

vergadering **C219 – WEL18**

zittingsjaar 2011-2012

## Handelingen

### **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en  
Armoedebeleid

van 8 mei 2012

## INHOUD

|                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de werksituatie van verpleegkundigen<br>- 1622 (2011-2012)                                                                    |    |
| Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toenemende werkdruk voor zorgmedewerkers<br>- 1652 (2011-2012)                                             |    |
| Vraag om uitleg van mevrouw Mia De Vits tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de werkdruk bij zorgverleners<br>- 1658 (2011-2012)                                                                         |    |
| Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hoge mate van beroepsontevredenheid bij verpleegkundigen en het invoeren van zelfroosteren<br>- 1755 (2011-2012) | 3  |
| Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gezondheids- en welzijnsinformatiesysteem<br>- 1716 (2011-2012)                                                 | 12 |
| Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over hulpverlening aan de gedetineerden in Vorst<br>- 1739 (2011-2012)                                                     | 17 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de wachtlijsten voor een persoonlijke assistentiebudget<br>- 1768 (2011-2012)                                       | 19 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over borstkankerscreening<br>- 1788 (2011-2012)                                                                                    | 27 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Griet Coppé tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over grensoverschrijdend gedrag in de zorgsector<br>- 1806 (2011-2012)                                                           | 29 |
| Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het project KIPEO aangaande een zorgpad voor jonge suïcidepogers<br>- 1807 (2011-2012)                                | 31 |

■

**Voorzitter: de heer Tom Dehaene**

**Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de werksituatie van verpleegkundigen - 1622 (2011-2012)**

**Vraag om uitleg van mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toenemende werkdruk voor zorgmedewerkers - 1652 (2011-2012)**

**Vraag om uitleg van mevrouw Mia De Vits tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de werkdruk bij zorgverleners - 1658 (2011-2012)**

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borgh tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hoge mate van beroepsontevredenheid bij verpleegkundigen en het invoeren van zelfroosteren - 1755 (2011-2012)**

**De voorzitter:** Mevrouw Jans heeft het woord.

**Mevrouw Lies Jans:** Voorzitter, minister, collega's, mijn vraag gaat over de werksituatie van verpleegkundigen. 12 mei is de Dag van de Verpleging. Het is dus misschien een goed moment om hier de problemen in de sector aan bod te brengen. Er wordt geregeld overlegd met de ambassadeur van de zorgberoepen. Wij volgen de zaak goed op. Toch worden wij af en toe geconfronteerd met de resultaten van internationale onderzoeken. Mijn collega's zullen het ook hebben over de SERV-werkbaarheidsmonitor.

De cijfers leggen het probleem bloot. Internationaal onderzoek heeft uitgewezen dat maar liefst een op de drie verpleegkundigen een andere job wil. Aan dat onderzoek deden 60.000 verpleegkundigen uit twaalf Europese landen en de VS mee. Hun werd gevraagd naar de tevredenheid over hun job. Uit België deden drieduizend verpleegkundigen mee. 22 procent van hen zegt ontevreden te zijn met hun job, een op de drie wil zo snel mogelijk een andere job. Dat zijn verontrustende cijfers, minister.

Cijfers zeggen iets, maar niet alles. Een concreet voorbeeld maakt veel duidelijk. Zo is er een vader van 41 jaar, met drie kinderen, die met veel plezier dertien jaar verpleegkundige op een spoeddienst is geweest. Vandaag moet hij stoppen wegens de werkdruk en de onregelmatige werkuren. Hij moest één weekend op de twee werken en kon amper vakantie nemen. Tijdens de laatste zomervakantie had hij vier dagen verlof kunnen opnemen. De man zegt dat hij gezin en werk almaar moeilijker kon combineren. Er is een groot tekort aan personeel, en in geval van ziekte van collega's moet iedereen inspringen. Hij maakte gemiddeld 30 tot 40 overuren per maand. Ooit moest hij zelfs 21 nachten na elkaar komen werken om toch de minimale bezetting te kunnen garanderen. Dergelijke concrete voorbeelden tonen aan dat er grote problemen zijn. Zeker in een tijd waarin de vergrijzing pijlsnel op ons afkomt, zijn ingrepen nodig.

Wij hebben de situatie al verschillende keren met u besproken, naar aanleiding van het actieplan 'Werk maken van werk in de zorgsector'. Ik wil u daarover enkele vragen voorleggen. Minister, wat is uw reactie op het onderzoek dat te lezen stond in het British Medical Journal? Het cijfermateriaal is ook relevant voor België. Welke maatregelen hebt u al genomen om in te spelen op deze situatie, ook in het kader van het actieplan? Welke maatregelen zult u nog nemen? Wat is de evolutie van de implementatie van het plan 'Werk maken van werk in de zorgsector'? Kunt u ons een stand van zaken geven?

**De voorzitter:** Mevrouw Godderis heeft het woord.

**Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck:** Voorzitter, minister, collega's, uit de recente resultaten van de SERV-werkbaarheidsmonitor bij zorgmedewerkers blijkt dat 62,4 procent

van de medewerkers vindt dat zij een werkbare job hebben. Dit betekent dat hun werk als zorgkundige hen meer motiveert, meer leerkansen geeft en een beter evenwicht tussen werk en privéleven biedt dan de job van de gemiddelde werknemer in Vlaanderen. Drie op de tien ervaren de werkstress echter als problematisch.

Over de kernfactoren die de kwaliteit of de werkbaarheid van de job bedreigen of bevorderen, vinden we ook minder positieve cijfers terug. Zo is het aandeel van de Vlaamse zorgverleners die een te hoge werkdruk ervaren – 36,2 procent – tussen 2004 en 2010 met een vijfde toegenomen. Een eventuele verklaring kan liggen in het toegenomen onevenwicht tussen werkvolume en personeelsinzet. 45,6 procent van de zorgmedewerkers krijgt te maken met emotioneel belastend werk – hoge eisen aan de contacten met patiënten, medewerker en geneesheren – en dat aandeel is significant hoger dan in andere sectoren. Wegens de toenemende vergrijzing zal het werkvolume in de zorgsector almaar toenemen.

Het positieve geluid dat meer dan ooit jongeren kiezen voor een opleiding tot verpleegkundige is iets waar de zorgsector zich aan kan optrekken. Deze trend zal zich echter moeten blijven doorzetten als wij de alsmaar grotere vraag naar personeel blijvend willen invullen. De SERV-werkbaarheidsmonitor toont echter aan dat het beleid van de overheid en de zorginstellingen er niet enkel in zal mogen bestaan om in te zetten op een betere instroom in de sector. Men zal ook zorg moeten dragen voor het persoonlijk welzijn en het functioneren van de zorgverlener. Zo bracht onlangs nog een grootschalige Europese enquête onder leiding van de universiteit van Leuven aan het licht dat een kwart van de Belgische verpleegkundigen kampt met een burn-out, dat een op de drie wil veranderen van werk en dat een vijfde eigenlijk niet tevreden is met zijn job. In tijden van personeelstekorten dient daarom ook zeker aandacht te worden geschonken aan een goed retentiebeleid voor personeel in de zorginstellingen.

Hoe evalueert u de resultaten van de SERV-werkbaarheidsmonitor? Hoe weegt u de cijfers van de goede werkbaarheid af tegen enkele verontrustende cijfers binnen de kernindicatoren? Wat is volgens u de verklaring van de in de monitor aangetoonde gestegen werkdruk op een relatief korte termijn en hoe kan dat beter onder controle worden gehouden? Gaat u ermee akkoord dat aandacht voor een goed retentiebeleid voor personeel in zorginstellingen belangrijk is? In welke mate kan uw beleid daar een ondersteunende rol in spelen?

**De voorzitter:** Mevrouw De Vits heeft het woord.

**Mevrouw Mia De Vits:** Voorzitter, minister, collega's, ik hoef de cijfers niet meer te overlopen. Ze zijn door de vorige sprekers al uitvoerig besproken. Ik wil wel nog verwijzen naar het actieplan Werk, en meer bepaald naar de volgende passage daaruit: "Een derde aspect dat de nodige aandacht verdient bij de uitbouw van een degelijk HR-beleid, is het in kaart brengen van de uitstroom en de oorzaakanalyse. Door het systematisch voeren van exit-gesprekken kan de reden van het vertrek van een zorgverstrekker in kaart worden gebracht en dient dit op Vlaams niveau geïnventariseerd te worden. Op basis hiervan kunnen gerichte acties ondernomen worden."

Minister, is daar ondertussen al werk van gemaakt? Indien die evaluatie al gebeurd is, welke acties worden er dan aan gekoppeld?

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borgh heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Voorzitter, minister, collega's, we hebben hier inderdaad al heel wat debatten gevoerd over de vele uitdagingen waarmee de Vlaamse zorg- en welzijnssector wordt geconfronteerd. Een van de steeds terugkerende aandachtspunten is het gebrek aan voldoende zorgpersoneel. Het is een knelpuntberoep, er is een enorme vraag naar meer verzorgenden en verpleegkundigen en de voorzieningen smeken om extra mensen. Veel vacatures raken maar traag ingevuld.

Daartegenover staat, of stond tot voor enkele jaren, een veeleer matige interesse van scholieren en studenten om die opleidingen te volgen. Vooral de residentiële ouderenzorg kampt met een imagoprobleem en ziet veel verpleegkundigen doorstromen naar de ziekenhuizen. Een aantal promocampagnes hebben de perceptie over een job in de zorgsector deels kunnen bijschaven. Ook de VDAB doet volop zijn best om mensen op te leiden of te herscholen tot zorgkundige of verzorgende. Daar ligt nog steeds een groot potentieel.

Dat alles lijkt vruchten af te werpen. Uit de cijfers die onlangs gepubliceerd werden, blijkt immers duidelijk dat er nu veel meer inschrijvingen zijn voor de richting verpleegkunde, zowel voor de bacheloropleiding als voor de hbo5-opleiding (hoger beroepsonderwijs). De interesse blijkt zelfs nog te groeien. De focus moet dan ook stilaan meer komen te liggen op het behoud van mensen in de job van verpleegkundige, om de uitstroom tegen te gaan. Naast het probleem van de instroom is er immers ook het probleem van de uitstroom.

Gegeven die context was het toch even schrikken toen ik de krantenberichten las over de hoge mate van beroepsontevredenheid bij de verpleegkundigen, naar aanleiding van het onderzoek waar de vorige sprekers al naar verwezen. Volgens Zorgnet Vlaanderen zijn de cijfers niet bemoedigend, maar zij zien wel mogelijkheden om het tij enigszins te doen keren. Zo kan een van de manieren om jobontevredenheid aan te pakken, erin bestaan dat we het personeel met minder regeltjes confronteren en zo veel als mogelijk de vrijheid en flexibiliteit laten om zelf hun werkroosters ruim op voorhand te kunnen opmaken. Zelfroosteren heet dat, een fenomeen waarover de laatste tijd heel wat studiedagen hebben plaatsgevonden.

In het systeem van zelfroosteren bepalen medewerkers zelf hun werktijden, die uiteraard wel moeten passen binnen de kaders die het bedrijf daarvoor uitzet. Door zelf invloed uit te oefenen op hun werkrooster, worden de motivatie en betrokkenheid van het personeel gestimuleerd. Als de planning niet volgens ieders wensen kan worden ingevuld, komt het aan op de samenwerking binnen het team of de afdeling om er samen uit te raken. Zelfroosteren is dus helemaal geen ‘vrijheid, blijheid’, maar een gedeelde verantwoordelijkheid. Een gezamenlijke voorbereiding en invulling van het zelfroosteren vormen de sleutel tot minder kosten en meer tevredenheid van het personeel. Blijkbaar kent dat in Nederland al een groot succes. Ook de Vlaamse Verpleegunie heeft deze problematiek bekeken en heeft een aantal voorstellen gedaan.

Een ander aspect is meer gebruikmaken van domotica en ICT-toepassingen. Ook dat kan ertoe leiden dat de werkdruk op verpleegkundigen verlicht wordt. We moeten er vooral ook voor zorgen dat verpleegkundigen doen waarvoor ze zijn opgeleid en dus niet te veel worden opgezadeld met de taken die door zorgkundigen en verzorgenden kunnen worden gedaan.

Minister, hoe reageert u op de studieresultaten, die wijzen op een grote mate van beroepsontevredenheid bij de verpleegkundigen, waarbij een kwart zich uitgeblust voelt en een derde zelfs de intentie zou hebben om van job te veranderen? Plant u initiatieven om het beroep van verpleegkundige nog meer te promoten? Op welke manier wilt u de beroepstevredenheid en de werkomstandigheden verbeteren bij de verpleegkundigen, zodat de uitstroom kan worden tegengegaan? Hoe staat u tegenover de invoering van zelfroosteren in de sector, gelet op de tegenstand die dat nogal eens oproept bij de vakbonden? Op welke andere manieren denkt u de werkdruk op de verpleegkundigen te kunnen verminderen?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Voorzitter, de vier vraagstellers hebben al heel wat punten uiteengezet. Uit het feit dat vandaag vier vragen om uitleg op de agenda staan, blijkt duidelijk hoe ernstig deze problematiek is.

De cijfers zijn bijzonder verontrustend. De werkdruk blijft zeer hoog. Ik leg de klemtoon op het blijvend karakter. Dit is immers een problematiek die hier al gedurende jaren aan bod komt. Er is echter geen verbetering op het terrein te bespeuren.

Volgens mij moet de minister dringend werk maken van dit dossier. Verpleegkundige is een knelpuntberoep. Verschillende voorgaande sprekers hebben dat al beklemtoond. We stellen vast dat de vacatures absoluut onvoldoende worden ingevuld. Dat zal ten gevolge van de vergrijzingsproblematiek enkel ernstiger worden.

Dit punt is in deze commissie al verschillende malen aan bod gekomen. Ik blijf echter met het gevoel zitten dat het telkens om discussies in de commissie gaat. Op het terrein gebeurt niets. Er komen veel te weinig beleidsinitiatieven. Ik roep de minister dan ook op hier dringend iets aan te doen.

In feite is dit niet de verantwoordelijkheid van de minister van Welzijn. Dit is de verantwoordelijkheid van de minister van Onderwijs. Het is heel belangrijk meer aandacht aan de opleiding te schenken. Uit recent in de media verschenen cijfers blijkt een duidelijke stijging van het aantal studenten dat zich momenteel in het eerste jaar bevindt. Dat is een gelukkige vaststelling. We stellen echter vast dat 17- en 18-jarigen die tijdens hun begeleiding worden geconfronteerd met de vraag wat ze later wensen te studeren, te weinig op de keuze voor verpleegkunde en zorgberoepen worden gewezen. Ik zou de minister dan ook willen vragen minister Smet te vragen in het licht van de beroepskeuzeregelingen meer aandacht aan deze beroepen te besteden. Of het om aso, tso of bso gaat, speelt geen rol: we hebben immers mensen op alle niveaus nodig.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, eigenlijk worden in de vragen om uitleg twee verschillende studies aangehaald. Enerzijds is er de internationale studie Registered Nurse Forecasting of RN4CAST en anderzijds is er de Vlaamse werkbaarheidsmonitor van de Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen (SERV).

Ik zal het eerst over RN4CAST hebben. Dit internationaal onderzoek, gefinancierd met middelen van het Zevende Kaderprogramma van de Europese Commissie, heeft in twaalf Europese landen plaatsgevonden. De resultaten zijn vergeleken met de eerdere resultaten van een gelijkaardige bevraging in de VS. In totaal zijn 61.168 verpleegkundigen en 131.318 patiënten, werkzaam of gehospitaliseerd in meer dan duizend algemene ziekenhuizen in dertien landen, bevestigd met betrekking tot de relatie tussen de werkomgeving en de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid. In België hebben 67 ziekenhuizen en 3186 verpleegkundigen aan het onderzoek deelgenomen.

Het belangrijkste resultaat van het onderzoek luidt dat de verpleegkundigen en de patiënten in ziekenhuizen met een betere werkomgeving en een lagere werklust een betere zorgkwaliteit rapporteren. De patiënten in deze ziekenhuizen zijn meer tevreden met de zorg.

Deze bevindingen suggereren dat, ondanks de verschillen in de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg in de landen waarin de studie is verricht, alle landen met problemen inzake de zorgkwaliteit, de patiëntveiligheid en ontevredenheid en burn-outs onder de verpleegkundigen worden geconfronteerd.

Heel wat Europese verpleegkundigen hebben gerapporteerd het voornemen te hebben hun job in het ziekenhuis op te geven. Dat varieert van 19 procent in Nederland tot 49 procent, bijna de helft, in Finland en in Griekenland. Gezien het steeds nijpender tekort aan verpleegkundigen stemt dit tot nadenken.

In de VS heeft 14 procent van de verpleegkundigen – een significant lager percentage – gerapporteerd het voornemen te hebben hun job op te geven. Dit is mogelijk een gevolg van de toegenomen inspanningen in de VS om de inzet van verpleegkundig personeel in ziekenhuizen te verbeteren. Een lager aantal patiënten per verpleegkundige is al in verband gebracht met betere klinische zorgresultaten.

Globaal genomen, bevindt België zich in de middenmoot van het Europees peloton. Ook in België zijn er ziekenhuizen met een goede werkomgeving en met betere scores wat de tevredenheid van verpleegkundigen en patiënten en de retentie betreft.

Het is belangrijk te vermelden dat uit de studie blijkt dat elementen als de schaalgrootte, het onderscheid tussen private en publieke sector en de financieringsvormen niet als decisieve factoren kunnen worden beschouwd. De klemtoon ligt vooral op de uitbouw van een goed HR-beleid.

De tweede aangehaalde studie is de Vlaamse Werkbaarheidsmonitor. Dat is een studie van de Stichting Innovatie & Arbeid van de SERV die een werkbaarheidsprofiel van de zorgmedewerker in kaart brengt. Dit gebeurt op basis van gegevens uit 2010. Het is de bedoeling de kwaliteit van jobs te verbeteren. In 2002 en in 2004 zijn al eerste metingen uitgevoerd bij een representatief staal van de Vlaamse medewerkers. In 2007 is een volgende meting uitgevoerd. De recentste meting dateert van 2010.

Deze studie omvat alle categorieën van zorg- en welzijnspersoneel en geldt voor het federale en het Vlaamse bestuursniveau. Uit de bevraging blijkt dat 62,4 procent van de zorg- en welzijnsmedewerkers in Vlaanderen een werkbare job heeft. Dat is meer dan andere werknemers in Vlaanderen. Zij hebben vaak een job die minder motiverend is of minder leerkansen biedt. Voor werkstress is er geen verschil, ongeveer drie op de tien hebben stresserend werk. Opvallend is dat de ‘drukke’ jobs bij de zorgmedewerkers toegenomen zijn tussen 2004 en 2010. De studie maakt naast een evolutie in de tijd immers ook de vergelijking met andere werknemers.

Uit deze vergelijking blijken onder andere volgende resultaten. Het aandeel van de zorgmedewerkers die werk en privé moeilijk kunnen combineren, is tussen 2004 en 2010 afgenomen van 10,6 tot 7,6 procent. Bij andere werknemers is dat 11 procent. 15,5 procent van de zorgmedewerkers stelt routinematig werk te hebben. Bij de andere werknemers is dat 23,5 procent. De werkstress is niet significant hoger bij zorgpersoneel; namelijk 30,6 procent, in vergelijking met andere werknemers uit de steekproef, waar het 29,9 procent bedraagt. Zorgpersoneel heeft significant minder motivatieproblemen, 9 procent, in vergelijking met andere werknemers uit de steekproef, waar het 17,4 procent bedraagt. Ze rapporteren eveneens minder problemen met betrekking tot onvoldoende leerkansen. Dat zijn er slechts 10,1 procent, in vergelijking met andere werknemers uit de steekproef, waar dat 18,8 procent bedraagt.

Het geheel van de resultaten voor zorgmedewerkers is in vergelijking met andere werknemers dus behoorlijk positief. In geen enkele andere sector is de diversiteit aan kansen en richtingen die men uit kan, zo groot. De zorgsector is een zeer innoverende en boeiende werkomgeving en biedt veel kansen, waardering en groeikansen. Maar we zijn ons ten eerste bewust van de aandachtspunten. De zorg voor voldoende en tevreden personeel in de zorgsector was en blijft dan ook een van de aandachtspunten in het beleid.

De verklaring voor de gestegen werkdruk is wellicht te zoeken in een toenemend aantal openstaande vacatures en de verdere intensifiëring van zorg, zowel in de thuiszorg, de intramurale zorg als in de woonzorgcentra. De toenemende vergrijzing brengt immers met zich mee dat ouderen langer goed blijven, maar als ze eenmaal zorgbehoevend worden, meer geconfronteerd worden met multipathologie. Denken we hierbij bijvoorbeeld maar aan het toenemende aantal ouderen dat lijdt aan dementie, maar daarnaast ook andere pathologie vertoont. Daarnaast brengt ook de toegenomen aandacht voor kwaliteitsbewaking meer registratie en werk mee. Dit komt de patiëntveiligheid echter ten goede en is in die zin belangrijk. Ook de begeleiding van het toenemend aantal studenten vraagt de nodige aandacht en, hoewel een van de oplossingen naar de toekomst toe, brengt dit de laatste jaren een verhoogde werkdruk mee, gezien de werkbegeleiding van de studenten moet gebeuren door het werkveld. De hogescholen doen aan leerbegeleiding, maar niet aan werkbegeleiding.

Eerst wens ik te benadrukken – ik vind het jammer dat ik dat in de vragen niet zo consequent hoor – dat de financiering en normering in woonzorgcentra en ziekenhuizen federale materie is en buiten de bevoegdheid van de Vlaamse Regering valt. Het zou fout zijn deze elementaire bevoegdheidsverdeling uit het oog te verliezen en hier de perceptie te creëren dat Vlaanderen de werkdruk in de ziekenhuizen en woonzorgcentra moet oplossen.

Voor de overige welzijnssectoren hebben we dit gegeven reeds besproken met de sociale partners in het kader van het intersectoraal akkoord. In de sector van de personen met een beperking (VAPH) hebben we in het intersectoraal akkoord, in overleg met de sociale partners, recent vijfhonderd extra tewerkstellingsplaatsen bij gecreëerd, zuiver in functie van de werkdruk. Dit gaat over een bijkomende inzet van 25 miljoen euro in totaal gespreid tot 2014, gedeeltelijk in een vierde Vlaams Intersectoraal Akkoord (VIA4), gedeeltelijk erbuiten. Deze bijkomende personeelsinzet staat nog los van de discussie over het creëren van bijkomende opvangplaatsen en is alleen gericht op het verminderen van de werklust. Daarnaast werken we via imagocampagnes – zie de website [www.ikgaervoor.be](http://www.ikgaervoor.be) – aan een betere instroom in de zorg- en welzijnssector, om zo een antwoord te bieden op openstaande vacatures en in functie van de toenemende zorgvraag.

Openstaande vacatures zijn immers ook werkdrukverhogend. Omdat het aantrekken van nieuw personeel alleen niet zal volstaan, moet er worden nagegaan op welke manier het bestaande zorgpersoneel efficiënter en effectiever kan worden ingezet. Hoe kunnen we met hetzelfde aantal mensen meer doen? Deze denkoefening behelst verschillende aspecten zoals taakuitzuivering, functiedifferentiatie, de zoektocht naar alternatieve zorgmodellen enzovoort. Maar dit betekent ook dat er moet worden nagegaan wat de impact hiervan is op de bestaande opleidingen binnen de zorg. Om deze reden werd er binnen het zorgvernieuwingsplatform van Flanders' Care beslist een projectgroep rond deze thematiek op te richten. Deze projectgroep zal zich buigen over deze problematiek en concrete voorstellen uitwerken.

Verder is in overleg met de sociale partners in het intersectoraal akkoord afgesproken om een onderzoek op te starten om de problematiek van de werkdruk en het loopbaanbeleid in kaart te brengen. Daartoe wordt door de overheid en de sociale partners een screening opgezet in de sectoren en werkvormen om specifieke werkdrukproblemen in functie van kwaliteit en personeelsnormeringen en personeelsinzet te bepalen. Dit is een continu proces, waarbij er bij elke nieuwe vorm van regelgeving een toetsing aan het criterium 'werkdruk' zal gebeuren.

Zowel de studie van de Stichting Innovatie en Arbeid als de Europese studie bevestigen dat de werkdruk op de zorgverleners nader moet worden bekeken. Uit de Europese studie kan in elk geval geconcludeerd worden dat een goed HR-beleid van kapitaal belang is in deze sector. Ik heb uiteraard contact gehad met de Belgische academicus die heeft meegewerkt aan dat internationale project. Het is heel belangrijk dat we beseffen dat er uit de studie echt wel blijkt dat de meest cruciale factor het HR-beleid is van de instelling. We hebben 'magneetziekenhuizen' met een enorm goede reputatie, die aantrekkelijk worden geacht en personeel aantrekken. We hebben andere die op dat vlak duidelijk minder succesvol zijn. U ziet het aan de cijfers: hoewel iedereen met dezelfde financieringstechnieken wordt geconfronteerd, kunnen de vertrekratio's behoorlijk verschillen.

Dat wijst er echt wel op dat het humanresourcesbeleid van cruciaal belang is. Dat is des te belangrijker omdat het ook een heel belangrijke factor is voor het imago en de aantrekkelijkheid van het beroep. Ook dat hebben we kunnen leren uit die studie en de ervaringen in de VS. Ik heb me laten vertellen dat het kunnen organiseren van een goed personeelsbeleid in de VS een van de factoren is geweest die verklaren dat men op een bepaald moment die problematiek van de tekorten in de opleiding heeft kunnen counteren. Het is dus cruciaal dat we inzetten op dat personeelsbeleid.

Om die reden zal ik – en toevallig gebeurt dat volgende week – in overleg met de koepelorganisaties en het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap van de

Katholieke Universiteit Leuven nagaan op welke manier we dat humanresourcesbeleid mee kunnen versterken. Het zal belangrijk zijn om diverse actoren, zoals de humanresourcesmanagers, de sociale secretariaten, de Vlaamse Vereniging van Hoofdgeneesheren en dergelijke daarbij te betrekken. We willen nagaan of er via vormingsprogramma's en best practices uit binnen- en buitenland initiatieven kunnen worden genomen. We zullen dat thema uiteraard ook bespreken met mijn federale collega van Volksgezondheid, tijdens de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Dan was er de vraag over het invoeren van zelfroosteren. Zelfsturende teams vinden inderdaad steeds meer ingang. Vooral in de thuiszorg en -verpleging en in de residentiële ouderenzorg zien we dat steeds meer organisaties inzetten op meer autonomie en meer regelmogelijkheden voor de basiswerkers. Dat verhoogt ontegensprekelijk de betrokkenheid van het personeel. Er zijn redenen om aan te nemen dat de kwaliteit van de zorg en van de arbeid daardoor toenemen. Bovendien werkt dit het percipiëren van de organisatie in kwestie als een aantrekkelijker werkgever in de hand. Zelfroosteren is dus een van de mogelijkheden die kunnen bijdragen tot een betere combinatie van werk en privéleven. Een verbetering van de beroepstevredenheid vergt onzes inziens echter een multifactoraanpak, waarbij onder meer ook de werkdruk, de psychische druk, de fysieke belasting en de jobinhoud een rol spelen.

Regelmogelijkheden vergroten is een prima zaak, maar allicht moet ook de regelnoodzaak worden verminderd. Dat kan onder meer door de structuur van een organisatie te veranderen door meer stroomsgewijs te organiseren – van buiten naar binnen, redenerend vanuit het oogpunt van de patiënt, dus meer trajectmatig – en door een inkanteling van de organisatie, waarbij het primaire proces, namelijk het verzorgen van hulpbehoevende mensen, nog meer centraal komt te staan en de regie maximaal aan dat primaire proces wordt toegewezen. Binnen de voornoemde projectgroep die zich buigt over het efficiënter inzetten van zorgpersoneel, zal die mogelijkheid ook worden bekeken.

Dan waren er de vragen over het actieplan. Dat plan wordt volop uitgevoerd. Op dit moment loopt er opnieuw een promotiecampagne om jongeren bij het bepalen van hun studiekeuze te informeren over de mogelijkheden die er zijn in de zorgsector. Via diverse kanalen, zoals een jongerenmagazine, een televisiezender, een affichecampagne in scholen, maar ook een grootschalige onlinebannercampagne, worden jongeren op een ludieke manier aangespoord om naar de website [www.ikgaervoor.be](http://www.ikgaervoor.be) te gaan. Daarbij werd er nauw overlegd met het Minderhedenforum, om ervoor te zorgen dat ook de allochtone jongeren worden bereikt.

In samenwerking met de VDAB werden eind vorig jaar de eerste servicepunten zorg opgestart. Ook in het zorgkundigendossier is er vooruitgang geboekt, met onder meer de goedkeuring van een lijst van verkorte opleidingstrajecten die men op basis van de vooropleiding kan volgen. Er zal ook rekening worden gehouden met de ervaring die men als verzorgende heeft opgedaan in de thuiszorg, zodat men ook op basis daarvan een verkort traject voor zorgkundige kan volgen. Er vond een enquête plaats bij de zorgvoorzieningen over het aantrekken van buitenlandse beroepskrachten. In overleg met de sociale partners wordt momenteel gewerkt aan de opmaak van een voorwaardenkader met betrekking tot arbeidsmigratie.

Momenteel doet een sociaal secretariaat, in samenwerking met zorgambassadeur Lon Holtzer, een onderzoek naar de instroom, doorstroom en uitstroom van medewerkers in de zorg- en welzijnssector. Meer dan 3500 zorg- en welzijnsvoorzieningen hebben een vragenlijst ingevuld. In het onderzoek wordt gepeild naar de loopbaanbewegingen die medewerkers maken. Op die manier wil men in kaart brengen hoe en wanneer van functie, sector of organisatie wordt veranderd, en waarom dat gebeurt. De doelgroepen zijn studenten en medewerkers die in de sector werken, maar ook gediplomeerden die niet meer in de sector werken. Men wil meer bepaald een zicht krijgen op het aantal keren dat medewerkers van functie, organisatie of subsector veranderen, en vooral op wat het motief is om dat te doen, en men wil nakijken hoeveel zorg- en welzijnswerkers effectief de sector verlaten. Eind mei,

begin juni worden de resultaten van het onderzoek kenbaar gemaakt en zal worden bekeken welke conclusies eruit kunnen worden getrokken.

**De voorzitter:** Mevrouw Jans heeft het woord.

**Mevrouw Lies Jans:** Minister, ik heb niet echt bijkomende vragen, maar wil mijn appreciatie uiten. Destijds hebben we hier inderdaad het actieplan van de zorgambassadeur besproken. Toen werd vooral de nadruk gelegd op de instroom en het imago. De acties met betrekking tot de retentie waren eigenlijk vrij beperkt. Er werd inderdaad ook gewezen op het feit dat Vlaanderen en de federale overheid de bevoegdheid delen en dat het allemaal niet zo eenvoudig was om dat geregeld te krijgen. Ik ben blij dat ter zake al vooruitgang is geboekt. Het belang van die retentie blijkt dus echter wel uit die studies. U hebt alle cijfers ter zake daarnet nog eens opgesomd. Uit die internationale studie blijkt dat dit zeker in landen als Finland oploopt tot 49 procent. Wij bevinden ons in de middenmoot, met 25 à 30 procent. Dat is ook een heel belangrijke factor, en die moeten we benadrukken.

Als ik het goed begrijp, bevinden we ons momenteel eigenlijk slechts in de studiefase. Echt concrete maatregelen zullen er pas zijn na onder meer de nu lopende enquête bij studenten, medewerkers en medewerkers die zijn uitgestroomd. Dat zal eind mei, begin juni zijn.

Andere elementen die toch ook wel belangrijk zijn bij heel dat humanresourcesbeleid, zijn de vorming en de opleiding. Mevrouw Dillen heeft daar ook op gewezen. In welke mate is daar al vooruitgang in geboekt? U zei al dat u werkt aan de aanpassing van de opleidingen aan de nieuwe noden van de sector: er zijn meer administratieve behoeften en men moet efficiënter werken. Wat is op dat vlak al gebeurd? Of is het alleen maar bij overleg gebleven?

Het belangrijkste is wel dat het onderzoek loopt, maar wij moeten dan wel concrete besluiten kunnen trekken uit de bevraging en hierover geregeld de zorgambassadeur in de commissie voor een gesprek uitnodigen.

**Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck:** Voorzitter, minister, collega's, mevrouw Coppé en ikzelf hebben het geluk verpleegkundigen te zijn. Ik heb mij nog nooit beklaagd dat ik de studies heb aangevat. Maar mijn oud-leerlingen, die inmiddels 40 jaar zijn, kampen dikwijls al met burn-outs. Ik denk dan vooral aan mensen die werken in fysiek zware afdelingen, zoals orthopedie of geriatrie. Het zou daarom een mooie boodschap zijn voor de ziekenhuizen en de zorginstellingen om jonge afgestudeerden in die diensten tewerk te stellen en de ouderen te laten overstappen naar een dagkliniek waar consultaties gebeuren. Op die manier zullen meer mensen aan het werk blijven. Vandaag is het wel zo dat jongeren bij sollicitaties al hun eisen stellen en nog enkel in dagdiensten willen werken.

**Mevrouw Mia De Vits:** Minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord. Ik wil benadrukken dat uit het onderzoek zeer goed blijkt dat er zeer veel is gebeurd en de sociale partners veel hebben ondernomen om de combinatie werk-gezin te verbeteren. Extra verlofdagen, vooral voor oudere werknemers, en landingsbanen voor 50-plussers leiden tot een grotere tevredenheid. De werklast hangt dikwijls samen met de al dan niet gerealiseerde vervanging van afwezig personeel. Investeren in mobiele equipes is daarom erg belangrijk. Die mensen kunnen bij afwezigheden inspringen. Dat vereist natuurlijk wel dat er in de sector voldoende mensen worden tewerkgesteld.

Ik dring nogmaals aan op de aanpak van een aantal knelpunten die geblokkeerd zijn, maar waaraan op federaal of Vlaams niveau zou kunnen worden geredigeerd. De goedkeuring van de nieuwe functieclassificatie is een stap in de goede richting, maar de zaak is nog altijd op het federale niveau geblokkeerd. Maar ook de Vlaamse Regering moet die goedkeuren. Het bestaande systeem dateert van 1971, zoals mevrouw Van der Borght ook al dikwijls heeft gezegd. Het is compleet verouderd.

Er zijn ook problemen met erkenningen van een aantal nieuwe beroepen – het gaat vooral over de zorgkundigen – en met de erkenningen van bijscholingen die tot dat beroep kunnen leiden. Het zou welkom zijn als op dat punt schot in de zaak zou komen.

Over het actieplan zei u dat de loopbaanbewegingen worden onderzocht. Het zou ook interessant zijn om te onderzoeken waarom er meer mensen de opleiding beginnen, maar nadien toch gaan bijsonderen en uiteindelijk niet in de sector terechtkomen. Wat zijn de oorzaken?

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Voorzitter, minister, collega's, ik dank u voor het antwoord. Cijfers zouden inderdaad nuttig kunnen zijn. Ik heb daarover een schriftelijke vraag ingediend, ik hoop dat ik binnenkort een antwoord krijg. Die kunnen dan via het intranet door iedereen worden bekeken. Mijn vraag was ingegeven door aandacht voor arbeidsflexibiliteit. Voor veel verpleegkundigen is dat een cruciale zaak in de jobtevredenheid. Ik zei het al in mijn betoog: Zorgnet Vlaanderen en de Vlaamse Verpleegunie leggen de vinger op de wonde. Uit hun nota met de onderzoeksbevindingen blijkt dat 60 procent van de werknemers meer flexibiliteit in zijn werkrooster vraagt. Uit uw antwoord heb ik begrepen dat de werkgroep zich daarover zal buigen. Ik ben daar tevreden over, en de sector ongetwijfeld ook.

De regelgeving wordt ook herbekeken. Die wordt als rigide ervaren, niet op maat van de zorgsector. Werkgevers en werknemers zijn het daarover eens. Een aanpassing moet leiden tot een betere combinatie van arbeid en gezin. Voorts weet ik uiteraard ook dat die wetgeving ten dele een federale aangelegenheid is, maar ik ben blij uit uw mond te horen dat u dat in het overleg onder ministers zult aankaarten.

In overleg met de sociale partners – ook naar aanleiding van de eerste witte woede – zijn een aantal extra verlofdagen toegekend, met de bedoeling om de uitstroom tegen te gaan. Men kan die verlofdagen opnemen of voor extra loon kiezen, maar de meesten kiezen voor de verlofdagen. Men stelt echter vast dat de vervanging van de afwezigen meestal niet gebeurt. Dat betekent dat de anderen extra werklast op de schouders wordt gelegd. Er is een werkgroep waarin de sociale partners zetelen, en het lijkt me daarom aangewezen dat wij dat probleem daar ter discussie stellen. Iedereen vermeldt dit als een heikel probleem. Mevrouw Jans had het daar ook over: mensen die halftijds werken wordt gevraagd om extra uren te werken om afwezigen te vervangen. Die laatsten wordt het dan ook te veel.

Zo belanden wij in een vicieuze cirkel. De werkgroep zou dat moeten bespreken. Veel mensen maken van die mogelijkheden gebruik, ook diegenen voor wie het niet echt was bedoeld. Het was immers bedoeld om de uitstroom van een bepaalde groep tegen te gaan. Dat systeem kost ons veel geld. Het systeem explodeert, want het wordt nu ook gebruikt door andere groepen. Misschien kunnen wij middelen die daar vandaag voor worden uitgetrokken, vrijmaken om extra personeel aan te werven? Wij moeten die oefening durven te maken.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, collega's, het is een uitstekende suggestie om mevrouw Holtzer uit te nodigen. Zij zal op een begeisterende manier kunnen uitleggen hoe zij haar werk organiseert. Wat de zorgkundigen betreft, boeken wij toch vooruitgang. Ik heb al een en ander opgesomd van zaken waarover akkoorden zijn gerealiseerd. Men zal dat op het federale niveau in koninklijke besluiten moeten omzetten. Wij zijn dus tevreden over de progressie inzake de vereenvoudiging en rationalisering. Ik mag zeker niet zeggen dat mevrouw Onkelinx daar niet haar bijdrage toe levert.

Mevrouw Van der Borght, in het sociaal akkoord dat is afgesloten, staat uitdrukkelijk dat de sociale partners zich gaan beraden over de eindeloopbaanproblematiek, dat ze daar het nodige onderzoek voor zullen doen en daarover met ons overleg zullen plegen. Het thema dat u nu aanhaalt, is dus expliciet meegenomen in het sociaal akkoord. Omdat men er nog niet echt klaarheid in zag op het moment dat het akkoord moest worden geformaliseerd, hebben de

partners zich ertoe geëngageerd om het gesprek voort te zetten en met voorstellen te komen. Dat is dus al in gang gezet.

Een laatste, belangrijke, punt is dat uit dat internationale onderzoek ook blijkt wat niet als decisieve factoren beschouwd worden om echt te kunnen zeggen dat mensen uit de sector willen vertrekken. Of het over private of publieke initiatieven gaat, welke financieringstechniek wordt gebruikt, dat zijn allemaal geen relevante indicatoren. Dat zegt ook dat een cruciale factor het effectief gevoerde personeelsbeleid is. Dan moeten we als overheid bekijken hoe we mee randvoorwaarden kunnen creëren, stimulansen inbouwen enzovoort. Maar dat gaan we natuurlijk niet doen door nieuwe regels in te voeren.

Die analyse brengt ons tot de volgende conclusie. Wij gaan met de sector aan tafel zitten om te vragen hoe we de competenties om een goed personeelsbeleid te kunnen voeren, kunnen verbeteren en verhogen. Dat heeft misschien wel wat te maken met middelen, maar eigenlijk blijkt uit de studie dat dat niet het essentiële punt is waarover het altijd gaat. Ik verwacht al een en ander van de contacten die daaromtrent zijn afgesproken. We zullen bekijken hoe wij daar vanuit onze bevoegdheden en mogelijkheden een bijdrage toe kunnen leveren.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

■

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gezondheids- en welzijnsinformatiesysteem - 1716 (2011-2012)**

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Minister, in antwoord op een schriftelijke vraag van mij in september vorig jaar in verband met de stand van zaken van het voorontwerp van decreet Vlaams Gezondheids- en Welzijnsinformatiesysteem en de relatie tot het federale eHealth-platform, stelde u dat u na advies van een externe deskundige had besloten om het voorontwerp grondig aan te passen. Na de aanpassingen werd het voorontwerp overgemaakt aan de administratie van het eHealth-platform, dat in het decreet wordt aangeduid als dienstenintegrator.

Het advies van de administratie van het eHealth-platform werd toen eerstdaags verwacht. U stelde ook dat op basis daarvan een stappenplan kon worden uitgewerkt om betrokkenheid en gedragenheid bij de actoren in de zorg te krijgen en dat verdere noodzakelijke adviezen konden worden ingewonnen.

In uw antwoord gaf u mee dat er tijdens de zomervakantie informeel overleg had plaatsgevonden tussen de administraties van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het eHealth-platform, met het oog op het opstellen van een samenwerkingsakkoord. Dat samenwerkingsakkoord zou zich dan moeten toespitsen op de financiering van het eHealth-platform, de langetermijndoelstellingen van het eHealth-platform en het beheer ervan, met medebeheer voor de Vlaamse overheid.

Een aantal essentiële elementen dienden toen nog te worden uitgeklaard, alvorens er kon worden gestart met het overleg met de andere overheden bevoegd voor het gezondheidsbeleid en de bijstand aan personen.

Ik las onlangs ook in een krantenartikel dat het eHealth-platform intussen zo goed als rond is en dat er een groot draagvlak bestaat in de sector. Garanties op privacy en veiligheid van de informatiestroom hebben daartoe bijgedragen. In dat artikel stond onder meer dat de gegevensopslag gebeurt in de eerstelijnszorg en in de ziekenhuizen. Voor de eerstelijnszorg zou elke patiënt een ‘eerstelijnskluisje’ krijgen. Daarin zullen onder andere de

medicatieschema's worden ingevoerd, evenals de vaccinaties, laboresultaten enzovoort. Vlaamse bevoegdheden zitten dus volop mee in de uitwerking.

Minister, wat is de stand van zaken van het Gezondheids- en Welzijnsinformatiesysteem? Hoe zal het zich verhouden tot eHealth? Is er intussen al een samenwerkingsakkoord afgesloten? Zo ja, welke bepalingen zijn daarin opgenomen met betrekking tot medebeheer, langetermijndoelstellingen en financiering? Zo niet, hoever staat het daarmee? In welke mate is Vlaanderen betrokken bij het eerstelijnskluisje en aspecten rond eerstelijnszorg, gelet op het feit dat het bevoegd is voor grote delen van de eerstelijnszorg?

**De voorzitter:** Ik wil u erop wijzen, mevrouw Van der Borght, dat er in de beleidsnota al iets over die kluis staat. Dat is toen zelfs zeer uitvoerig besproken.

Minister Vandeuren heeft het woord.

**Minister Jo Vandeuren:** Mevrouw Van der Borght, op basis van de elementen die u in uw vraag opsomde en op basis van de visie van de Vlaamse Regering op de elektronische deling van zorggegevens tussen zorgactoren – ik verwijs daarvoor naar een visietekst, die u ook terugvindt op de site van Flanders' Care – wordt op dit ogenblik een voorontwerp van decreet over het netwerk voor de gegevensdeling tussen de actoren in de zorg voorbereid. Dat decreet zal wellicht het best samen met het samenwerkingsakkoord worden behandeld.

Ik wil even de principes aangeven die vervat zijn in de visie van de Vlaamse overheid op de gegevensdeling in de welzijns- en zorgsector. Wij vertrekken als Vlaamse overheid vanuit elf principes. Ten eerste staat de zorggebruiker centraal. Hij bepaalt of zijn of haar gegevens gedeeld mogen worden. Dat gebeurt via een zogenaamd 'opt-inmechanisme'. De patiënt geeft met andere woorden vooraf zijn uitdrukkelijke toestemming tot gegevensdeling.

De rechten van de zorggebruiker gaan echter verder dan een inzage-recht in zijn elektronische dossier, dat technisch mogelijk moet worden gemaakt. Gegevens met betrekking tot zelfmonitoring bijvoorbeeld moeten door de patiënt op termijn kunnen worden toegevoegd. Hij of zij heeft het recht om te weten wie gegevens over hem of haar bewaart en door wie die worden geraadpleegd.

Ten tweede wil de Vlaamse Regering het bestaande federale juridische kader – persoonlijke levenssfeer, wetgeving op de privacy, patiëntenrechten, uitoefening van de geneeskunde enzovoort – en het Vlaamse regelgevende kader – elektronisch bestuurlijk gegevensverkeer, Vlaamse Dienstenintegrator – decretaal aanvullen, om gegevensdeling mogelijk te maken. Daarbij wordt uitgegaan van het principe van een maximaal hergebruik van gegevens en van de samenwerking tussen de onafhankelijke instanties die de gegevensdeling reeds op een veilige manier ondersteunen – bijvoorbeeld een dienstenintegrator zoals het eHealth-platform, een bestaand platform waar we maximaal op willen aansluiten – en van de integratie van gegevens uit de welzijns- en de gezondheidssfeer.

In die zin is uw vraag over het eHealth-platform zo goed als afgerond. Het gaat over het federale luik van dat verhaal.

Ten derde: de overheid schept een kader, bevordert internationale standaarden en faciliteert de vereiste ontwikkelingen. In afspraak met de federale overheid verplicht de Vlaamse Regering de zorgactoren uit de welzijns- en desgevallend de zorgsector om per zorggebruiker een individueel dossier bij te houden, dat als basis zal dienen voor de elektronische gegevensdeling in een specifiek netwerk. We gaan ons op dat punt dus ook maximaal aligneren. Wij zullen niet de leverancier van de software worden. Het is niet de bedoeling dat de overheid zelf die software aanmaakt. We hebben wel gesteld, ook op het grote colloquium over de visietekst, dat wij de internationale standaarden zullen bewaken. De softwareontwikkelingen zullen dus eventueel ook internationaal gevaloriseerd kunnen worden. De softwareontwikkeling is de verantwoordelijkheid van de markt.

Na advies van de betrokken actoren in de welzijns- en gezondheidssector en van de zorggebruikers kan de overheid de randvoorwaarden vastleggen waaraan de software moet voldoen. De Vlaamse overheid kan deze verantwoordelijkheid geheel of gedeeltelijk aan een EVA delegeren. Het is de bedoeling op die manier de stakeholders het platform te geven om die bevoegdheden mee waar te maken, standaarden te formuleren en dergelijke.

We zullen ons de productie van die software niet zelf aanmatigen. We zullen de juridische kaders creëren om elke sector de mogelijkheid te bieden aan zijn eigen snelheid en met zijn eigen incentives de gebruikers aan te moedigen bepaalde elementen van de gegevensdeling door middel van dit platform te realiseren. Het is niet onze taak die software te maken. Dat is een taak van de commerciële sector.

Ten vierde, de Vlaamse overheid zal een operationeel netwerk voor de elektronische deling van gegevens over zorggebruikers tussen de actoren in functie van hun zorgrelatie met die zorggebruikers mogelijk maken. De overheid zal, in samenspraak met de EVA, nagaan op welke wijze de beleidsrelevante informatie later uit die operationele gegevens kan worden gehaald. Het confidentiële karakter van de brongegevens mag nooit worden geschonden. De gegevens moeten worden geanonimiseerd.

We moeten over een juridisch vehikel beschikken. De stakeholders moeten met het platform omgaan. Ze moeten het beheer kunnen waarnemen. De overheid moet zich hieruit terugtrekken. Indien we zouden overwegen beleidsrelevante informatie te distilleren, zal dit enkel met de medewerking van die EVA kunnen gebeuren.

Ten vijfde, het netwerk zal door een EVA met een privaatrechtelijke structuur worden beheerd. De missie van het EVA zal eruit bestaan de samenwerking op het vlak van de elektronische gegevensdeling te bevorderen en te regelen. De taak van het EVA zal eruit bestaan de werking van het netwerk te verzekeren, het gebruikers- en het toegangsbeheer te regelen en adviezen over de andere aspecten van het veiligheidsbeleid te formuleren. Het gaat dan onder meer om een beleidsondersteunend netwerk op te bouwen en een verwijzingsrepertorium te maken of te laten maken. Hierbij moet worden aangeduid welke zorgactor welk gegevenstype bewaart. Het EVA moet standaarden afspreken in verband met de vraag over welke zorggebruikers het gaat. Het EVA moet in verband met noodzakelijke applicaties voorwaarden opleggen en moet semantische problemen oplossen.

Ten zesde, het EVA zal zonder overheidspersoneel en met een minimale kostenstructuur worden opgericht. De Vlaamse Regering zal met het EVA een overeenkomst over de financieringswijze afsluiten.

Ten zevende, wie op welke wijze welke data zal bijhouden, zal na advies van de raad van bestuur van het EVA door de Vlaamse Regering of na een eventuele delegatie door het EVA zelf worden beslist.

Ten achtste, er wordt geen centraal databestand met zorggegevens gemaakt. Dit is een belangrijk punt. Er komt geen centrale databank met alle zorggegevens. De gegevens worden decentraal bewaard. De identificatiebestanden over de zorgactoren en het verwijzingsrepertorium kunnen eventueel centraal worden bewaard.

Ten negende, de Vlaamse Regering wil zich maximaal bij het eHealth-platform aansluiten. Dit is voor ons de dienstenintegrator voor de gegevensdeling in de zorg- en welzijnssector. De federale overheid heeft dit platform opgericht om de elektronische gegevensdeling in de zorg met maximale privacygaranties te bevorderen en te ondersteunen. Bovendien biedt het platform een aantal nuttige basisdiensten aan.

Om de reeds bestaande samenwerking met het eHealth-platform te verzekeren, kan de Vlaamse Regering in afwachting van een volwaardig mede-eigenaarschap overeenkomsten met het eHealth-platform sluiten. Dit gedeelde mede-eigenaarschap wordt vastgelegd in een samenwerkingsakkoord dat door middel van een wet en van een decreet wordt bekrachtigd en

dat in de zesde staatshervorming zal zijn terug te vinden als een onderdeel van de federale intenties om eHealth in een samenwerkingsakkoord onder te brengen.

Ten tiende, de Vlaamse overheid werkt aan de ontwikkeling van en financiert een basisdienst die op het eHealth-platform zal worden aangesloten. Die dienst, die door de vraagsteller 'het kluisje' is genoemd, heet in feite Vitalink. Vitalink, dat een onderdeel van het eHealth-platform zal worden, heeft de ambitie de operationele gegevensdeling technisch mogelijk te maken. In eerste instantie zal dat voor de eerste lijn gebeuren. Het basisprincipe van de gedecentraliseerde gegevensopslag zal hierbij worden gerespecteerd.

De opbouw, de actualisering en het beheer van de kadasters van zorgactoren en de onderscheiden verantwoordelijkheden van de Vlaamse en de federale overheid zullen in die overeenkomst worden vastgelegd.

Ten elfde, de principes moeten decretaal worden verankerd. Ze berusten op voldoende vertrouwen en op een voldoende groot draagvlak op de geleidelijke uitbouw van een netwerk voor de gegevensdeling in de zorg mogelijk te maken.

Ik heb de elf principes toegelicht die de Vlaamse Regering in een ontwerp van decreet zal omzetten. Dit ontwerp van decreet zal samen met het samenwerkingsakkoord, dat ook de vorm van een decreet of van een wet moet aannemen, het geheel completeren. De visie die ik naar voren heb gebracht, is uitvoerig besproken tijdens de conferentie die hierover is gehouden. Het basisdocument dat op voorhand aan de participanten is bezorgd, is terug te vinden op de site van Flanders' Care.

Ik probeer het eenvoudig voor te stellen. Het eHealth-platform is een platform met meerdere basisdiensten. Dit houdt onder meer in dat te vinden is of iemand een therapeutische relatie met een patiënt heeft en dat ook kan bewijzen. De basisdienst van eHealth kan bepaalde zaken een vaste afbakening geven. Er zijn al een aantal basisdiensten. We zullen hier gebruik van maken.

Het idee is dat op basis van de overeenkomst met het platform vanuit Vlaanderen een basisdienst zal worden toegevoegd. Die basisdienst is Vitalink. Dit is de kluis voor de gegevensdeling volgens de net geciteerde principes in Vlaanderen. In eerste instantie gaat het om de eerste lijn. Later zal dit natuurlijk ook voor de woonzorgcentra en voor de ziekenhuizen mogelijk worden.

Het is de bedoeling het eHealth-platform als dienstenintegrator aan te duiden. Het eHealth-platform biedt diensten aan die het zorgverleners en zorggebruikers mogelijk maken zorggegevens op een veilige en privacyconforme wijze te delen. In de eerste plaats gaat het om de basisdiensten die een robuust en maximaal veilig gebruikers- en toegangsbeheer mogelijk maken. In het jargon heet dit het 'user and access management'. Om dit goed te kunnen regelen, is het onder meer noodzakelijk dat Vlaanderen de identificatiegegevens van de door de Vlaamse overheid erkende zorgvoorzieningen voortdurend naar de zogenaamde Common Base Registry for Health Care Actors oplaadt. Wij noemen dit de eHealth-kadasters. Dit zal in de nabije toekomst klaar zijn.

De Vlaamse overheid zal alle door haar erkende actoren in het kadaster onderbrengen. De federale overheid zal alle door haar erkende actoren, bijvoorbeeld in het licht van de ziekteverzekering, ook in het kadaster onderbrengen. Het eHealth-platform zal het mogelijk maken te zien of de persoon waarmee iemand communiceert, is wie hij of zij beweert te zijn.

Het samenwerkingsakkoord is nog niet afgesloten. De onderhandelingen lopen momenteel. Het samenwerkingsakkoord zal uiteraard ter goedkeuring aan de betrokken parlementen worden voorgelegd.

Ik verwijs hier graag naar de visietekst 'e-zorgzaam Vlaanderen' waarin dit allemaal is terug te vinden. In Vlaanderen is de idee van een eerstelijnskluis omgezet in een project dat momenteel in volle uitvoering is. Alle recente informatie over het project Vitalink is terug te

vinden op de website [www.vitalink.be](http://www.vitalink.be). Er is ook een filmpje gemaakt waarin op zeer laagdrempelige wijze wordt uitgelegd wat Vitalink is en wat de garanties inzake privacy en veiligheid zijn. Ik kan iedereen in dit verband een zeer lange URL bezorgen.

Vitalink is een belangrijke stap in de Vlaamse zorg- en welzijnssector. Voor het eerst kunnen patiënten hun zorg- en welzijnsgegevens ter beschikking stellen van alle actoren die hen verzorgen. Dit kan over alle disciplines, van huisarts tot thuisverpleger, heen. Dit houdt in dat zorgverleners gegevens op een eenvoudige wijze kunnen uitwisselen. Dit gebeurt met het volste respect voor de privacy en op een erg beveiligde manier langs een digitaal platform. Vitalink moet tot meer samenwerking en tot minder administratie leiden. Op termijn moet dit tot een betere zorg voor de patiënt leiden.

Vitalink vertrouwt in sterke mate op het eHealth-platform als een dienstenintegrator voor gezondheids- en welzijnsinformatie. We werken nauw samen om ook voor zaken waarvoor we niet bevoegd zijn, zoals de geïnformeerde toestemming, de therapeutische relatie en de zorgrelatie mee tot stand te brengen en te bewaken.

Een eerste stap bestaat uit de elektronische gegevensuitwisseling van het medicatieschema. Op 30 april 2012 heb ik de vier pilootprojecten voorgesteld die gedurende zes maanden, van november 2012 tot april 2013, langs Vitalink verscijferde en beveiligde gegevens over het medicatieschema zullen uitwisselen. De projecten zijn Vitalink pilootproject (Zuid-Oost-) Limburg Medicatieschema, Regio Turnhout, Zenneland en Regio Aalst. De betrokken zorgverleners zijn huisartsen, apothekers, verpleegkundigen en verzorgenden. Ze zullen dit project samen met de patiënt uitvoeren. De patiëntenvereniging is hierbij betrokken. Ook een aantal zorginstellingen en welzijnsvoorzieningen, zoals het Wit-Gele Kruis en Familiehulp, zijn bij dit project betrokken. Ze zullen, samen met hun betrokken softwarepartners, de beveiligde en verscijferde gegevensdeling op basis van hun eigen softwaretoepassingen tot stand brengen.

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Ik dank u voor uw interessant antwoord, minister. Het heeft verheldering gebracht.

Ik heb nog een vraag. Wie heeft de eindregie van heel het ICT-gebeuren in handen? Er bestaan dikwijls problemen inzake ICT. Dat kwam vanmorgen nog op de radio: de dienst Financiën heeft ICT-problemen. De diensten van het Vlaams Agentschap hebben soms ICT-problemen. Dat vraagt onze bijzondere aandacht.

**De heer Tom Dehaene:** Minister, u hebt in een toespraak vooropgesteld dat de federale gegevens begin maart in het Vlaamse kadaster zouden worden ingebracht. Is dat intussen gelukt?

**De voorzitter:** Minister Vandeuren heeft het woord.

**Minister Jo Vandeuren:** Die laatste vraag kan ik niet precies beantwoorden. Mijn kabinetschef deelt mee dat de gegevens momenteel worden “ingeladen”. Het agentschap heeft mij meegedeeld dat ons deel van het werk erop zat.

We zitten in de ontwerp- en testfase van het Vitalink. Er moeten tools worden ontworpen die de leveranciers kunnen inpassen in hun software om te communiceren met Vitalink en de kluis. Op termijn gaan we proberen met een extern verzelfstandigd agentschap vooral de stakeholders te betrekken bij de manier waarop het systeem beheerd wordt.

Wat het juridisch betekent, naar wie het gericht is, wie de eigenaar is van de hardware en dergelijke, dat kan ik nu niet beantwoorden. Dat moet worden uitbesteed aan externe partners, het is niet de bedoeling dat de overheid dat allemaal doet. Het zal vanaf nu relatief snel worden ontwikkeld. Als het concept gestabiliseerd is en er een consensus bestaat over de aanpak en de inhoud van het decreet, zal dat de komende maanden hier aan bod komen.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

**Vraag om uitleg van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over hulpverlening aan de gedetineerden in Vorst  
- 1739 (2011-2012)**

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**De heer Bart Van Malderen:** Voorzitter, minister, dames en heren, toen ik mijn vraag om uitleg indiende, voerden de cipiers van de penitentiaire instelling van Vorst al zes weken stiptheidsacties. Iedereen heeft de rapporten gezien. Vorst heeft twee voorname kenmerken: een schromelijke overbevolking en een verouderde toestand. Het is onhoudbaar voor wie er vandaag binnengaat. De cipiers protesteren daartegen.

Door deze acties kunnen de diensten die instaan voor de psychosociale opvolging van gedetineerden, sociaal-culturele activiteiten en opleiding hun opdracht niet uitvoeren. Volgens berichten in de media zullen de gemeenschapsministers die bevoegd zijn voor hulpverlening aan gedetineerden, de federale minister van Justitie Turtelboom hierover aanschrijven en om een overleg vragen.

Dit probleem is incidenteel in Vorst, maar door een gebrek aan capaciteit jammer genoeg structureel in zowat alle gevangenissen met een verouderde infrastructuur. Bij tijd en wijle zijn er in die verschillende gevangenissen ook syndicale acties. Zelfs zonder die syndicale acties zouden we weten dat er problemen bestaan. We hebben al die instellingen bezocht in de vorige legislatuur. Het is er bijzonder moeilijk werken voor de diensten psychosociale bijstand, sociaal-culturele activiteiten en opleiding.

Vandaar, minister, mijn vraag om uitleg over dit thema, dat hier weinig aan bod komt. Minister, kunt u bevestigen dat de diensten die instaan voor de hulpverlening en begeleiding aan gedetineerden hun opdracht niet kunnen uitvoeren door de acties van de cipiers? Bevestigt u dat aan minister Turtelboom hierover een overleg is gevraagd? Wanneer zal dit overleg plaatsvinden? Welke mogelijkheden ziet u voor de hulpverleners in afwachting van een akkoord tussen minister Turtelboom en de vakbonden? Kunt u op een of andere manier hun dienstverlening garanderen?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Minister, u noemde de problemen in Vorst incidenteel, maar eigenlijk is heel de situatie in Vlaanderen een zeer groot structureel probleem door het aanzienlijke capaciteitstekort. Mijnheer Van Malderen, u hebt de instellingen in de vorige legislatuur bezocht, ik heb dat dit jaar nog gedaan. Ik kan u zeggen dat de situatie er allesbehalve op vooruitgegaan is. Integendeel, het capaciteitsprobleem is alleen vergroot. U zult dat nog wel weten, minister, uit uw vorig leven als minister van Justitie, dat dat blijft toenemen. Dat is uiteraard het gevolg van de toenemende criminaliteit, dat moeten we ook zeggen: men belandt pas in een gevangenis na het plegen van strafbare feiten.

U kent ons standpunt wat betreft de aanpak van criminaliteit. Maar toch, iedereen die hier al langer zit, weet dat naast de harde aanpak ook een goede hulpverlening aan criminelen nodig is. Alleen via een goede begeleiding kunnen ze terugkeren naar de maatschappij en opnieuw integreren. Zo kunnen we proberen recidivisme voorkomen. Ik blijf daarin geloven, hoewel de cijfers mij hierin niet steunen. Dat zal misschien mee liggen aan een gebrekkige hulpverlening. Ik durf er echt op aan te dringen dat u alles op alles zet om erover te waken dat de gevangenen in Vlaanderen degelijk worden begeleid, dat er voldoende hulpverlening is om ervoor te zorgen dat ze op een goede manier weer in de samenleving kunnen fungeren.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeuren:** Het klopt dat op dit ogenblik de diensten die instaan voor de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden hun opdracht niet kunnen uitvoeren. De hulp- en dienstverleners wordt de toegang tot de gevangenis niet ontzegd, maar het bewakend personeel brengt geen gedetineerden naar het hulpverleningsaanbod. Hierdoor kunnen op dit ogenblik volgende initiatieven niet plaatsvinden: trajectbegeleiding en naastbestaandenwerking van het centrum algemeen welzijnswerk (CAW), begeleiding naar werk door de VDAB van Brussel, leerbegeleiding door het Brussels consortium voor volwassenenonderwijs, de gespreksgroep detentiebegeleiding van het centrum voor geestelijke gezondheidszorg en het open leercentrum van het centrum voor basiseducatie en het Brussels consortium voor volwassenenonderwijs.

Uiteraard heb ik hierover overleg gevraagd met de minister van Justitie. Dat overleg zal eind deze week plaatsvinden. Ondertussen zijn de mogelijkheden zeer beperkt. Toch werden er een aantal stappen gezet. Zo hebben de diensten gezorgd voor een correcte berichtgeving aan alle gedetineerden over het uitblijven van hulp- en dienstverlening. Alle cliënten in een hulp- en dienstverleningstraject bij de Vlaamse diensten zijn op de hoogte gebracht. Vervolgens is, op 6 april 2012, aan alle 736 gedetineerden een brief bezorgd, om hen in te lichten over de situatie. Dit is in samenwerking tussen de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie gebeurd. Daarnaast overlegt de Vlaamse beleidsmedewerker die de Vlaamse Gemeenschap vertegenwoordigt in de gevangenis, op regelmatige basis met het inrichtingshoofd van de gevangenis over een mogelijk opnieuw opstarten van de hulp- en dienstverlening.

**De voorzitter:** De heer Van Malderen heeft het woord.

**De heer Bart Van Malderen:** Minister, ik dank u voor uw beknopte antwoord in dezen. Meestal bent u iets uitgebreider, moet ik zeggen. U zegt dat de mogelijkheden beperkt zijn. Ik begrijp dat wel. Men kan die dienstverlening niet even ambulant gaan uitvoeren. Alternatieve locaties zijn ook niet echt voorhanden. In een andere context zou men die oplossingen misschien kunnen nastreven, maar door de aard van deze zaak is dat niet mogelijk. Dat neemt echter niet weg dat die dienstverlening bijzonder belangrijk is.

Ik begrijp mevrouw Dillen wel dat men niet in de gevangenis belandt als men niets heeft mispeuterd. Ik ga daarvan uit, maar we moeten er ons ook wel van bewust zijn dat het grootste deel van de mensen die daar zitten, op een dag opnieuw in de maatschappij komt. Die herintegratie, die echt een essentieel onderdeel is van heel ons strafrechtstelsel, moet dus mee mogelijk worden gemaakt. Dat is geen kwestie van pampieren: het gaat erom dat we ervoor zorgen dat de recidivefactor zo laag mogelijk is.

Ik begrijp dat er een correcte berichtgeving is gebeurd, maar er is vandaag verder geen perspectief, behalve het overleg dat u eind deze week zult hebben. Mijn enige bijkomende vraag is dan ook wat uw standpunt zal zijn in dit overleg. Zult u op tafel slaan, om ervoor te zorgen dat de dienstverlening zo snel mogelijk wordt opgestart, in het algemeen belang, en dat een aantal van de meest schrijnende wantoestanden in Vorst kunnen worden aangepakt, zodat de acties daar worden beëindigd en daar zo snel mogelijk opnieuw sprake is van enige normaliteit?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer Van Malderen, ik denk dat we ons met betrekking tot de herintegratie min of meer op dezelfde golflengte bevinden. Het is heel belangrijk dat mensen die om welke reden dan ook in de gevangenis verblijven, op een degelijke wijze worden voorbereid op hun herintrede in de samenleving. Dat is niet alleen in het belang van de gedetineerde zelf, maar ook in dat van de samenleving. We kunnen het recidivisme niet volledig uitsluiten, maar op die manier zullen de kansen op recidivisme worden beperkt.

Minister, uw antwoord was zeer beperkt, in tegenstelling tot andere antwoorden, die heel uitvoerig zijn. Ik blijf erbij dat dit niet alleen een probleem van Vorst is, maar een probleem

van veel gevangenen in Vlaanderen. Als een gevolg van de overcapaciteit wordt het gevangenispersoneel beperkt in zijn mogelijkheden. Ook de mensen in de Vlaamse overheid die bevoegd zijn voor de hulpverlening, worden beperkt in hun mogelijkheden. U mag dus echt wel eens met uw vuist op tafel slaan. Ik blijf beklemtonen dat u deze problematiek bijzonder goed moet kennen. Er moet iets gebeuren, op de eerste plaats wat het afbouwen van de overcapaciteit betreft. Er moet iets gebeuren, zodat die hulpverlening in de toekomst in de meeste instellingen in Vlaanderen – ik zal niet veralgemenen – opnieuw deftig kan worden georganiseerd.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Van der Borght tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de wachtlijsten voor een persoonlijkeassistentiebudget - 1768 (2011-2012)**

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Voorzitter, minister, in antwoord op schriftelijke vraag 304 die ik recentelijk stelde over het aantal mensen die wachten op een persoonlijkeassistentiebudget (PAB) en het aantal aanvragen voor een PAB in de voorbije vijf jaar, kreeg ik cijfers die voor een aantal onduidelijkheden zorgden, en dus aanleiding gaven tot nieuwe vragen.

Zo is er de toch wel merkwaardige vaststelling dat het aantal jaarlijkse PAB-aanvragen plotseling drastisch is afgenomen. Terwijl er in 2007, 2008, 2009 en 2010 sprake was van ongeveer 1300 aanvragen per jaar, blijkt dit aantal in 2011 plots tot 585 aanvragen te zijn gedaald, een daling met 56 procent. Ik heb de sector geraadpleegd om mogelijke verklaringen te vinden, maar daaruit bleek dat niemand dat echt kon uitleggen. Ook daar was men verbaasd over die grote daling.

Om zeker te zijn dat het niet over een fout ging, heb ik het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) zelf gecontacteerd, met de vraag die cijfers nog eens te willen overlopen. Die werden echter opnieuw bevestigd. Bij het VAPH voegde men daaraan toe dat dit “mogelijk te maken heeft met het feit dat er reeds veel potentiële aanvragers geïnformeerd werden over het PAB en daardoor overgingen tot een PAB-aanvraag vóór 2011 of dat deze informering vanaf 2011 geminderd is/minder effect had dan de jaren voorheen”. Dit is iets dat ik toch ten zeerste durf te betwijfelen. Maar ook bij het agentschap stelde men uiteindelijk het volgende: “Op dit moment hebben wij geen verdere duidelijke verklaring om de opvallende daling in het aantal PAB-aanvragen te verklaren.”

Deze cijfers roepen echter nog meer vragen op. Zo zijn er van de 1325 PAB-aanvragen die in 2007 werden gedaan, tot nu toe 232 toegekend. Rekening houdend met de 693 wachtenden die in 2007 hun aanvraag voor een PAB hebben gedaan, betekent dit dat er 400 aanvragers uit het aanvraagjaar 2007 zouden zijn ‘weggefallen’, door overlijden of het stopzetten van hun vraag in de loop van de 4 jaar nadien. Ik heb dit afgetoetst met de sector en een dermate grote uitval blijkt compleet onrealistisch te zijn. De vraag is dus wat er met die honderden aanvragen is gebeurd.

Ook voor de daaropvolgende jaren zien we diezelfde onverklaarbare verschillen. Minister, u zult begrijpen dat de betrouwbaarheid van deze cijfers uiteindelijk in het gedrang komt. Ik ben beginnen te zoeken naar andere bronnen, maar kon nergens op de website van het VAPH documenten terugvinden waarin recente cijfers werden gegeven over het aantal PAB-aanvragen per jaar. In de rapporten van de Centrale Registratie van Zorgvragen (CRZ) vinden we over PAB's niet zoveel terug. We vinden er enkel een paar algemene cijfers, zoals het totale aantal wachtenden op 30 november 2011 en het totale aantal effectieve budgethouders.

Uiteindelijk is het in een officieel document dat vorig jaar is besproken binnen het Raadgevend Comité, dat ik een tabel heb kunnen vinden met het aantal aanvragen per jaar. Die cijfers verschillen van de cijfers die ik mocht krijgen in uw antwoord op mijn schriftelijke vraag, en dan heb ik het hier niet over enkele kleine verschillen, maar over duidelijk minder aanvragen voor elk van de voorbije vijf jaren.

In het antwoord op mijn vraag stelde u dat er in 2007 1325 aanvragen voor een PAB waren, in 2008 1130, in 2009 1379 en in 2010 1329. In het document dat in het Raadgevend Comité werd voorgelegd, gaat het over respectievelijk 736, 994, 1002 en 964 aanvragen. Minister, hoe kan het dat deze cijfers zo uiteenlopen? Dit creëert onduidelijkheid en laat niet toe dat het publiek en het parlement op een correcte manier worden geïnformeerd. Dit is eigenlijk niet aanvaardbaar en ik mag hopen dat u hierover vandaag enige duidelijkheid kunt verschaffen.

Los van de vraag welke cijfers correct zijn, is het alleszins zo dat er in beide gevallen sprake is van enorme achterstanden. Honderden aanvragen zijn nog niet ingeschaald. Andere zijn ingeschaald en de deskundigencommissie nam een beslissing, maar de aanvragers wachten nog altijd op de toekenning van een PAB. Het gaat dan niet alleen over aanvragen van de jongste jaren: het gaat zelfs over aanvragen van 2007 en nog veel vroeger. Bovendien gaat het dikwijls ook over aanvragen die werden ingeschaald in categorie 5, met de grootste zorgnoden dus. Vergeten we echter ook niet dat de categorieën 4 en 3 een zekere matige en soms een grote zorgbehoefte impliceren. Die aanvragers moeten nog langer wachten, om nog maar te zwijgen van aanvragers die werden ingeschaald in de categorieën 1 en 2. Voor hen lijkt de toekenning van een PAB gewoon uitgesloten.

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght, uw spreektijd is voorbij. Kunt u uw vragen stellen?

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Ik begrijp natuurlijk dat een aantal prioriteitenregelingen van toepassing zijn, zoals voor knelpuntdossiers, noodgevallen en gezinnen met meerdere aanvragen, maar we moeten vaststellen dat toch heel wat mensen met de grootste zorgnoden al veel jaren lang geen PAB toegekend krijgen. Dat legt heel zware druk op deze gezinnen.

Aanvragers zouden wellicht ook gebaat zijn bij een iets duidelijkere communicatie. Ik heb een brief in handen van iemand die een PAB-aanvraag had gedaan en een antwoord van het VAPH had gekregen. Naast een eerder formele mededeling volgt in een bijlage bij het antwoord een hele lijst met voorrangsregelingen. De betrokkene weet helemaal niet wat zij daaruit moet opmaken. Wanneer zal de inschaling en de bepaling van de budgethoogte door de deskundigencommissie worden bepaald? Op dé vraag die deze mensen bezighoudt, krijgen zij geen antwoord. Wanneer kan men de toekenning van een PAB verwachten – als die er ooit komt? Ik vind dergelijke paginalange opsomming van regelingen en voorrangsbepalingen niet meteen overzichtelijk en informatief.

**De voorzitter:** Kunt u uw vragen stellen?

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Ik denk dat het onderwerp zo gewichtig is dat een kleine verlenging van mijn spreektijd gerechtvaardigd lijkt.

**De voorzitter:** U moet dat dan voorleggen aan ...

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Tot slot wil ik van deze vraagstelling gebruikmaken om enkele bekommernissen aan te kaarten die mij onlangs werden gesignaleerd door Ouders voor Inclusie, een vereniging die ook deel uitmaakt van het Vlaams Gebruikersoverleg voor Personen met een Handicap (VGPH). Zij stellen zich vragen bij de Regionale Prioriteitencommissies (RPC's), meer bepaald bij de vaststelling dat in de huishoudelijke reglementen van de RPC's enorme verschillen opduiken, zowel wat het aantal per provincie betreft, maar ook wat betreft samenstelling, taken, opdrachten en duur van de mandaten. Waarom staat men dergelijk grote verschillen inzake de werking toe, zo vragen zij zich af.

Ik wil u daarover enkele vragen voorleggen.

**De voorzitter:** Eindelijk.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Minister, kunt u duidelijkheid verschaffen over de cijfers in het antwoord op mijn schriftelijke vraag betreffende het aantal PAB-aanvragen? Hoe verklaart u de verschillen met de cijfers in het document dat op een raadgevend comité werd voorgelegd? Welke verklaring hebt u voor de sterke daling van het aantal PAB-aanvragen in 2011, in vergelijking met voorgaande jaren? Op welke manier wilt u werk maken van de toekenning van meer PAB's aan de aanvragers met ernstcategorie 5?

Bent u bereid om in overleg met de sector werk te maken van een gebruiksvriendelijkere communicatie van het VAPH met PAB-aanvragers wat betreft beslissingen over registratie, inschaling, bepaling van de budgethoogte en de toekenning van een PAB? Hoe staat u tegenover de vele verschillen tussen de huishoudelijke reglementen van de RPC's? Zou er niet beter worden gestreefd naar een harmonisering van de werking ervan?

**De voorzitter:** Mevrouw, als ik u wijs op de tijd, dan doe ik dat omdat van mij als voorzitter wordt verwacht dat ik waak over de toepassing van het reglement. Dan houdt geen appreciatie van uw vraag in. *(Opmerkingen van mevrouw Vera Van der Borgh)*

De heer Van Malderen heeft het woord.

**De heer Bart Van Malderen:** Voorzitter, minister, collega's, ik sluit mij graag aan bij de vragen van mevrouw Van der Borgh. Haar vragen zijn eerder technisch, maar ik heb een politieke vraag. In Perspectief 2020 is een heel belangrijke rol weggelegd voor de RPC's. Het is belangrijk dat de mensen die ten volle vertrouwen. Ik vraag me af of daartoe geen aansturing nodig is. Elke provincie heeft een eigen aanbod. Wat de technische werking betreft, is het belangrijk dat er een level playing field komt, zodat de ingang en de uitgang overal op dezelfde manier wordt aangepakt. Aansturing lijkt dus nodig.

**De voorzitter:** Mevrouw Vogels heeft het woord.

**Mevrouw Mieke Vogels:** Ik sluit mij graag aan omdat ik vind dat er steeds minder transparantie is in de sector voor personen met een handicap. Hoe meer men over zorggarantie praat, hoe minder duidelijk het wordt hoe men die garantie kan verkrijgen. Mevrouw Van der Borght verwees terecht naar het dossier van de PAB's, dat altijd aan een gebrek aan transparantie heeft geleden. Ik herinner aan de prioriteiten die elk jaar opnieuw werden gesteld. Mensen die sinds 2005 op een wachtlijst stonden, dachten dat zij in 2009 of 2010 een PAB zouden krijgen. Plots doken er nieuwe prioriteiten op, waarbij enkel de zwaarst zorgbehoevenden er eentje krijgen. In de RPC's neemt het gebrek aan transparantie almaar toe.

Ik verwijs naar een interpellatie van enkele weken terug, toen wij het onder meer hadden over het probleem van de minderjarigen en hun doorstroming naar voorzieningen voor meerderjarigen, naar aanleiding van de actie in Blijdorp. In uw antwoord hebt u die voorziening enigszins verweten dat er geen aanvraag voor een prioritair ticket voor die jongeren was gedaan. De directeur was daar ondersteboven van, want hij mocht dat niet. Volgens de regels mag hij dat pas doen zes maanden voor de jongere in zijn voorziening niet meer terecht kan. Blijkbaar zegt u iets anders en zegt ook de heer Van Baelen iets anders. Men kan er niet meer aan uit. Er is een totaal gebrek aan transparantie. Dat heeft ten dele ook te maken met het feit dat het beleid op twee gedachten hinkt: enerzijds alles willen regelen en anderzijds vooral willen werken met de meest schrijnende gevallen. Het is voor niemand nog duidelijk wie welke rechten heeft. Als een aantal mensen met een handicap op dit ogenblik naar de rechtbank zouden stappen, dan zouden zij zelfs hun gelijk kunnen halen. Volgens mij is er geen sprake van een gelijke behandeling van personen met een handicap.

Mevrouw Van der Borght heeft het over mensen die in een Thomashuis willen gaan samenwonen, en vraagt om hun twintig PAB's te geven. U schreeuwt dan moord en brand en beweert dan dat zij voorrang wil geven aan die mensen. Maar op dit ogenblik doen de RPC's dat ook, met de natte vinger! Er is een totaal gebrek aan transparantie. Als die transparantie er

niet komt, dan zal Perspectief 2020 – waar wij allemaal, met inbegrip van de sector, achterstaan – totaal de mist ingaan.

**De voorzitter:** Mevrouw Stevens heeft het woord.

**Mevrouw Helga Stevens:** Voorzitter, minister, collega's, ik kan mij helemaal aansluiten bij de uiteenzetting van mevrouw Van der Borgh en de opmerkingen van de andere sprekers. Ik ben verbaasd over het feit dat de cijfers die de volksvertegenwoordigers in de antwoorden op hun vragen krijgen totaal verschillen van de cijfers die het VAPH gebruikt. Hoe komt dat? En wat zijn de juiste cijfers – gesteld dat die al bestaan? Van het antwoord op een schriftelijke vraag mogen we verwachten dat de gegevens juist zijn. Het is heel belangrijk dat we weten wat de juiste cijfers zijn. We moeten weten waarover we in verband met het aantal zorgvragen praten.

Een tweede opmerking betreft de klantvriendelijkheid en de communicatie van het VAPH. Dit is een oud zeer. Wat de briefwisseling betreft, heb ik zelf een aantal voorbeelden gezien. Mensen krijgen een positieve beslissing over een persoon die naar een tehuis voor niet-werkenden zou kunnen gaan. Daar staat echter bij dat iemand die toegang tot een tehuis voor niet-werkenden krijgt, ook naar een dagcentrum voor begeleid wonen en naar diensten voor inclusieve ondersteuning kan. Er is immers een hele wachtlijst. Die mensen willen dat echter niet weten. Het interesseert hen niet waar ze nog naartoe kunnen. Ze willen weten of ze al dan niet toegang tot dat tehuis krijgen. Ergens onderaan de brief staat echter dat dit afhankelijk is van de capaciteiten. De positieve beslissing betekent niet dat er effectief plaats is voor deze persoon. Dat lijkt me nochtans essentiële informatie.

Het is niet altijd leuk slecht nieuws mee te delen. Op deze manier wordt het slecht nieuws echter weggemoffeld. De betrokkenen zijn er absoluut niet van op de hoogte waar ze aan toe zijn. Zelfs met een positieve beslissing hebben ze nog geen plaats. Ik vind dit een rare werkwijze. Dit moet worden aangepast.

Ik wil ook even terugkomen op wat de heer Van Malderen heeft gesteld. Wat het Perspectief 2020 betreft, moeten we onze prioriteiten regelen. We moeten ons durven af te vragen of we wel goed bezig zijn. Ik heb ook letterlijk in een brief aan een organisatie kunnen lezen dat ze niet binnen de quota past. Betekent dit dat met quota wordt gewerkt?

Enkel de ernstigste situaties komen aan bod. Ik wil de minister voor de gevolgen op termijn waarschuwen. Voor de schrijnendste situaties wordt een opgelost gezocht. Families krijgen de indruk dat ze worden gestraft omdat ze een inspanning leveren en opvang organiseren. Ze zouden dan ook kunnen beslissen de persoon met een handicap gewoon op straat te zetten en het OCMW te vragen alles op te lossen. Dat lijkt me geen oplossing.

We moeten het geheel eens opnieuw durven te bekijken. We moeten nagaan of we effectief goed bezig zijn. We moeten een antwoord bedenken op de vragen van de persoon die nood aan die zorg heeft. Dit lijkt me een zeer fundamentele vraag.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, na ontvangst van de vraag om uitleg heb ik het VAPH de opdracht gegeven de aangeleverde cijfers samen met enkele ervaringsdeskundigen inzake rapportering te onderzoeken. Het VAPH heeft me tevens gemeld dat tijdens 2011 is overgeschakeld op een nieuwe rapporteringsomgeving, genaamd Cognos 8.

Ik kan melden dat het onderzoek van het VAPH voor 2011 een getal van ongeveer 1160 nieuwe PAB-aanvragen oplevert. Wat de verschillen tussen de gerapporteerde cijfers betreft, blijken twee aspecten een rol te spelen.

Het eerste aspect betreft de rapportdefinitie. Er zijn 585 nieuwe PAB-aanvragen uit 2011 die de status 'formeel volledig' hebben. Deze aanvragen zijn in het antwoord op schriftelijke vraag 304 weergegeven. Dat betekent dat alle benodigde formaliteiten, waaronder de ontvangst van het PAB-aanvraagformulier en het PAB-inschalingsverslag, voor deze

aanvragen volledig zijn vervuld. Voor de overige 575 nieuwe PAB-aanvragen had het VAPH op dat ogenblik nog geen PAB-inschalingsverslag ontvangen of geregistreerd.

Een tweede belangrijk aspect betreft het moment waarop het rapport is opgesteld. De getallen in tabel 1 in het antwoord op schriftelijke vraag 304 zijn afkomstig van de rapportering die op 31 december 2011 is gemaakt. De cijfers in het document van het Raadgevend Comité en in tabel 7 van het antwoord op schriftelijke vraag 304 zijn afkomstig uit rapporten die respectievelijk in mei 2011, meer bepaald in het document van de zitting van het Raadgevend Comité van 31 mei 2011, en op 31 december 2011, wat in tabel 7 van het antwoord op schriftelijke vraag 304 is overgenomen, zijn opgesteld.

Gezien het grote belang van deze rapportering heb ik het VAPH de opdracht gegeven alle rapportdefinities opnieuw te laten onderzoeken. Ik kan verzekeren dat ik op een spoedige behandeling van deze opdracht heb aangedrongen. Ik wil iedereen zo snel mogelijk over de resultaten van dit onderzoek kunnen informeren.

Ik citeer pagina 20 van Perspectief 2020: “De twee belangrijke doelstellingen die we in 2020 willen bereiken, laten zich als volgt samenvatten. In 2020 is er een garantie op zorg voor de personen met een handicap met de grootste ondersteuningsnood onder vorm van zorg en assistentie in natura of in contanten. In 2020 genieten geïnformeerde gebruikers van vraaggestuurde zorg en assistentie in een inclusieve samenleving.” Iets verder wordt de zorggarantiegroep omschreven: “In 2020 zal minstens die groep van personen met een handicap zorggarantie krijgen, voor wie de afstand, de kloof tussen de mogelijkheden van het eigen draagvlak (zelfzorg, mantelzorg, sociaal netwerk, reguliere zorg) en de ondersteuningsnood als gevolg van de handicap niet (meer) te overbruggen valt en precair is of wordt en blijft wanneer er geen bijkomende of vervangende acties tot ondersteuning worden ondernomen.”

Deze groep wordt nu aangeduid voor wie de VAPH-ondersteuning dringend en dwingend is. Het plan somt de groepen met de grootste ondersteuningsnood op. Ik citeer: “...personen met een handicap met een zware ondersteuningsnood die een actieve vraag stellen aan het VAPH voor zorg en assistentie. De ernstgraad van deze situaties is van een bepaald niveau en kan voldoende objectief aangetoond en omschreven worden aan de hand van nieuw instrumentarium (diagnostisch, via inschaling (...)). Hier gaat het over mensen die (...) en voor wie objectief, door inschaling, vast te stellen is dat het gaat om een dermate zware ondersteuningsnood (...) dat, zelfs los van de beoordeling van de context, de vaststelling heel duidelijk te maken is dat de zwaarte en de ernst van de handicap in (praktisch) alle situaties de draagkracht van de omgeving (...) overschrijdt.” Er is getracht de ambities in het plan, zorggarantie voor de mensen met de grootste ondersteuningsnood, te verduidelijken en te definiëren.

Tot vorig jaar is de prioriteit voor de PAB-toekenning enkel en alleen gebaseerd op de objectief, door middel van een PAB-inschaling vast te stellen zwaarte of ernst van de ondersteuningsnood die uit de beperkingen van de persoon met een handicap volgt. Hierdoor kwamen verschillende jaren na elkaar enkel de PAB-aanvragers in aanmerking die door middel van de inschaling in de hoogste budgetscore, score 5, zaten. Vorig jaar kwam daar de groep bij van de gezinnen met meerdere PAB-aanvragers die samen minstens een ernstscore gelijk aan of hoger dan de hoogste ernstscore in de PAB-inschaling kregen. Die gezinnen werd op basis van score van de persoon met een handicap met de zwaarste ondersteuningsnood een PAB ter beschikking gesteld.

Conform Perspectief 2020 is vanaf 2012 de dringendheid en de dwingendheid van de situatie van een persoon met een handicap van doorslaggevend belang bij de beslissing tot toekenning van een PAB. Dat betekent dat de regionale prioriteitencommissie eerst ruimte maakt voor een PAB-budget voor de aanvragers met de grootste kloof tussen draagkracht en draaglast. Hierdoor kunnen personen uit de ernstcategorieën 1 tot en met 4 een toekenning krijgen. Dit PAB zal uiteraard lager zijn dan het PAB van iemand met een score 5. De

ernstcategorie is vanaf 2012 immers slechts een van de aspecten van de beslissing. De contextfactoren spelen een zware rol in de beslissingen van de regionale prioriteitencommissie.

Ik deel de bekommernis betreffende het belang van een goede communicatie ten aanzien van de persoon met een handicap. Iedere persoon met een handicap moet zo goed en zo correct mogelijk over de stand van zaken van zijn aanvragen worden geïnformeerd.

De prioriteitenregelingen door middel van ministeriële besluiten nemen een einde. Vanaf 1 maart 2012 staan de regionale prioriteitencommissies in voor de goedkeuring van de status ‘prioritair te bemiddelen PAB-aanvraag’.

De briefwisseling over de PAB-prioriteiten heeft reeds in 2011 het voorwerp van overleg met de budgethoudersverenigingen gevormd. De complexiteit van de voorrangsregels is echter een struikelblok voor een klantgerichte communicatie gebleven. Door het PAB in de centrale registratie van zorgvragen te integreren, wordt het voeren van een eenvoudiger communicatie een bereikbaar doel. Ik zal opdracht geven aan het VAPH de briefwisseling aan de PAB-aanvragers steeds op te maken en te bespreken in overleg met de budgethoudersverenigingen en zorgconsulenten.

Elk Regionaal Overlegnetwerk Gehandicapten (ROG) is inderdaad verantwoordelijk voor de uitwerking van een huishoudelijk reglement voor zijn regionale prioriteitencommissies (RP's). Vanuit het VAPH zijn evenwel duidelijk afgelijnde contouren meegegeven waarbinnen de werkingen kunnen worden uitgewerkt. Zo werd de samenstelling van elke regionale prioriteitencommissie door het VAPH vastgelegd. Hierbij is een gelijkwaardige vertegenwoordiging van de drie geledingen – gebruikers, voorzieningen en verwijzers – de regel. Deze samenstelling wordt aangevuld met de coördinator zorgregie en het coördinatiepunt handicap. Deze laatste fungeren ook als secretariaat. Ook de opdrachten van de regionale prioriteitencommissies, de timing waarbinnen deze taken moeten worden uitgevoerd en de criteria die bij de uitvoering in acht worden genomen, zijn in de uitvoeringsrichtlijnen door het VAPH vastgelegd.

Binnen deze uitgewerkte contouren heeft elke ROG zijn huishoudelijk reglement kunnen uitwerken. Deze verantwoordelijkheid is een antwoord op de vraag van de ROG's naar meer regionale verantwoordelijkheid. Er bestaan immers tussen de verschillende regio's grote verschillen in de vraag en het aanbod naar VAPH-gesubsidieerde ondersteuning en assistentie. Door meer regionale verantwoordelijkheid te geven kan op deze regionale eigenheid worden ingespeeld.

De verschillende huishoudelijke reglementen zijn in het najaar van 2011 voorgelegd aan de leden van de permanente cel zorgregie. Die heeft aan een aantal regio's, waar nodig, kleine bijstellingen gevraagd zodat de gelijkvormigheid van procedure bevorderd is. Eenduidige procedures en een representatieve samenstelling over alle geledingen zijn, samen met de gewaardeerde inzet van alle leden en een goede ondersteuning door de coördinatiepunten, zeer zeker belangrijke hulpmiddelen voor het efficiënt en transparant functioneren van elke regionale prioriteitencommissie. We brengen de zorgregie voor de PAB's daar ook naartoe. Het belang van de transparantie is imminent en door die beslissing nog belangrijker.

We moeten de zaken steeds in het perspectief zien van de met alle partners in de sector afgesproken doelstellingen, namelijk aandacht voor de specificiteit van elke vraag en streven naar zorggarantie voor de personen met de grootste ondersteuningsnood. Zolang het aanbod onvoldoende groot is om alle vragen te beantwoorden, hebben we een regievraagstuk. Door het inbrengen van de PAB-toewijzing binnen dezelfde criteria en via de regionale prioriteitencommissie proberen we dat zo rechtvaardig mogelijk te organiseren. Het is wel juist, misschien moeten we dat nog eens uitdrukkelijk opnemen. Zoals ik u gezegd heb – we hebben daar al enkele meetings over gehad –, is de goede werking van de regionale prioriteitencommissies en de transparantie ervan cruciaal.

**De voorzitter:** Mevrouw Van der Borght heeft het woord.

**Mevrouw Vera Van der Borght:** Minister, u hebt uitleg gegeven over de cijfers. In 2011 heeft het Raadgevend Comité de cijfers vastgelegd. Het ging dan over de jaren 2007 tot 2010. Toen het aan u werd gevraagd, heeft men de lijst getrokken op 31 december. Als het Raadgevend Comité in 2011 een lijst trekt voor 2007, zou die toch dezelfde cijfers moeten bevatten? Ik kijk uit naar het bijkomend onderzoek door het VAPH. Ik ben benieuwd naar de cijfers die we dan gaan krijgen.

U hebt de omschrijving gegeven van de inschaling van de zwaarste categorie. U hebt daarbij enkele criteria weggelaten, en daardoor heb ik het geheel niet begrepen. Ik kan niet zeggen welk criterium de doorslag geeft om de beoordeling ‘categorie 5’ te krijgen.

U gaat werk maken van de communicatie. U bent bereid om de opdracht te geven om te gaan samen zitten met de budgethoudersverenigingen. Dat juich ik toe. Ik hoop dat er een klaar en duidelijk antwoord uit voortkomt voor de mensen. Ze moeten weten waar ze aan toe zijn. Al die bijsturing en poespas is overbodig, daar hebben ze niets aan. De stand van zaken van hun aanvraag moet klaar en duidelijk zijn.

Een huishoudelijk reglement dient om de praktische zaken te regelen, zoals het aantal keren dat men samenkomt, waar men samenkomt en de manier van uitnodigen. Via een huishoudelijk reglement kan men toch niet vastleggen dat men in Antwerpen werkt met één commissie, in Vlaams-Brabant met drie commissies en in Limburg met twee. Een huishoudelijk reglement dient niet om de termijn van een mandaat te bepalen. In Antwerpen is dat drie jaar, in Vlaams-Brabant vier jaar, in West-Vlaanderen is het onbepaald en in Limburg is het weer drie jaar. Dat kan toch niet! Dat zou toch allemaal hetzelfde moeten zijn! Dat de samenstelling door het huishoudelijk reglement wordt bepaald, kan ik enigszins begrijpen. Maar elke provincie gebruikt ook nog eens een eigen stemprocedure. Dat kan toch niet! Zulke zaken moeten worden vastgelegd door de overheid. Zij zou het vaste stramien moeten bepalen.

Minister, wij worden als parlementsleden meermaals geconfronteerd met vragen van mensen die niet meer weten waarnaartoe. Ze vragen wat ze mogen verwachten en zo. U zult die vragen wel in groot veelvoud krijgen. Wat antwoordt u aan die mensen? Ik weet niet meer wat ik moet zeggen. Kunt u ons een leidraad geven?

**De voorzitter:** Mevrouw Vogels heeft het woord.

**Mevrouw Mieke Vogels:** Ik zou niet graag in de schoenen staan van de regionale prioriteitencommissies. Wat zij doen, is verdeling van de schaarste. Daarbij moet men sowieso arbitraire keuzes maken. Dat maakt het moeilijk om helemaal transparant te zijn. Wie wel? Wie niet? Waarom wij niet? Wat is het verschil? Ze krijgen veel vragen.

Ik ben zeker geen vragende partij, minister, om van al die prioriteitencommissies eenheidsworst te maken. Ik ben een groot voorstander van de regionale differentiatie. Het probleem is wel dat de commissies de vrijheid krijgen om zelf hun huishoudelijk reglement te maken. Ze zouden veel meer vrijheid moeten krijgen om in de geest van het Perspectief 2020 met mensen en voorzieningen te gaan praten en creatieve oplossingen te zoeken. Als een groep ouderlingen voorstelt om zelf iets te doen, als zij de draagkracht hebben in hun omgeving, en om een ‘persoonsvolgend’ budget vragen, dan zou dat al een oplossing zijn. Maar dat kunnen de prioriteitencommissies helemaal niet. Dat bedoel ik met ‘op twee benen dansen’. Uiteindelijk evolueert de zorg binnen het VAPH haaks op de filosofie van Perspectief 2020. Dat is een groot probleem, daarmee ondermijnt u het draagvlak van Perspectief 2020. Dat is precies gebaseerd op wederzijds vertrouwen en samen oplossingen zoeken. Als dat in de regionale prioriteitencommissies niet kan, waar dan wel?

**De voorzitter:** Mevrouw Stevens heeft het woord.

**Mevrouw Helga Stevens:** Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb heel goed geluisterd. Ik had het over klantvriendelijkheid en communicatie. Dan heb ik het niet alleen over de briefwisseling met de PAB-aanvragers, maar ook over de communicatie in het algemeen met personen die zorg vragen. Dit is immers niet alleen een probleem bij PAB-aanvragers, maar ook bij mensen die zorg in natura aanvragen. Zij krijgen dezelfde cryptische antwoorden. Op dat punt moet er echt meer werk worden gemaakt van klantvriendelijkheid en een duidelijke communicatie, zodat iedereen echt weet waar hij aan toe is.

Wat de cijfers betreft: ook ik ben zeer benieuwd naar het resultaat van uw opdracht aan het VAPH.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik heb hier ook wel een wat dubbel gevoel bij. Ik begrijp heel goed dat heel de transitie die gaande is, op het terrein een aantal ongemakken veroorzaakt, en discussies over communicatie, los van de klantvriendelijkheid van de communicatie. Over dat laatste discussieer ik niet, want ik vind dat u ter zake een punt hebt. We zien dat ook wel aan de informatie, want uw informatie bereikt uiteraard ook mijn kabinet. We moeten daar ernstig rekening mee houden. We moeten er ook zorgvuldig mee omgaan.

De grond van de zaak is echter de verdeling van de groei van het aanbod. Ik kan helaas niets anders zeggen wat dat betreft, maar die groei is niet groot genoeg om onmiddellijk alle noden te lenigen. Dat vraagt een regie- en allocatiediscussie. We moeten proberen dat op de meest rechtvaardige manier te doen. In de realisatie van het Perspectiefplan 2020 is er een heel belangrijke stap gezet, namelijk dat we proberen dat te doen voor alle vormen van handicapspecifieke ondersteuning, of het nu gaat over een PAB, over zorg in natura of over persoonsvolgende convenanten met cash, en dat zo rechtvaardig mogelijk. Dat betekent inderdaad dat men wat verwachtingen heeft met betrekking tot die regionale prioriteitencommissies. In deze fase doen die een enorme inspanning om dat zo goed mogelijk te organiseren. Kunnen er geen lessen worden getrokken uit de manier waarop ze dat doen? Kunnen ze niet van elkaar leren? Kunnen we op een bepaald ogenblik niet beginnen een aantal zaken meer te uniformiseren? Die dynamiek moeten we zeker in ogenschouw nemen. Mevrouw Vogels, ik deel echter uw mening wat dat betreft: we moeten erover waken dat het niet opnieuw dermate de andere richting uitgaat dat er geen individuele flexibiliteit kan worden geboden, terwijl die nodig is.

Ik heb het al gezegd naar aanleiding van vorige interpellaties: het is niet omdat we dat morgen niet kunnen oplossen, dat we niet moeten proberen aan de slag te gaan met die elementen die worden aangebracht. Het uitbreidingsbeleid is natuurlijk beperkt. Mevrouw Stevens, u wees erop dat men buiten de quota valt. Dan gaat het over de capaciteit voor uitbreiding die in elke provincie beschikbaar is. We moeten bekijken hoe we nog nieuwe formules mogelijk kunnen maken, waarbij die prioriteitencommissies dan ook een rol kunnen spelen. We zijn dat ook aan het bekijken, ook in het licht van wat er de komende jaren moet gebeuren. Toen ik hier voor het eerst werd ondervraagd over deze problematiek, was een van de grote problemen dat er sprake was van een apart circuit voor de PAB-toewijzing, naast de andere, met alle debatten waartoe dat leidde. Er waren andere criteria enzovoort. Mensen moesten zich op de twee plaatsen kandidaat stellen. Nu hebben we dat in één toewijzingssysteem gestopt, met dezelfde criteria om te beslissen. We kunnen de vrager ter zake ook beter helpen te kiezen. We hebben een belangrijk scharnierpunt gemaakt in 2012, vind ik. Dat moet men toch durven te erkennen. Nogmaals, dat betekent niet dat we onze ogen moeten sluiten voor die vraag naar duidelijkheid en objectivering ter zake, maar er is toch sprake van een belangrijke wijziging ten gronde in het hele beleid. We zullen bekijken hoe we de gegevens, de ervaring en de overtuiging die vandaag naar voren werden gebracht, ook kunnen inbrengen om de transitie beter te organiseren, mocht dat nodig zijn.

**Mevrouw Vera Van der Borgh:** Toen we met de regelmaat van een klok bijkomende middelen kregen in het kader van het uitbreidingsbeleid, was ik van mening dat de mensen

die een aantal jaren geleden in de zwaarste zorgcategorie zaten, daarmee zouden zijn geholpen. Mij verbaast het dat mensen uit die zwaarste zorgcategorie vandaag, vijf jaar na dato, nog steeds wachten. Daar heb ik geen verklaring voor. Dat begrijp ik niet. Welke goede uitleg kan men daarvoor geven?

**Mevrouw Mieke Vogels:** Waarom worden die Diensten Ondersteuningsplan (DOP's) niet ingeschakeld om mee de urgentie van de vraag te detecteren en te plaatsen in de context van die mensen? Die staan er immers naast. Als die DOP's iets moeten doen, dan is het aan de slag gaan bij die prioritaire vragen. Waarom gebeurt dat niet?

**Minister Jo Vandeurzen:** In deze commissie hebben we uitdrukkelijk afgesproken dat dit een vrijwillig systeem zou zijn, dat we niemand daartoe zouden verplichten. Het klopt wel dat ze meehelpten, maar we bevinden ons in een opstartfase. Het is inderdaad de bedoeling dat ze mee zullen helpen aan vraagverduidelijking te doen, te bekijken wat er in het sociaal netwerk kan worden opgenomen, te bekijken waar dat netwerk zelfs kan worden versterkt, te bekijken of reguliere zorg mogelijk is, te bekijken wat de specifieke vraag naar handicapspecifieke zorg is. Er is de verhouding tussen wat mogelijk is en wat nodig is, en de grote kloof daartussen. Ook het criterium van de zwaarste zorgnood is er om dat ook zichtbaar te helpen maken. Dat is inderdaad de bedoeling.

Mevrouw Vogels, een half jaar geleden hebben we beslist die diensten op te richten. Die mensen moeten de kans krijgen. We hebben ervoor gepleit om dat intersectoraal te doen, om dat niet met de klassieke verdelingen te doen. Dat is allemaal gebeurd. Ik hoop dat u dat begrijpt. Ik denk dat de mensen in de sector niet bepaald de indruk hebben dat het Perspectiefplan 2020 niet in uitvoering is. Integendeel, ze zitten er middenin en ze doen dat op dit ogenblik.

Mevrouw Van der Borgh, op uw vraag kan ik niet zo in algemene termen antwoorden. Vaak moet je de concrete casus zien. In het PAB-systeem was het de zwaarste nood die tot code 5 leidde. Lang heeft men die gevallen als prioriteit genomen. In het systeem van de prioriteitencommissie gaat het over de dringendste nood. De kloof tussen draagvlak en ondersteuningsnood is daarbij een belangrijk element. In veel gevallen is dat natuurlijk hetzelfde, maar in een aantal gevallen niet. Als u wilt weten waarom een bepaalde commissie een bepaalde vraag als meer prioritair beschouwt dan een andere vraag, dan moet worden geprobeerd dat in concreto te beoordelen, maar in algemene termen kan ik dat helaas niet doen. Wat wel duidelijk is, is dat de fenomenen die de aanleiding vormen voor het voortdurend registreren van nieuwe zorgvragen, prominent aanwezig zijn. Dan heb ik het over de vergrijzing van de bevolking, over het afnemen van de microsolidariteit in de omgeving, in het sociaal netwerk van de betrokkene. Die fenomenen zijn niet gestopt. Integendeel, ze zetten zich stevig door. Daarom zal de u welbekende lijst van de geregistreerde zorgvragen, die natuurlijk veel mensen bevat die al zorg krijgen in de reguliere zorgsector en andere sectoren, uiteraard niet kleiner worden.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

**Vraag om uitleg van mevrouw Lies Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over borstkankerscreening - 1788 (2011-2012)**

**De voorzitter:** Mevrouw Jans heeft het woord.

**Mevrouw Lies Jans:** Voorzitter, minister, geachte leden, ook dit onderwerp komt hier regelmatig aan bod. Ik neem elke gelegenheid te baat om die discussie hier te voeren, of toch om er de aandacht op te vestigen. Ik heb het over de borstkankerscreening en de discussies die blijven bestaan over het optrekken of verlagen van de leeftijd waarop men, via het bevolkingsonderzoek, systematisch een dergelijke screening zou ondergaan.

De aanleiding van mijn vraag is de mededeling die het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) heeft gedaan in de pers. Het centrum vindt dat er geen nood is aan het uitbreiden van borstkankerscreening naar de categorie van vrouwen tussen 70 en 74 jaar. In andere Europese staten, zoals Zweden, Spanje, Frankrijk en Nederland is die uitbreiding wel gebeurd, maar bij ons zou dat zeker niet nuttig zijn, aldus het centrum. Het stelt dat de screening de levenskwaliteit immers veeleer zou aantasten dan verbeteren.

Bovendien zijn 3,5 tot 10 procent van de screeningsuitslagen een vals alarm en is er bij vrouwen tussen 70 en 74 jaar het risico op overdiagnose en overbehandeling. Kanker evolueert bij deze groep soms zo traag dat de ziekte zelfs geen invloed heeft op de gezondheid. Als die kosten-batenanalyse wordt gevolgd, heeft het volgens het KCE weinig zin om de screeningsleeftijd te verhogen. Op die manier respecteren wij dan ook de Europese richtlijn hierover.

Begin 2011 werd in deze commissie de discussie over de uitbreiding van de screeningsleeftijd naar vrouwen van 40 tot 49 jaar gevoerd. U zei toen dat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie is om dat te rechtvaardigen.

Wat is uw reactie op het standpunt van het KCE? Is er sinds de commissiezitting van 11 januari 2011 al enige evolutie in het denken gekomen inzake een verlaging van de screeningsleeftijd?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Voorzitter, minister, collega's, mevrouw Jans verwees al naar de discussie van een jaar geleden, naar aanleiding van een vraag om uitleg van mezelf over de verlaging van de screeningsleeftijd. Er doen zich immers steeds meer gevallen van borstkanker voor vanaf de leeftijd van 40 jaar, en zelfs ook nog op jongere leeftijd. Op basis van wetenschappelijke gegevens die toen waren bekendgemaakt, pleitte ik ervoor om de screeningsleeftijd te verlagen. Ik denk dat wij daarmee een behoorlijk aantal levens zouden kunnen redden. Uit wetenschappelijke gegevens blijkt immers duidelijk dat in de leeftijdscategorie van 40 tot 49 jaar het aantal kankergevallen stijgt. Ik herhaal dus mijn vraag of u een verlaging van de screeningsleeftijd overweegt.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, collega's, na het lezen van het eindrapport van het KCE en het advies van experts inzake borstkankeropsporing kom ik tot het besluit dat momenteel de doelgroep van het Vlaams bevolkingsonderzoek niet moet worden uitgebreid met een oudere leeftijdscategorie. Op vraag van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) heeft het KCE reeds in 2010 – analoog aan het door u aangehaalde onderzoek voor de leeftijdsgroep van 70- tot 74-jarigen – onderzocht of het zinvol is om gezonde vrouwen tussen 40 en 49 jaar zonder symptomen of zonder verhoogd risico in de familie te screenen op borstkanker. Het KCE stelde vast dat bij screening van deze leeftijdsgroep de mogelijke nadelen wel eens groter zouden kunnen zijn dan de voordelen.

Het risico om van borstkanker te sterven, is al vrij klein in deze groep. Door een systematische screening zouden jaarlijks ongeveer 24 overlijdens kunnen worden vermeden, maar de straling van de mammografie bij die honderdduizenden vrouwen – ongeveer 800.000 vrouwen in België – zou tot 40 extra kankers en 16 sterfgevallen kunnen veroorzaken. Het volledige rapport vindt u op de website van het KCE terug, als KCE-rapport 129. Het uitvoeren van mammografieën bij symptoomloze vrouwen onder 50 jaar is dus niet zonder gevaar. Dit is ook de reden waarom ik samen met de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek naar borstkanker reeds eerder heb besloten de leeftijdsgrens van de huidige doelgroep in het Vlaams bevolkingsonderzoek niet te verlagen.

**Mevrouw Lies Jans:** Uw antwoord is gelijklopend aan uw vorige. Wat de verhoging van de screeningsleeftijd betreft, volgt u dus het KCE. De jongste dagen verschenen er nogal wat persartikels waarin staat dat borstkanker bij jonge vrouwen zeer agressief kan zijn, met een hogere kans op overlijden. Ik zal hier blijven pleiten voor een grondige analyse van alle wetenschappelijke studies. Als het in het voordeel zou zijn van jongere vrouwen om ook hen aan een screeningsonderzoek te onderwerpen, of als over het nut daarvan geen eenduidig antwoord kan worden gegeven, dan zal ik de verlaging van de screeningsleeftijd ten volle ondersteunen.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

**Vraag om uitleg van mevrouw Griet Coppé tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over grensoverschrijdend gedrag in de zorgsector  
- 1806 (2011-2012)**

**De voorzitter:** Mevrouw Coppé heeft het woord.

**Mevrouw Griet Coppé:** Voorzitter, minister, collega's, na de oproep van minister Lieten om bij seksuele intimidatie op de werkvloer naar de vertrouwenspersoon te stappen, hoorde ik op de radio een jonge vrouw getuigen dat zij in de sector grensoverschrijdend gedrag heeft ondervonden. Zij had zowel bij de directeur als bij een vertrouwenspersoon een klacht ingediend, maar daaraan was geen gevolg gegeven. Ik ga niet dieper op dit concrete geval in, maar wil het over cijfers hebben. Over seksuele intimidatie bestaan in Vlaanderen immers geen cijfers.

In Nederland boog docent Mathilde Bos zich over dit thema. Deze docent Verpleegkunde schreef het boek 'Seksuele intimidatie in de zorgsector'. Daaruit bleek dat op lange termijn, gedurende de volledige loopbaan, alle werknemers in de zorgsector wel eens worden geconfronteerd met ongewenst seksueel getint gedrag. In 80 procent van de gevallen gaat het om gedrag van patiënten en hun naasten, in 20 procent van de gevallen om collega's: teamleden, dokters, oversten, ... Sinds het boek van mevrouw Bos is verschenen is er in Nederland veel gebeurd om het onderwerp bespreekbaarder te maken.

Volgens het radioprogramma blijkt uit verschillende buitenlandse onderzoeken dat seksueel grensoverschrijdend gedrag in de medische en zorgsector meer dan in andere beroepsgroepen voorkomt. Welke initiatieven neemt u om dit onderwerp bespreekbaar te maken? Wordt er preventief gewerkt? Zult u ervoor zorgen dat de vertrouwenspersonen erover waken dat klachten goed worden opgevolgd?

Grensoverschrijdend gedrag is des te confronterender voor stagairs in de zorgsector. Zij bevinden zich in een ondergeschikte positie. Zij weten vaak niet aan wie ze dergelijke voorvallen kunnen melden. Krijgen studenten in de zorgsector voor aanvang van de stage voorlichting over omgaan met seksuele intimidatie en hoe zij dat moeten melden? Worden zij op hun rechten en op het bestaan van een vertrouwenspersoon gewezen? Vlaanderen heeft totaal geen zicht op eventueel misbruik in de zorgsector. Zult u een registratiesysteem uitwerken om deze problematiek in Vlaanderen in kaart te brengen?

**De voorzitter:** Mevrouw De Vits heeft het woord.

**Mevrouw Mia De Vits:** Voorzitter, minister, collega's, in een rapport van de Vrouwenraad van 2007 is een en ander in kaart gebracht. De informatie is niet volledig, maar toch. Het is belangrijk te weten dat op federaal niveau deontologische codes zijn uitgewerkt voor een aantal zorgberoepen, al is ook op dat vlak verbetering mogelijk. Er zijn deontologische codes voor alle zorgberoepen nodig. De Nederlandse strafwet is ook expliciet over grensoverschrijdend gedrag, terwijl daarover in onze strafwet niets staat.

In 2006 is in Leuven het Trefpunt Zelfhulp opgericht, ten behoeve van slachtoffers van seksueel misbruik door professionals. Hebt u daarover informatie? Het zou goed zijn om eens te vernemen hoe het daarmee staat. Ten slotte heb ik uw mededeling van maart 2012 gezien, naar aanleiding van wat er toen in de pers is gekomen. Daarin legt u de nadruk op preventie en sensibilisering, en op nazorg voor de betrokkenen. Het is wellicht te vroeg om te peilen naar resultaten, maar misschien heeft men in dat verband al iets opgestart?

**De voorzitter:** Mevrouw Dillen heeft het woord.

**Mevrouw Marijke Dillen:** Voorzitter, minister, collega's, ik sluit mij graag aan bij de vraag van mevrouw Coppé en zeker bij de opmerkingen van mevrouw De Vits. Ook ik heb die radio-uitzending gehoord, toen ik in de file stond. De getuigenissen waren vrij choquerend. Ik ben dan ook benieuwd naar uw antwoord over de registratie. Volgens deskundigen die in het programma aan het woord kwamen, zou er geen enkele vorm van registratie bestaan. Ik onderschrijf het pleidooi van mevrouw De Vits dat er een deontologische code voor alle zorgberoepen nodig is. Uiteraard is ook verhoogde aandacht voor nazorg erg belangrijk. Vooral wat registraties betreft, ben ik benieuwd naar uw antwoord.

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, collega's, het beleid over seksueel grensoverschrijdend gedrag in de werksfeer is voornamelijk op federaal niveau gereguleerd, via het koninklijk besluit van 17 mei 2007 betreffende de voorkoming van psychosociale belasting veroorzaakt door het werk, waaronder geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag op het werk. Deze regelgeving legt onder meer een aantal verplichtingen op aan de werkgever, zoals het aanduiden van een gespecialiseerde preventieadviseur voor psychosociale belasting, een vertrouwenspersoon en het opstellen van een interne klachtenprocedure. Daarnaast worden de opdrachten van de preventieadviseur en vertrouwenspersoon opgesomd. Tijdens het periodieke overleg met de ziekenhuiskoepels werd dit onderwerp door ons al meermaals besproken en de verwachting werd expliciet meegegeven dat de sector zelf procedures opstelt om grensoverschrijdend gedrag te voorkomen of minstens vroegtijdig te detecteren en niet zonder gevolg te laten.

Mevrouw De Vits had het over een persbericht van maart. Ik neem aan dat zij het heeft over het feit dat wij voor een aantal sectoren een kader hebben gecreëerd om met de medewerking van Sensoa een aantal sectoren de kans te bieden een beleid over het thema te ontwikkelen. Die opdracht is beëindigd. Het instrumentarium is nu in alle sectoren beschikbaar.

De bestaande federale regelgeving legt een aantal noodzakelijke competenties op aan vertrouwenspersonen, zonder opleidingen uitdrukkelijk te verplichten. Zo moeten zij kennis hebben van de wetgeving en de interne procedures, en ook over de nodige gespreks- en communicatievaardigheden beschikken. Tal van organisaties bieden reeds opleidingen voor vertrouwenspersonen aan. Het is uiteraard zeer belangrijk dat deze opleidingen ingaan op problemen in specifieke sectoren.

Er zijn ook vragen gesteld over de stages. Tussen de stagiair, de stageplaats en de school wordt een overeenkomst afgesloten, op individueel of collectief vlak. In die overeenkomst wordt vermeld dat de stagiair wordt beschouwd als een werknemer en dat de arbeidsgeneeskundige dienst toezicht moet uitoefenen. Hierdoor kunnen de stagiairs, net als de werknemers, terecht bij de arbeidsgeneesheer en de preventieadviseur. Het hogervermelde koninklijk besluit legt ook op dat de contactgegevens van de preventieadviseur voor psychosociale belasting en van de vertrouwenspersoon worden opgenomen in het arbeidsreglement. Elke stagiair moet, zoals een werknemer, bij aanvang van zijn of haar stage kennis nemen van dit arbeidsreglement. Ik verwijs hier ook naar de daarnet vermelde procedures. Wij hebben er bij de ziekenhuizen op aangedrongen om intern de zaken te verduidelijken, en zij hebben daar positief op gereageerd.

Wat een registratiesysteem van ongewenst gedrag van patiënten en hun naasten betreft, hebben werknemers de mogelijkheid hun klacht anoniem te laten opnemen in ‘een register van feiten door derden’, dat de werkgever ter beschikking moet stellen. De federale wetgever heeft toegang tot deze registers. Omdat die mogelijkheid er is, lijkt het mij niet efficiënt om een apart registratiesysteem voor de Vlaamse zorgsector uit te werken. Tot slot kan het Meldpunt Geweld, Misbruik en Kindermishandeling – te bereiken via het telefoonnummer 1712 – mogelijk een vangnet zijn voor personen die hun weg niet vinden via de interne en officiële kanalen.

**De voorzitter:** Mevrouw Coppé heeft het woord.

**Mevrouw Griet Coppé:** Ik zou afsluitend willen stellen dat ik tevreden ben dat stagiairs een beroep kunnen doen op dezelfde rechten als mensen die reeds in de zorgsector werken. Ze kunnen, net als iemand die er al werkt, een beroep doen op de preventieadviseur en op de vertrouwenspersoon. Volgens mij is dit nog onvoldoende geweten. Hier is nog een taak voor de scholen weggelegd: zij moeten de stagiairs daarop wijzen.

Het meldpunt 1712 is heel recent in het leven geroepen. Ik heb het standpunt van de Vrouwenraad ontvangen. De Vrouwenraad vraagt specifiek om een registratie. De minister heeft net laten weten dat de federale overheid al voor een anonieme registratie zorgt. Het is bijgevolg niet nodig dat de Vlaamse overheid zelf een registratiesysteem uitwerkt. Ik heb daar nota van genomen.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

■

**Vraag om uitleg van mevrouw Katrien Schryvers tot de heer Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het project KIPEO aangaande een zorgpad voor jonge suïcidepogers - 1807 (2011-2012)**

**De voorzitter:** Mevrouw Schryvers heeft het woord.

**Mevrouw Katrien Schryvers:** Voorzitter, minister, mijn vraag om uitleg houdt verband met het project KIPEO en het zorgpad voor jonge suïcidepogers. Het Vlaams actieplan suïcidepreventie – het vorige althans – zet hoog in op de groepen met een hoog risico op suïcidepogingen. De acties met betrekking tot de risicogroep suïcidepogers worden in het Project Integrale Zorg Suïcidepogers (PISZ) gecoördineerd.

Een van de groepen die bijkomende aandacht verdienen, is de groep der jongeren. Het suïcidaal gedrag van jongeren komt blijkbaar niet onder de medische aandacht. Een aangepast instrumentarium voor psychosociale opvang en evaluatie is noodzakelijk. Dat is naar aanleiding van de verdwijning van jongeren gisteren overigens nog in het nieuws gekomen.

Het zorgpad voor jongeren loopt anders dan het zorgpad voor volwassenen. De Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent en de vzw Dienst Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (DAGG) in Limburg, partners in het PISZ, hebben om die reden samen met experts in de jongerenzorg het instrument voor psychosociale evaluatie en opvang van kinderen en jongeren onder 16 jaar (KIPEO) ontwikkeld.

Eerdere projecten hebben al de waarde van het instrument voor evaluatie en opvang van suïcidepogers (IPEO), het instrument voor volwassenen, bewezen. De in dat verband opgedane ervaringen zijn gebruikt om het plan op te stellen ook in andere provincies met KIPEO van start te gaan. Ondertussen is al een beheersovereenkomst afgesloten die van 1 januari 2012 tot 31 december 2016 loopt. Het is de bedoeling KIPEO in de integrale zorg voor suïcidepogers te implementeren.

Minister, naar aanleiding van uw antwoord op mijn eerdere schriftelijke vraag over dit onderwerp, waarin u hebt gesteld dat uiterlijk op 31 maart 2012 verslag over de ervaringen in de pilootregio zou worden uitgebracht, zou ik u graag een aantal vragen stellen.

Welke conclusie kunnen we trekken uit de rapportage over de ervaringen die de implementatie in de pilootregio hebben opgeleverd? Welke maatregelen verbindt u hieraan? Hoe zal de implementatie in de andere provincies worden georganiseerd? In welke middelen wordt hiervoor voorzien? Kunt u ook de link met het nieuw Vlaams actieplan suïcidepreventie leggen?

**De voorzitter:** Minister Vandeurzen heeft het woord.

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, op basis van de rapportage van de organisatie kunnen we stellen dat de ontwikkeling en de testing van het KIPEO-instrument vrij goed is verlopen. De testfase is over het algemeen positief geëvalueerd. De betrokken experts hebben bovendien opgemerkt dat de patiënten het instrument ook positief hebben geëvalueerd.

Er zijn nog een aantal praktische en inhoudelijke opmerkingen gemaakt. Deze opmerkingen hebben onder meer betrekking op de tijdsduur die nodig is om het instrument te gebruiken, op de nood aan een elektronische versie en op de vraag wat precies moet gebeuren met suïcidale jongeren die niet in de context van een poging op een spoedafdeling terechtkomen. We zullen met die opmerkingen rekening houden.

De geplande aanpassingen staan een verdere Vlaamse implementatie echter niet in de weg. De vzw DAGG, het centrum voor geestelijke gezondheidszorg in Lommel, zal de verdere implementatie op zich nemen.

Deze organisatie is sinds 1 januari 2012 erkend als de organisatie met een terreinwerking voor de zorg voor suïcidepogers. Deze erkenning loopt tot 2016. Aan de beheers-overeenkomst is een jaarlijks bedrag van 140.000 euro verbonden.

Op deze manier kan de implementatie van het KIPEO-project degelijk worden afgestemd op de andere acties en beleidsmaatregelen die met betrekking tot het beleid ten aanzien van suïcidepogers vorm zullen krijgen. De eerstvolgende stappen die, specifiek in verband met KIPEO, zullen worden gezet, bestaan uit de redactie en de promotie van het implementatiedraaiboek, het drukken en verspreiden van de papieren versie, de productie van een webapplicatie en de ontwikkeling van vormingspakketten. Al deze taken zijn in het goedgekeurd jaarplan voor 2012 opgenomen.

**De voorzitter:** Mevrouw Schryvers heeft het woord.

**Mevrouw Katrien Schryvers:** Ik dank de minister voor zijn antwoord. Het is duidelijk dat op het terrein al heel wat werk is geleverd. Ik ben blij met deze positie evaluatie. Deze jongeren vormen immers een heel belangrijke doelgroep. Ik vraag hier graag blijvende aandacht voor. Gelukkig zal de implementatie van dit project in alle provincies hiervoor zorgen.

**De voorzitter:** De vraag om uitleg is afgehandeld.

■