijke screening met zich meebrengt.

We zullen vanuit deze commissie zeer nauw opvolgen wat de werkgroepvergadering van 10 juni zal opleveren. Dit thema ligt ons immers na aan het hart. Wij willen opvolgen wat in de toekomst de mogelijkheden zullen zijn. U geeft aan dat op 10 juni ook rekening zal worden gehouden met de noodzakelijke aanpassing van de Europese aanbevelingen. Wij zullen er op de verschillende niveaus werk van maken om aan te geven hoe belangrijk dit kan zijn.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, ik sluit mij aan bij de repliek van mevrouw De Wachter. Ik ben zeer benieuwd naar de resultaten van de besprekingen volgende vrijdag.

Minister, ik wil u vragen dat er daar aandacht wordt besteed aan de kritiek dat er verbetering moet komen bij de follow-up. Ik hoop dat u in die werkgroep zult vragen dat daar voldoende aandacht aan wordt besteed. Ik neem aan dat u of iemand van uw kabinet daar aanwezig is. Ik zou durven aandringen dat u ons in deze commissie op de hoogte houdt van de resultaten van de werkgroep. Het zou leuk zijn dat u dat automatisch doet, want u weet ook dat wij anders opnieuw vragen over deze problematiek zullen stellen. De voorzitter zal die ook niet kunnen afwijzen omdat het over nieuwe elementen gaat. Uit de talrijke vragen die gedurende deze legislatuur en het verleden over deze problematiek zijn gesteld, blijkt dat er, over alle partijgrenzen heen, veel interesse voor is. Ik ben heel benieuwd naar de resultaten van vrijdag.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de campagne 'Samen ondernemer in welzijn'
- 2304 (2010-2011)

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck: Voorzitter, minister, collega's, twee weken geleden gaf het Vlaams Welzijnsverbond de aftrap van een nieuwe campagne 'Samen ondernemer in welzijn'.

Het Vlaams Welzijnsverbond vertrekt vanuit de filosofie dat, naast de flankerende rol van de overheid, iedereen verantwoordelijk blijft voor zijn eigen leven. Het is niet enkel de overheid die het zorgaanbod mag organiseren. Individuele solidariteit in een maatschappij moet behouden kunnen blijven. De overheid moet een kader organiseren waarbinnen het mogelijk is dat mensen hun eigen verantwoordelijkheid gaan opnemen. Zij moet private initiatieven ondersteunen door in te zetten op 'onderlinge solidariteit in een zorgzame samenleving'. Vervolgens dient een afdoend middenveld te worden gecreëerd tussen overheid en burger waarbij deze 'ondernemende' welzijnswerkers inzetten op een kwalitatieve vorm van zorg voor wie op hen een beroep doet.

Uitgangspunt voor het Vlaams Welzijnsverbond is niet de winstmaximalisatie voor ondernemers maar het efficiënt organiseren van een toegankelijke, betaalbare en kwaliteitsvolle zorg die moet openstaan voor flexibiliteit en innovatie.

In het licht van de vergrijzing en toekomstige innovaties moeten alle waardevolle initiatieven gewogen worden en tegen het licht worden gehouden. Toch dient, gezien de specificiteit van de zorgsector, te worden opgelet met het vrije initiatief. In dezen dient het publieke belang steeds voorop te staan en mag 'ondernemen in welzijn' niet overhellen naar een doorgedreven vorm van commercialisering. Zorg is geen product dat vrij verhandelbaar mag zijn en kan niet worden overgeleverd aan de mechanismen van de vrije markt, anders riskeren we de hedendaagse toegankelijkheid van zorg te blokkeren.

Minister, wat is uw visie over het concept van ondernemen in de welzijnzorg? Hoe wordt dit in uw beleid geïntegreerd en ondersteund? Ziet u het vrij initiatief als innovatieve en toekomstgerichte motor in de zorgsector? Welke positie ziet u weggelegd voor de overheid? Blijft zij de hoeder over het zorgaanbod dat in het volledig voorwaardenscheppend kader voorziet? Hoe kan de overheid vermijden dat er een zorgsector met twee snelheden ontstaat? Hoe ziet u de rol die de coöperatieve vennootschappen kunnen spelen in deze visie op de zorgsector?

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Voorzitter, minister, collega's, ik ben enigszins verwonderd over de manier van vraagstelling van mevrouw Godderis, en zeker wanneer die komt van de N-VA. Ik dacht dat de N-VA de ondernemers toch genegen was.

Iedereen kan erachter staan dat ondernemen in zorg moet gebeuren als 'zorg geven aan mensen die zorg nodig hebben'. Dat moet de eerste doelstelling zijn.

Ik ben uiteraard benieuwd naar het antwoord van de minister, maar als ik me niet vergis, hebben we ook aan de Strategische Adviesraad voor het Vlaamse Welzijns-, Gezondheids- en Gezinsbeleid (SAR WGG) gevraagd om hierover een advies te geven. Straks is er een hoorzitting met de SAR. Is dit dan een voorafname op het debat dat moet komen? Ze komen praten over een deel, maar we hebben hun ook gevraagd om over dat thema een advies te geven.

Ik had deze vraag liever behandeld na het advies van de SAR en na het debat. Maar goed, ik ben benieuwd naar het antwoord van de minister.

De voorzitter: Voor alle duidelijkheid, wij hebben niet het advies van de SAR gevraagd, maar de minister.

Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, de oorspronkelijke vraag is natuurlijk heel breed en kan een heel lang debat rechtvaardigen. De SAR komt dadelijk het advies over

‘verantwoorde zorg’ toelichten. Het is nog maar een deeladvies. De SAR heeft de vragen over de marktwerking in een aantal fases opgedeeld. Ze komen u waarschijnlijk spreken over het eerste rapport. Als er over marktwerking gesproken wordt, is er nogal vaak sprake van begripsverwarring. Vaak wordt onder marktwerking een drietal dingen verstaan.

Marktwerking kan ten eerste verwijzen naar de manier waarop vraag en aanbod elkaar kunnen ontmoeten. De waarheid is dat wij in veel sectoren vragende partij zijn voor een goede marktwerking. Kijk maar naar de manier waarop onze gezondheidszorg georganiseerd is. Enquêtes geven aan dat patiënten in België relatief tevreden zijn over de toegang tot de zorg, de vrije keuze, het beschikken over voldoende aanbod enzovoort. Het zegt nog niets over de kwaliteit van de zorg in objectieve termen, maar het is gewoon een gegeven dat, als je voldoende aanbod hebt en er is marktwerking en vrije keuze, dat door een aantal verzekerden en patiënten positief wordt gewaardeerd. Wat wij proberen te doen in de gehandicapten- en andere sectoren, is ook investeren in meer aanbod en proberen het matchen van vraag en aanbod te stimuleren.

De tweede vorm van marktwerking waar vaak naar verwezen wordt, heeft te maken met de maatstaven van professionalisme, effectiviteit en klantvriendelijkheid die in de for-profitsector bestaan, en de manier waarop dat dan in de social profit aan bod komt. Dat is ook waar in het initiatief van het Welzijnsverbond, ‘Samen ondernemer in welzijn’, naar verwezen wordt. Als we de teksten goed gelezen hebben, wil het Welzijnsverbond poneren dat ook in de welzijnssector voorzieningen en diensten ondernemingen moeten zijn, in die zin dat zij moeten gaan voor efficiëntie, effectiviteit en klantvriendelijkheid, en dat ze dat ook moeten doen met de standaarden die in andere sectoren gangbaar zijn.

Ik kom net van het Sint-Blasiusziekenhuis in Dendermonde, waar men een milieucharter van het Vlaams netwerk van ondernemingen (Voka) in ontvangst kan nemen, omdat men er de duurzaamheidseisen van de for-profitsector heeft toegepast op het ziekenhuis. Men neemt er ook initiatieven om zich te benchmarken met de for-profitsector wat een aantal dimensies van het ondernemen betreft.

Eerlijk gezegd is er voor mij geen enkel argument om de manier waarop je efficiëntie en klantvriendelijkheid kunt meten en objectiveren vanuit het ondernemen, niet toe te passen op de organisaties in de socialprofitsector, uiteraard vertaald naar de eigenheid van de organisatie. Daarom waardeer ik het initiatief van het Welzijnsverbond ook heel erg. Historisch gezien hebben het middenveld en de social profit een enorm groot aandeel in onze welzijnssector. Ik ben er vanuit mijn ideologie van overtuigd dat dat een goede situatie is. Ook uit de OESO-cijfers (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) blijkt overigens dat we daarmee aan de top staan in de rankings van gezondheidszorg en onderwijs.

Dat wil echter ook zeggen dat die sector zich niet in zelfgenoegzaamheid mag wentelen. Als het gaat over kwaliteit en efficiëntie, moet men zich niet meten met wat daaromtrent bestaat in sommige sectoren, zoals ziekenhuizen, zelfs op internationaal niveau. Ik ben dus enthousiast over het initiatief van het Welzijnsverbond. Je moet immers, zeker als je met overheidsmiddelen werkt, streven naar excellentie. Dat betekent dat je je moet meten, benchmarken enzovoort.

De derde context waarin het begrip ‘marktwerking’ gebruikt wordt, is de vraag naar de natuur van de actoren op de markt. Dan heb je de vraag wat een waardegedreven initiatief is en wat een commercieel initiatief met een winst oogmerk is. U weet dat in een aantal sectoren van welzijn en zorg de beide actief zijn. Zeker in sectoren als de residentiële ouderenzorg, de kinderopvang en de gehandicaptensector is ook het winstgedreven initiatief aanwezig. De Europese regelgeving legt ons in dat verband een belangrijke randvoorwaarde op met betrekking tot de manier waarop we omgaan met onze manier van besturen en regels maken, als het gaat over sectoren die op een of andere manier onder het Europese regelgevende kader zouden kunnen ressorteren.

Mijn overtuiging is dat de social profit daar ook een belangrijke rol moet spelen en blijven spelen. Dat doet geen afbreuk aan de andere initiatieven, maar ik ben er wel van overtuigd dat wat daarin opgebouwd is, ook in de toekomst zijn kansen moet krijgen en nemen.

Ik heb al bij herhaling aangegeven dat ik het heel belangrijk vind dat organisaties hun eigen identiteit expliciteren. De tijd dat een vzw gelijk stond aan social profit, is voorbij. Het is niet omdat je een formele rechtsvorm hebt, dat je je in de feiten als een waardegedreven initiatief gedraagt. Daarom zijn stakeholdermodellen en corporate-governanceformules in al die sectoren heel belangrijk.

Ik nodig hen vaak uit om wat men in het ‘mission statement’ beweert te zijn, ook te tonen in de manier waarop men met stakeholders omgaat, waarop men transparantie van zijn beleid en zijn werking geeft en dergelijke meer. Er is een trend waarbij je voor een aantal sectoren echte modellen krijgt van corporate governance. Dat zijn codes, zoals we ook de code-Lippens en dergelijke meer kennen. Dat is een heel positieve trend, en wat mij betreft opnieuw een appreciatie ten aanzien van het Welzijnsverbond. Er zijn dus codes gemaakt die bijvoorbeeld voor de gehandicaptensector worden bepleit, en die te maken hebben met de manier waarop men bestuurt. Ik vind het heel belangrijk dat daar werk van wordt gemaakt.

Ik verwijs nog eens naar het ziekenhuis van Dendermonde, omdat ik er net ben geweest. De manier waarop men in een duurzaamheidsverslag aan de stakeholders, de lokale actoren, de patiënten en noemt u maar op, inzage geeft in de kwaliteit van alle mogelijke klinische performantie-indicatoren, is een goed voorbeeld van hoe de sector gestalte probeert te geven aan dit soort bestuursmodellen.

Wat betekent dit voor de overheid? In mijn beleidsnota hebt u ook kunnen lezen dat we bijvoorbeeld ruimte creëren voor het ondernemen in de welzijnssector en de zorgsector door administratieve vereenvoudiging. We hebben een actieplan dat we nauwgezet opvolgen. Het is onze bedoeling om de administratieve lasten voor onze voorzieningen de volgende jaren met toch wel een aantal procent te reduceren.

We moeten er ook voor zorgen dat de flexibilisering ruimte krijgt. Een aantal onder u heeft straks nog een vergadering van de Commissie Jeugdzorg. Ik meen dat het thema flexibilisering in de reglementering de multifunctionele centra – om het meest tot de verbeelding sprekende voorbeeld te geven – daar wel bekend zal zijn. We moeten ervoor zorgen dat we ook in ons regelgevend kader ruimte creëren om te ondernemen. Dat wil zeggen het terugdringen van de reglementering die te zeer de verkokering zou articuleren. We moeten proberen om degene die op het terrein initiatief wil nemen, daarvoor ook ruimte te geven. Uiteraard moet dit ook gebeuren door het creëren van een budgettaire groeipad, wat de sectoren moet toelaten om ook met een nieuw aanbod aan de nieuwe behoeften tegemoet te komen.

Als we dit allemaal zien gebeuren op het terrein, naast het creëren van een regelluwer kader en naast het stimuleren van het corporate-governancemodel, wordt het wat de overheid betreft, steeds belangrijker om zich te focussen op de kwaliteit en de ‘outcome’ van de dienstverlening. Wat lever je als kwaliteit van de dienstverlening? Is die toegankelijk en ook betaalbaar? We komen met ons handhavingsbeleid steeds meer in een evolutie dat het niet zozeer gaat om structurelementen of om het aantal personeelsleden en zo meer, maar over de kwaliteit van de dienst die verleend wordt. We hebben het hier al verschillende keren over gehad. Met de ziekenhuizen hebben we vorige week formeel het protocol getekend om samen de ‘outcome’ en de procesparameters te ontwikkelen. Inzake de woonzorgcentra hebben we hier vorige week een gesprek gehad over de accreditering. We spraken ook met de werkgroep waarmee we het kwaliteitskader bepalen. We zullen dat ook in andere sectoren stelselmatig moeten ontwikkelen.

Het zal natuurlijk onze zaak zijn om in dat geheel de patiënt, de hulpvrager, de kwetsbare mens, voldoende in zijn belangen, verwachtingen en vertrouwen te versterken en om ervoor

te zorgen dat een en ander absoluut toegankelijk blijft, dat men voldoende geïnformeerd is. Ik denk aan de rechtenverkenner, het automatisch toekennen van de rechten, het ontwikkelen van een Vlaamse sociale bescherming en een aantal initiatieven die u wel bekend zijn. Het zijn allemaal dingen die daar, wat ons betreft, wel in passen.

Tot slot, zonder daarmee helemaal volledig te willen zijn, want hierover kan veel worden gezegd, wil ik nog iets kwijt over de coöperatieve vennootschap. De coöperatieven zijn aan een revival bezig. We zien goed genoeg dat op tal van terreinen, ook bij collega Van den Bossche trouwens, initiatieven, nieuwe concepten met coöperatieve rechtsvormen worden gestimuleerd. Dat is wat mij betreft een hele goede zaak.

Een coöperatieve wordt vaak op twee manieren gebruikt. Er is een soort coöperatieve waar het gaat om het verzamelen van middelen en waarbij men een beroep doet op het kapitaal op de markt en dan probeert om met dat geld investeringen te doen. Dat zijn de wat grotere initiatieven. Vaak zijn er ook coöperatieve rechtsvormen die gebruikt worden omdat ze de unieke mogelijkheid bieden om de betrokkenheid van de coöperant en degenen die in de coöperatie stappen, heel erg te benadrukken: het mede-eigenaarschap van de mensen uit de buurt, de regio en dat gekoppeld aan een sociaal oogmerk. Dat zijn natuurlijk dingen die de verankering van de initiatieven in een regio en de grote betrokkenheid van de gebruikers of degenen die een beroep doen op de diensten, nog vergroten. Het is een heel interessant aspect van de coöperatieve.

In die zin stimuleren we een beetje de idee dat we met de coöperatieven nieuwe paden moeten verkennen. De kinderopvang bijvoorbeeld is zeker zo'n terrein waarvan ik weet dat er een en ander bezig is om te bekijken hoe dat in een coöperatief verband kan worden ontwikkeld. Er zijn landen waar men daar al veel verder mee staat. Wat mij betreft, is dat iets waarvan we zeggen dat we onze eigen regelgeving moeten screenen om te zien of de coöperatieve met sociaal oogmerk desgevallend voldoende als rechtsvorm aan bod kan komen. Ik denk dat u mag verwachten dat in de komende jaren dit soort initiatieven bottom-up een nieuw elan zullen krijgen. Onder meer Flanders' Care, waarmee we proberen om innovatief te zijn in de zorgsector, zou daarin een rol kunnen spelen.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck: Minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is goed dat er gefocust wordt op ondernemen in de zorg en dat er initiatieven genomen worden, zeker met het oog op de toenemende vergrijzing en verzilvering, maar men moet er toch ook een beetje voor oppassen dat men niet in een doorgedreven vorm van commercialisering terechtkomt. Zoals u zei in uw antwoord, moet de kwaliteit of de kwaliteitsverzorging op de eerste plaats staan.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Voorzitter, minister, ik heb met heel veel interesse naar uw uitvoerig antwoord geluisterd. Het was heel uitvoerig geformuleerd, maar u bleef wel vrij vaag. Tot driemaal toe hebt u de klemtoon gelegd op de drie eigenschappen waarop moet worden gefocust: kwaliteit, efficiëntie en gelukkig hebt u ook eenmaal het aspect van de betaalbaarheid vermeld. U hebt volledig gelijk, maar ik hoop dat u dat bekijkt met een zeer open geest. Ik ga niet zo ver als mevrouw Van der Borgh. De laatste tussenkomst van mevrouw Godderis verwondert mij een beetje. Dat is toch niet echt het partijstandpunt zoals dat op papier staat.

Minister, ik hoop dat u ook ruimte en aandacht geeft aan het privaat ondernemerschap. U hebt terecht gezegd – men stelt dat ook vast in de puur commerciële sector – dat de coöperatieve vennootschappen aan een revival toe zijn. De kans is groot dat dat ook binnen de sociale sector zo zal zijn. Meestal zullen dat initiatieven uit de privésector zijn. Als het initiatieven zijn die beantwoorden aan de drie criteria, hoop ik dat u ze met een open geest zult bekijken en op een enthousiaste manier zult ondersteunen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de waarschuwing voor het gebruik van hoestsiroop door kinderen onder de twaalf jaar - 2338 (2010-2011)

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Voorzitter, minister, dames en heren, de Geneesmiddelencommissie adviseert om geen hoestsiroop te geven aan kinderen tot en met 12 jaar. Volgens de commissie heeft dat geen zin en brengen ze zelfs schade toe, zoals spijsverteringsstoornissen en een onderdrukte ademhaling, zo waarschuwt dokter De Smedt van huisartsenvereniging Domus Medica. De Geneesmiddelencommissie vindt geen doorslaggevend bewijs dat hoestremmers doeltreffend zijn. Bepaalde ernstige aandoeningen zoals astma of reflux zouden er zelfs door gemaskeerd worden. Veel kinderartsen sluiten zich bij dit standpunt aan.

Mocht dit verbod er komen, dan is België alleszins het strengste land in Europa wat hoestsiroop voor kinderen betreft. De apothekersbond verzet zich alleszins. Zij stellen dat dit net de risico's zal doen toenemen, namelijk wanneer ouders hoestsiroop, die natuurlijk wel beschikbaar blijft voor volwassenen en kinderen ouder dan 12, zouden gaan toedienen aan hun kinderen zonder duidelijke aanwijzingen, bijvoorbeeld over de hoeveelheid. Er lijkt wel overeenstemming te bestaan over het feit dat hoestremmers met codeïne voortaan enkel op voorschrift kunnen worden verkocht.

Minister, ik vertel niets nieuws als ik zeg dat dit alles bij vele ouders heel wat vraagtekens oproept. Ze verkeren in onzekerheid. Ze weten niet meer wat ze het best doen. Hoestsiroop toedienen of niet? Is dat gevaarlijk of niet?

Minister, gelet op het feit dat Vlaanderen bevoegd is voor preventief gezondheidsbeleid, en dat hier de gezondheid van kinderen jonger dan 12 jaar lijkt in het gedrang te komen bij het gebruik van hoestremmers of hoestsiroop, overweegt u hierin enige actie te ondernemen?

Is het zo dat Kind en Gezin, gelet op zijn taakstelling op vlak van begeleiding en zorg voor kindjes jonger dan 3 jaar en het bijstaan van de ouders, enige stappen onderneemt om duidelijkheid te brengen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is al langer bekend dat het toedienen van hoestsiroop in de meeste gevallen de genezing van de aandoening waarvoor de hoestsiroop wordt toegediend, niet versnelt. Meestal wordt hoestsiroop toegediend om het comfort van de patiënt te verhogen. Op zich is dit een terechte indicatie.

Als nu blijkt dat deze behandeling nadelig kan zijn voor jonge kinderen, dan dringen zich specifieke maatregelen op. Het geneesmiddelenbeleid is geen Vlaamse bevoegdheid. Het is dan ook aangewezen om op Vlaams niveau geen informatieve maatregelen te nemen zolang er op federaal niveau geen beslissing is genomen. Als er een federaal verbod zou komen op verkoop van hoestsiroop voor kinderen onder de 12 jaar, dan is het gebruikelijk dat de informatie hierover door de federale overheid zal gebeuren. Persoonlijk lijkt het me ook aangewezen om bij een verbod op verkoop van hoestsiroop voor jonge kinderen, gelijktijdig duidelijke waarschuwingen te vermelden op de hoestsiropen voor volwassenen, met name dat het niet gepast is die toe te dienen aan kinderen.

De informatieve rol van de apotheker is hier uiterst belangrijk. Nu al vanuit Vlaanderen informatieve boodschappen verspreiden, is niet aangewezen. Dat zou, in afwachting van een

federale beslissing, de ouders mogelijk nog meer in de war brengen. Aanbevelen geen hoestsiroop meer toe te dienen en ze toch nog aanbieden in apotheken, is immers geen efficiënte maatregel en brengt ook de apotheker in een moeilijke positie. Enerzijds zou hij de Vlaamse aanbeveling moeten volgen en geen hoestsiroop voor kinderen verkopen, maar anderzijds kan hij zijn cliënt moeilijk een product ontzeggen dat volledig reglementair ter beschikking mag worden gesteld. Tot slot wil ik er ook op wijzen dat de huisarts en de kinderarts het best geplaatst zijn om in individuele gevallen informatie te geven aan de ouders over het al dan niet toedienen van bepaalde middelen bij hoestklachten.

Kind en Gezin staat in zijn begeleiding de ouders bij op veel terreinen. Het verstrekken van informatie over wat te doen als hun kind ziek is, hoort daarbij. Specifiek worden de ouders op verschillende tijdstippen gewezen omzichtig om te springen met het toedienen van geneesmiddelen en voor advies de huisarts of kinderarts te raadplegen. Bij de sensibilisatie rond het voorkomen van wiegendood en bij de informatie over de huisapotheek wordt al heel specifiek gewezen op de mogelijke risico's van hoestsiroop. Aansluitend op mijn antwoord op de eerste vraag ben ik van mening dat het op dit moment niet aangewezen is om de werkwijze van Kind en Gezin hieromtrent aan te passen.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Bij de indiening van mijn vraag besepte ik dat u zou kunnen verwijzen naar de federale bevoegdheid ter zake. Maar Kind en Gezin is Vlaams en geeft informatie aan ouders. Als ze met vragen of problemen zitten, wenden ze zich meestal, of toch dikwijls, direct tot Kind en Gezin. Wat moeten jonge ouders doen als ze een ziek kind hebben? Wat kunnen ze het best doen? Welk advies moet Kind en Gezin geven? Moeten ze uitsluitend doorverwijzen naar huis- of kinderarts? Ik weet niet of er iets dergelijks op de website staat. Het zou de ouders veiligheid bieden dat, als ze 'Kind en Gezin' en 'hoestsiroop' opzoeken, ze als antwoord krijgen: gelieve uw huis- of kinderarts te raadplegen. Dan weten ze direct waarnaartoe. Alerte ouders weten dat misschien uit zichzelf. Het is nu eenmaal een feit dat zulke berichten in de media vragen oproepen, en dat ouders wat paniekerig kunnen worden. Ik zocht naar een beetje duidelijkheid. Minister, ik veronderstel dat u met uw federale collega gaat bespreken op welke manier u daar het best mee omgaat.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het pneumokokkenvaccin - 2359 (2010-2011)

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: De pneumokok veroorzaakt longontstekingen, maar ook andere infecties zoals hersenvliesontsteking, bloedbaaninfecties, septische shock en minder ernstige infecties zoals middenoorontstekingen. Momenteel is in het Vlaamse vaccinatieschema het 7-valent geconjugueerd vaccin opgenomen. Er zijn twee nieuwe vaccins op de Belgische markt aanwezig: een 10-valent en een 13-valent geconjugueerd pneumokokkenvaccin (PCV). *(Opmerkingen van de voorzitter)*

Ik kan het uitleggen. Ik heb het opgezocht. 'Valent' slaat op verbindingen. Het aantal verschillende antigenen dat het vaccin bevat, bepaalt of het een 7-, een 10- of een 13-valent is. 'Geconjugueerd' slaat op verbindingen.

Minister Jo Vandeuren: Dat is de Amerikaanse definitie.

Mevrouw Vera Van der Borght: Minister, ik gebruik het jargon zoals het is.

Zowel de Hoge Gezondheidsraad als het Kenniscentrum is het erover eens dat de globale impact van de vaccinatie met het geconjugerd 7-valent vaccin in België niet zo spectaculair is als in de Verenigde Staten, maar wel vergelijkbaar is met andere Europese landen. Dit is te wijten aan een hogere vervanging van serotypes die niet in het vaccin zijn opgenomen. Het Kenniscentrum stelt daarbij de vraag of de PCV7-vaccinatie nog wel kan worden beschouwd als kosteneffectief. Door de sterke toename van serotypes 1, 5 en 7F in België, lijkt een overschakeling naar een van beide vaccins wenselijk. Over de klinische meerwaarde van beide vaccins bestaat geen twijfel. De vraag die nu gesteld is, is dus welk alternatief het meest kosteneffectief is: het PCV10- of het PCV13-vaccin. Het Kenniscentrum doet geen duidelijke uitspraak. Het stelt dat de keuze afhankelijk is van het antwoord van het beleid op twee vragen.

De eerste vraag is of men kiest voor een vaccin dat een betere bescherming biedt voor mildere aandoeningen. Daarbij wordt gedacht aan middenoorontstekingen. Geschat wordt dat men met het vaccin 6500 tot 33.000 episodes van middenoorontstekingen kan voorkomen. Dan moet men kiezen voor het 10-valent vaccin. Kiest men voor het vermijden van zeer ernstige aandoeningen die minder frequent voorkomen maar die soms een dodelijke afloop of onomkeerbare neurologische restletsels kunnen veroorzaken, dan moet men kiezen voor het 13-valent vaccin. De Hoge Gezondheidsraad stelt dat de prioriteit op het vlak van volksgezondheid moet liggen bij de preventie van ernstige invasieve infecties.

De tweede vraag die men moet stellen, is de vraag naar de kosteneffectiviteit. Volgens het Kenniscentrum toonden beide vaccins dat ze kostenbesparend of kosteneffectief zijn in vergelijking met het 7-valent vaccin. Bij de huidige publieksprijs is het 13-valent vaccin minder kosteneffectief dan het 10-valent vaccin, maar het Kenniscentrum wijst erop dat na een aanbestedingsprocedure de prijsverschillen tussen beide vaccins zouden kunnen veranderen waardoor het 13-valent vaccin kosteneffectiever wordt.

Dit is een heel technische uitleg, maar ik vind dat het beleid hier toch voor een heel belangrijke uitdaging staat: het moet die keuze maken.

Zult u op basis van het advies van de Hoge Gezondheidsraad en het rapport van het Kenniscentrum het 7-valent geconjugerd vaccin tegen pneumokokken vervangen door een effectiever vaccin, hetzij het 10-valent vaccin hetzij het 13-valent vaccin? Bij de keuze tussen het 10-valent vaccin en het 13-valent vaccin spelen heel wat beleidsopties, zowel wat betreft de vooropgestelde doelstelling, mildere aandoeningen bestrijden versus zwaardere aandoeningen, als wat betreft de kostenefficiëntie. Welke beleidsopties zult u nemen om uw keuze te bepalen?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Collega, in de huidige overheidsopdracht voor het leveren van pneumokokkenvaccins gaat het inderdaad om het 7-valent geconjugerd vaccin. Deze overheidsopdracht loopt af op 30 juni 2011. Zoals u weet, baseer ik mij voor het preventieve gezondheidsbeleid in het algemeen en voor het vaccinatiebeleid in het bijzonder op wetenschappelijke adviezen. In dit geval is dat in eerste instantie het advies van de Hoge Gezondheidsraad over pneumokokkenvaccinatie.

Om tijdig vaccins ter beschikking te kunnen hebben, werd enkele maanden geleden al een nieuwe overheidsopdracht uitgeschreven. Die is al toegewezen. Deze maand wordt hierover ook gecommuniceerd naar de vaccinatoren. Vanaf 1 juli 2011 wordt in Vlaanderen het 13-valent geconjugerd pneumokokkenvaccin ter beschikking gesteld voor de zuigelingen vaccinaties.

Voor het bepalen van de vaccinkeuze zouden de resultaten van de kosteneffectiviteitsstudie van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) hoe dan ook te laat geweest zijn. Het wetenschappelijk advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) was er wel tijdig. Dit heb ik dan ook als basis genomen voor mijn keuze. Ik citeer even uit dit advies: “Volgens de

Hoge Gezondheidsraad ligt de prioriteit op het vlak van volksgezondheid bij de preventie van ernstige invasieve infecties, met mogelijk dodelijke afloop of die onomkeerbare neurologische restletsels kunnen veroorzaken. Rekening houdend met de lokale epidemiologie moet het vaccin dat de beste bescherming biedt tegen deze ernstige infecties gekozen worden. De keuzes moeten ook steunen op betrouwbare beschikbare wetenschappelijke gegevens; sommige nog speculatieve gegevens moeten eerst gestaafd worden vooraleer er bij de besluitvoering rekening mee gehouden kan worden. Op dit moment beantwoordt een 13-valent pneumokokkenvaccin het best aan deze eisen. Daarom wordt momenteel voorgesteld om voor de overheidsprogramma's over te schakelen op een 13-valent pneumokokkenvaccin wanneer de huidige overheidsopdrachten van de gemeenschappen aflopen."

In 2007 werd ervoor gekozen te starten met pneumokokkenvaccinatie van baby's, precies omwille van de invasieve infecties. De onderbouwing voor de verdere vaccinatie na juni 2011 is dezelfde, zij het met een beter aangepast vaccin. Het is belangrijk op te merken dat het pneumokokkentype 19A hierbij heel belangrijk is, meer bepaald als oorzaak van invasieve infecties bij kinderen jonger dan 2 jaar. De bescherming tegen dit type is enkel voor het 13-valente vaccin duidelijk onderbouwd. Bovendien is het ook het enige vaccin waarvoor het huidige vaccinatieschema verder kan worden gevolgd, aangezien voor het 10-valente vaccin een extra dosis nodig is.

Om deze verschillende redenen werd het advies van de HGR gevolgd bij de keuze van de procedure voor de overheidsopdracht en het vaccin.

Wat betreft de kosten kan ik u meedelen dat deze vaccinatie met het 13-valente vaccin voor de overheid geen meerkost zal betekenen in vergelijking met de huidige situatie met het 7-valente vaccin. Aangezien dit nieuwe vaccin beschermt tegen zes extra types pneumokokken, betekent dit in ieder geval een verbeterde kosteneffectiviteit ten opzichte van de huidige situatie.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Minister, dank u. Als ik het goed heb begrepen, is de keuze gemaakt en gaat een en ander in vanaf 1 juli. Is dit gebeurd via een openbare aanbesteding?

Minister Jo Vandeurzen: Ja.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■

Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het voortraject bij de ondersteuning van personen met een handicap - 2351 (2010-2011)

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Het Perspectief 2020-plan voor de gehandicaptenzorg, toch voor een deel onze leidraad als het gaat over het beleid ten aanzien van personen met een handicap, stelt heel duidelijk als doel voorop dat elke hulpvrager de mogelijkheid moet hebben om, met de hulp van een zelfgekozen en deskundig opgeleide persoon, professioneel of vrijwilliger, een proces van vraagverheldering te doorlopen. Dit moet leiden tot een ondersteuningsplan, dat doorheen de tijd kan evolueren.

Vandaag is er meestal geen sprake van een echt voortraject en wordt een persoon met een handicap op een min of meer toevallige wijze en vaak te snel en uitsluitend in verbinding gesteld met de inschrijvingsinstanties van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) en het handicapspecifieke aanbod dat 'achter de poort' zit. Het kader, de

principes, de organisatie van de vraagverheldering en de opmaak van een ondersteuningsplan zullen volgens het Perspectief 2020-plan deze legislatuur worden uitgetekend, opgezet en minstens al projectmatig uitgewerkt worden, met VAPH-actoren en met partners van de welzijns- en gezondheidszorg in de eerste lijn.

Minister, welke krachtlijnen stelt u voorop bij de uitbouw van het voortraject? Kunt u zich hierbij laten leiden door eventuele evaluaties van initiatieven rond trajectbegeleiding die in het verleden werden opgezet? Zo ja, in welke zin? Vat u het voortraject op als een fase die minstens doorlopen moet worden alvorens aanspraak te kunnen maken op de specifieke, categoriale ondersteuning bij het VAPH? Hoe wenst u het voortraject te organiseren? Veronderstelt dit de creatie van nieuwe rechtspersonen?

Wat is de beoogde rol van de multidisciplinaire teams bij het voortraject? Acht u het opportuun, uitgaande van de inclusieve benadering van ondersteuningsbehoeften van personen met een handicap, dat de aansturing van het voortraject gebeurt door het VAPH?

Hoe ziet u de verhouding tussen het voortraject en de trajectbegeleiding, zowel inhoudelijk als organisatorisch?

Formuleerde het Raadgevend Comité bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap reeds een advies en zo ja, welke zijn de aandachtspunten in het advies?

Op welke wijze zullen de voor 2011 vrijgemaakte middelen op het vlak van het voortraject worden ingezet?

De voorzitter: Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borght: Voorzitter, minister, het interesseert mij vooral te mogen vernemen of u de intentie zou hebben om het verplicht te maken, want dan vrees ik dat er een probleem bijkomt. Men klaagt nu al over het bureaucratische gegeven. Als er nu nog een stap bijkomt, is er de vrees dat de ene wachtlijst de andere gaat verdoezelen. Dat kan niet de bedoeling zijn.

Toen ik de vraag van mevrouw Jans las, had ik het gevoel dat het de richting van verplichting zou uitgaan. Ik ben dus benieuwd naar het antwoord.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, er is een breed draagvlak in de sector over het feit dat, als we binnen de zorgvernieuwing zowel het inclusieve karakter van de zorg als de sturingsmogelijkheden van de persoon met een handicap willen versterken, een goede uitbouw van het voortraject een absolute noodzaak is.

De uitbouw van het voortraject gaat uit van een aantal inhoudelijke krachtlijnen: herkenbaarheid, transparantie en deskundigheid zijn de sleutelbegrippen bij de uitbouw van dit voortraject. Ik licht die nog eens kort toe. Het eerste is het beschikken over de nodige handicapspecifieke deskundigheid. Het gaat zowel om een zeer goede kennis hebben van het zorgaanbod in Vlaanderen, zowel regulier maar zeker ook handicapspecifiek, als voldoende gespecialiseerd zijn in het omgaan met personen met een beperking: personen met een motorische en sensorische beperking, personen met een verstandelijke beperking, personen met autisme enzovoort. De dienst dient voldoende onderlegd te zijn om een aangepaste ondersteuning in het voortraject te kunnen bieden en moet deskundig zijn in het inschatten van de mogelijkheden tot integratie en de bijdrage die diensten en voorzieningen, maar ook mantelzorgers en andere diensten, daarbij kunnen leveren. Het blijft belangrijk om te streven naar een groeiende afstemming met het algemeen welzijnswerk, ten einde de laagdrempeligheid te versterken.

Het tweede element is onafhankelijkheid ten opzichte van het aanbod. Een goed voortraject dient voldoende onafhankelijk van het bestaande – zowel het reguliere als het

handicapspecifieke – aanbod te zijn. De toeleiding van de persoon met een beperking dient maximaal aan te leunen bij zijn eigen wensen en mogelijkheden.

Het derde element is duidelijk herkenbare en transparante structuren. Op zoek gaan naar ondersteuning is voor personen met een beperking tot nog toe niet altijd vanzelfsprekend. Het is dus aan te bevelen dat er één of hooguit enkele aanspreekpunten zijn per provincie, waar de gebruiker met zijn vraag om ondersteuning in het voortraject terecht kan. De diensten die instaan voor het voortraject dienen duidelijk herkenbaar te zijn, met een toegankelijke naamgeving, en bereikbaar te zijn voor de persoon met een beperking.

Ik verwijs naar het Perspectief 2020, Strategisch Project 2: ‘Het verzekeren van een goed werkend voortraject’. Naast de uitbouw van ‘infoloketten’ en ‘de uitbreiding van het rechtstreeks toegankelijke VAPH-aanbod’ is het verzekeren van een dienst voor het voortraject een belangrijke hefboom voor de realisatie van de twee doelstellingen van de zorgvernieuwing: de zorggarantie en de vraaggestuurde organisatie van de zorg.

De finaliteit van het voortraject is het ondersteuningsplan. Dit bevat zowel het onderdeel waarin zicht gegeven wordt op de aanwezigheid van een netwerk rond de persoon met een handicap en waar de persoon met een handicap effectief een beroep op kan doen. In het ondersteuningsplan wordt duidelijk aangegeven welk aandeel dit netwerk opneemt in de ondersteuning van deze persoon. De aanwezigheid van een eigen netwerk past in de vermaatschappelijking van de zorg, in de inclusiegedachte, in de optiek van het empoweren van de persoon met een handicap zelf.

Daarnaast bevat het ondersteuningsplan het onderdeel waarin aangegeven wordt in welke mate en hoe de betrokkene gebruik zal maken van de reguliere welzijns- en gezondheidsdiensten.

Het derde onderdeel van het ondersteuningsplan bevat het gegeven van de VAPH-specifieke invulling van de zorgtekorten die, na inzet van het eigen netwerk en van de reguliere diensten, dienen betrokken te worden uit het VAPH-aanbod.

Zowel de opzet van het voortraject als de verdere uitbouw van trajectbegeleiding als methodiek gaat terug op projecten en studies uit het verleden. Binnen de VAPH-sector hebben we de projecten trajectbegeleiding gekend in het kader van de niet-gereguleerde toelagen. Deze projecten werden bestudeerd door professor Bea Maes in haar studie van 2004. Daarnaast kennen we het project van de Persoonlijke Toekomstplanning van PLAN vzw, in samenwerking met het Vlaams Gebruikersoverleg voor Personen met een Handicap (VGPH). Het rapport van het Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving (HIVA) dat hierover gemaakt is, is ondertussen nog aangevuld met het rapport van de vzw zelf.

Mevrouw Van der Borght, het voortraject is niet verplicht voor mensen die een beroep willen doen op VAPH-ondersteuning. In een eerste fase zullen we het voortraject wel voorbehouden voor een aantal prioritaire groepen om geen nieuwe wachtlijsten te creëren. Op termijn zal iedereen, die een vermoeden van handicap heeft, gebruik kunnen maken van deze dienstverlening.

Op dit moment liggen er een aantal denkpistes voor de organisatie op tafel. Ik verwijs naar mijn antwoord op de vraag van de heer Van Malderen in de commissie van 18 januari. Er wordt dus nagedacht over een organisatiestructuur om het voortraject in onder te brengen. We denken aan een aantal organisaties per provincie die kunnen worden erkend. Deze diensten dienen opgericht te worden in de vorm van een vzw. Om de onafhankelijkheid te waarborgen, dient de voortrajectbegeleiding uitgevoerd te worden door het personeel van deze dienst zelf, onder de aansturing van de dienst. Op bestuursniveau zouden de volgende partijen vertegenwoordigd moeten zijn: diensten en voorzieningen erkend door het VAPH, een vertegenwoordiging van de reguliere welzijnsdiensten, verenigingen voor personen met een handicap, door het VAPH erkende multidisciplinaire teams. Dat moet nog worden uitgekristalliseerd. De betrokken diensten waken er samen over dat aan alle vragen voor

begeleiding binnen het voortraject binnen de provincie kan worden tegemoetgekomen, ongeacht de regio en de doelgroep. Ook op het vlak van samenwerking dienen de nodige afspraken gemaakt met die diensten, instanties, waar personen met beperkingen in ieder geval gekend zijn omdat zij daar een beroep op doen, zoals gemeentediensten, ziekenfondsen enzovoort.

De veranderingsmanager zal er dienen voor te zorgen dat deze diensten methodisch op een uniforme wijze werken. Enkel op die manier kunnen we aan de ambities van het Perspectief 2020 voldoen.

De multidisciplinaire teams (MDT's) behouden hun opdrachten op het vlak van diagnose- en indicatiestelling, in functie van de inschrijvingsprocedure voor het VAPH.

Er dient een duidelijke afbakening te gebeuren tussen het voortraject en de trajectbegeleiding. We blijven ervan uitgaan dat het voortraject beperkt is tot de fase voordat betrokkenen in de VAPH-specifieke ondersteuning zijn terechtgekomen. Het voortraject is beperkt tot de opmaak van het ondersteuningsplan. Als het gaat om trajectbegeleiding als dusdanig, dan blijft dit ook een intrinsieke opdracht van alle voorzieningen die zorg en ondersteuning aanbieden. Trajectbegeleiding is bovendien een opdracht van de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen, zowel voor ouderen als voor mensen met een handicap en voor chronisch zieken.

Het Raadgevend Comité van het VAPH besprak op 26 april 2011 de krachtlijnen van het voortraject. Deze bespreking gaf aanleiding tot een advies waarin volgende klemtonen zijn vervat: een duidelijke finaliteit van het voortraject, onder andere de plaats van trajectbegeleiding binnen de uitbouw van het voortraject; het voortraject moet passen in een zorgvuldig uitgezet plan waarin de verschillende zorgvernieuwingsporen en bestaande regelgeving op elkaar worden afgestemd; oog voor het vraaggestuurde uitgangspunt van het voortraject; rekening houden met inhoudelijke en organisatorische vereisten: specifieke deskundigheid, inzet expertise, opzetten samenwerkingsverbanden, mogelijke organisatievorm; voortrajectbegeleiding kan enkel op vrijwillige basis en mag niet verplicht worden; op het vlak van subsidiëring dient in de nodige waarborgen voorzien te worden voor het personeel indien afgestapt wordt van de klassieke personeelsnormen; er dient een mogelijkheid te zijn voor personen met een beperking die nu reeds gebruik maken van een voorziening om een beroep te doen op een dienst voortraject; het belang van het rechtstreeks toegankelijk zijn van een dienst voor voortraject.

Voor 2011 is in 4 miljoen euro voorzien. De helft daarvan is besteed en toegewezen aan de diensten thuisbegeleiding en aan begeleid wonen. De andere helft is momenteel nog niet toegewezen en, zoals ik ook vroeger al zei in deze commissie, zal ik deze middelen – als ze niet aan het nieuwe voortraject kunnen worden besteed in 2011 – heroriënteren naar persoonsvolgende convenanten zoals individuele knelpuntdossiers of persoonlijkeassistentiebudget. In de komende jaren zullen we dan eventueel bijkomend investeren in de opdrachten van de nieuw te organiseren diensten voor het voortraject.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Ik dank u voor uw antwoord, minister.

De voorzitter: Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

Mevrouw Vera Van der Borgh: Minister, u bent begonnen met te zeggen dat er een breed draagvlak was in de sector. Mag ik er dan van uitgaan dat de sector daarover ondervraagd is?

Ik heb in uw antwoord ook menen te horen dat het op het Raadgevend Comité besproken is. Klopt dat?

Minister Jo Vandeuren: Dat klopt allemaal.

Mij is altijd gezegd dat de vraagverduidelijking zeer belangrijk was. Iedereen die op ons kabinet over de toekomstige hervorming spreekt, beklemtoont ook het belang daarvan. En er is inderdaad een advies van het Raadgevend Comité.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

■