



Vlaams
Parlement

vergadering **C22**
zittingsjaar 2014-2015

Handelingen

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 14 oktober 2014

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van mevrouw Freya Van den Bossche tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rol van de Vlaamse overheid in het terugdringen van overgewicht – 86 (2014-2015)	3
VRAAG OM UITLEG van mevrouw Vera Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over ontoereikende behandeling van eetstoornissen – 161 (2014-2015)	8
VRAAG OM UITLEG van mevrouw Freya Van den Bossche tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de jeugdgevangenis van Tongeren – 183 (2014-2015)	12
VRAAG OM UITLEG van mevrouw Tine Soens tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de eerste ebolabesmetting in Europa – 189 (2014-2015)	14
VRAAG OM UITLEG van de heer Bart Van Malderen tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de modaliteiten van het decreet Persoonsvolgende Financiering – 192 (2014-2015)	20

VRAAG OM UITLEG van mevrouw Freya Van den Bossche tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rol van de Vlaamse overheid in het terugdringen van overgewicht – 86 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Mevrouw Freya Van den Bossche (sp-a): Voorzitter, minister, collega's, mijn vraag is ingediend in onverdachte tijden. Bijna een op twee van de Vlamingen kampt met overgewicht, 14 procent van de Vlamingen is zelfs obees. Overgewicht is onder meer gecorreleerd met een veel grotere kans op hart- en vaatziekten, verschillende kankers, diabetes type 2, een hogere bloeddruk en vormen van artritis. De kans op het ondervinden van reële beperkingen in het dagelijkse leven ligt voor iemand met overgewicht bijna dubbel zo hoog als voor iemand met een normaal gewicht.

Daar waar sommigen overgewicht zouden willen aanpakken omdat het tot enorme kosten voor ons gezondheidssysteem leidt, ligt voor mij de voornaamste reden om er iets aan te doen, simpelweg in het feit dat we altijd moeten proberen om de levenskwaliteit van mensen zo hoog mogelijk te maken. Mensen die kampen met chronische ziekten, mede veroorzaakt door overgewicht, kennen vaak een fundamenteel lagere levenskwaliteit.

De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) identificeert in een groot rapport over overgewicht drie belangrijke groepen van factoren die mee tot de toename van het overgewicht bij de bevolking hebben geleid. Ten eerste, de voedingsindustrie, die door agressieve reclamecampagnes de mogelijkheid heeft om ongezonde voeding duidelijk in de markt te zetten met budgetten die vele keren groter zijn dan die van eventuele preventiecampagnes. Ten tweede, de overheidspolitiek zelf, die soms haar eigen goede bedoelingen teniet doet door weliswaar te pleiten voor een gezondere levensstijl maar in de praktijk een ongezonde levensstijl blijkt te promoten, bijvoorbeeld door het buitensporig subsidiëren van het gebruik van de auto en te weinig te investeren in openbaar groen in dichtbevolkte wijken. Een derde factor is de manier waarop ons werk is georganiseerd. We hebben meer zittend werk dan vroeger. We gaan meer met z'n tweeën uit werken. De arbeidsmarkt vraagt een dusdanige inzet en tijd van mensen dat het niet altijd haalbaar lijkt om zelf verse voeding te bereiden en dat men vaak grijpt naar voorbereide maaltijden, die meer suikers en ongezonde vetten bevatten. Een preventiebeleid dat werkt, zal dan ook tegelijkertijd op die drie terreinen moeten werken.

Minister, denkt u, net als de OESO, dat de toename van het overgewicht in de samenleving te wijten is aan een samenspel van de rol van de voedingsindustrie, van de overheid, en van het veranderende werk? Denkt u dan dat het preventiebeleid zich het best op die drie velden tegelijk inzet?

Een studie, uitgevoerd aan de Universiteit Gent onder leiding van de professoren Annemans en Devisch, heeft het debat over het invoeren van een vet- en suikertaks doen oplaaien. Die studie pleit voor extra onderzoek naar de kosten en de baten van het invoeren van een vet- en suikertaks. Bent u bereid om, ingeval deze regering de invoering van zo'n taks overweegt, vooraf middelen vrij te maken voor gedegen studiewerk? Zo ja, zult u er hierbij ook voor zorgen dat de verschillende impact van zo'n taks op mensen met een verschillende sociaal-economische status expliciet wordt nagegaan? Zult u ook nagaan wat de rol van het subsidiëren van gezonde voeding kan zijn, dus niet enkel het ontmoedigen van een ongezonde, maar ook het aanmoedigen van een gezonde levensstijl?

Bent u het ermee eens dat een eventuele taks, als de regering daar al voor zou willen kiezen, nooit een budgettaire opbrengstpost mag zijn, maar dat eventuele inkomsten integraal moeten worden geherinvesteerd in het gezondheids- en meer bepaald in het preventiebeleid?

Een position paper van de KU Leuven besluit dat in de eerste plaats moet worden ingezet op het prenatale en de eerste levensjaren van kinderen. Daarom vraagt de KU Leuven dat Kind en Gezin zich bij jonge ouders zich ook specifiek richt op een gezonde levensstijl. Bent u van plan om eventueel een methodologie te laten ontwikkelen?

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Mevrouw Cindy Franssen (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, ik sluit me graag aan bij de vraag om uitleg van mevrouw Van den Bossche.

Met de regelmaat van de klok verschijnen er studies met daaraan gekoppelde aanbevelingen. Ik herinner me dat het thema hier een aantal jaren geleden ook besproken is toen Denemarken een vettaks heeft ingevoerd. Ook in de Senaatscommissie is erover gesproken. Intussen heeft Denemarken deze taks opnieuw afgeschaft, om verschillende redenen. Die taks heeft de eetgewoonten van de Denen niet veranderd en de producenten hadden die taks aangegrepen om de prijzen serieus in de hoogte te jagen.

Persoonlijk ben ik geen voorstander van een vettaks, maar wel van een ketenaanpak. Dit begint inderdaad bij de overheid zelf en bij de adviezen en aanbevelingen die we geven. Dit veronderstelt een voortschrijdend inzicht. De kennis die we twintig jaar geleden hadden over voeding, is anders dan nu. Ik ben dan ook hoopvol dat de Hoge Gezondheidsraad nieuwe aanbevelingen over gezonde voeding ontwikkelt. Het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) zal dat dan binnenkort in concrete aanbevelingen vertalen. Minister, het kan een scharniermoment zijn om de voedselpiramide kritisch tegen het licht te houden van de evoluties en de inzichten van de orthomoleculaire wetenschappen en geneeskunde.

De gezondheidsdoelstelling 'voeding en beweging' kan ook een beetje in die richting aangepast worden. U voert daar nu ook al de armoedetoets op uit: gezonde voeding bij mensen met een lager inkomen promoten enzovoort. Ook lokale besturen nemen heel wat initiatieven, evenals scholen en het middenveld.

De ketenaanpak veronderstelt ook dat voedingsleer nog meer in de opleiding van geneesheren wordt ingevoegd. En wat doen we met de frisdrankautomaten op school?

Het promoten van gezonde voeding en van minder koolhydraten en minder transvetten, zou eigenlijk de realiteit moeten zijn wegens de chronische ziekten. Het is een beter alternatief dan de vettaks voor de consument, want vaak weet die niet wat hij koopt. Men moet al bijna een opleiding aan het orthomoleculaire instituut hebben gevolgd om te weten wat de labels precies inhouden.

We hebben indertijd een wetsvoorstel ingediend om de industriële tansvetzuren te beperken, maar dat is veeleer een Europese aangelegenheid. Of het nu gaat over de labels of over een meer repressieve aanpak, het zijn Europese maatregelen.

Ik herhaal dat ik vol hoop ben wat de studie van de Hoge Gezondheidsraad betreft.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA): Voorzitter, minister, collega's, de cijfers over overgewicht bij Vlamingen en over Vlamingen met obesitas kloppen. Er is duidelijk een gevaar voor de volksgezondheid.

Met een aantal oorzaken van overgewicht die door mevrouw Van den Bossche worden aangehaald, ben ik het eens, maar niet met alle.

Mevrouw Van den Bossche, in uw opsomming mis ik een heel belangrijke oorzaak: de persoonlijke verantwoordelijkheid van eenieder. Het behoort onder-tussen echt al wel tot de algemene kennis dat een pak friet of een stuk chocolade lekker kunnen zijn, maar ook een pak ongezonder dan een ouderwets bord aardappelen met groenten en vlees.

Dragen voedselproducenten verantwoordelijkheid? Kan de overheid meer doen om een gezond eetpatroon en een gezonde levensstijl te stimuleren? Waarschijnlijk wel, maar op het einde van de rit kiest de burger toch altijd zelf wat hij eet. We zijn allemaal verantwoordelijk voor wat we eten.

Minister, vandaag zijn de Vlaamse preventieve acties met betrekking tot voeding en beweging uitsluitend gebaseerd op tijdelijke projecten. Ik heb daarom nog een paar vragen voor u. Hoe evalueert u de resultaten van het recente Vlaamse beleid ter preventie van zwaarlijvigheid en obesitas? Zult u ingaan op de beleidsaanbeveling van de professoren Annemans en Devisch om werk te maken van uitvoerige preventiestrategieën gericht op de verschillende determinanten van zwaarlijvigheid? Hoe noodzakelijk is het hoofdstuk vet- en suikertaks volgens u in deze uitvoerige preventiestrategieën?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, dames en heren, de oorzaak van de toename van overgewicht is uiteraard een complex verhaal, de aanpak ervan is dat ook. Kiezen voor een gezonde levensstijl is immers meer dan alleen een individuele keuze. Iemands eetpatroon is vaak zeer ingewikkeld. De keuze die een individu maakt inzake zijn voeding, wordt door heel wat factoren mee beïnvloed: het zelfbeeld of de status van het individu, de fysieke omgeving waarin het individu zich bevindt of de sociale invloeden op het individu, zoals reclame of 'peers' enzovoort. Uiteraard is er een stuk eigen verantwoordelijkheid, maar het is ook een wetenschappelijke evidentie dat de toegang tot gezondheid vaak ook sociaal bepaald is. Dat is ook het geval wat betreft levensstijl.

Vanuit het Vlaams preventief gezondheidsbeleid werken we met gezondheidsdoelstellingen, dat weet u. Hiermee volgen we de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Dat geldt ook voor het preventief voedings- en bewegingsbeleid. De hoofddoelstelling van de gezondheidsdoelstellingen die we een aantal jaren geleden hebben geformuleerd, eigenlijk op het einde van de voorvorige legislatuur, en die in de commissie werden behandeld bij de start van de vorige legislatuur is: gezondheidswinst op bevolkingsniveau door een stijging van het aantal mensen dat voldoende fysiek actief is, evenwichtig eet en een gezond gewicht nastreeft.

Voorbeelden van doelstellingen die in het actieplan zijn opgenomen, zijn onder andere: tegen 2015 stijgt het percentage moeders dat met borstvoeding start van 64 naar 74 procent en tegen 2015 blijft het percentage personen met een gezond gewicht minstens behouden. Om die Vlaamse doelstelling te realiseren, werd een Vlaams actieplan voeding en beweging 2009-2015 opgemaakt. Het actieplan is opgebouwd rond zes strategieën op verschillende niveaus: gezond bewegen en evenwichtiger eten in de lokale gemeenschap, gezond bewegen en evenwichtiger eten bij kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar, gezond bewegen en evenwichtiger eten op school, gezond bewegen en evenwichtiger eten bij de

werkende bevolking, een beter ondersteuningsaanbod voor zorgverstrekkers en gezond bewegen en evenwichtiger eten bevorderen via informatie en communicatie.

Voor elk van deze strategieën is er een specifieke setting of een doelgroep waarlangs we werken. Er werden reeds heel wat verschillende methodieken ontwikkeld en projecten opgestart die inzetten op de realisatie van dit actieplan, ad hoc zowel als via partnerorganisaties. Ook met de Vlaamse voedingsindustrie, Federatie Voedingsindustrie (Fevia) Vlaanderen, werd een collectieve gezondheidsovereenkomst gesloten. Dit formaliseert een aantal inspanningen die Fevia Vlaanderen levert in het licht van het preventief voedings- en bewegingsbeleid.

Het blijft belangrijk om ervoor te zorgen dat mensen voor gezonde voeding kunnen kiezen en dat die keuze ook voldoende beschikbaar is. Bovendien moeten mensen op een positieve manier gestimuleerd worden om te kiezen voor een gezonde levensstijl. Er moet met andere woorden ingezet worden op duurzame gedragsverandering.

Mevrouw Franssen, eind 2015 loopt het actieplan voeding en beweging af. Ondertussen is de Hoge Gezondheidsraad bezig met een evaluatie van de aanbevelingen zoals ze zijn voorgesteld in de voedingsdriehoek. Onze Vlaamse partnerorganisatie VIGeZ zal aan de hand van de resultaten nakijken of er wijzigingen of nuances moeten worden aangebracht.

Mevrouw Van den Bossche, het heffen van een dergelijke taks is geen Vlaamse maar een federale bevoegdheid. Ik zal dit evenwel bespreken met mijn federale collega. Voor een voortzetting van een aantal onderzoeken moet de nodige context er zijn om dat op een zinvolle manier te kunnen doen. We hebben advies gevraagd aan de Vlaamse werkgroep voeding en beweging omdat het belangrijk is te weten in welke mate dit zinvol is, wetende dat dit medewerking zal vragen van een ander beleidsniveau. We zullen de auteurs van de studie ook ontmoeten. Bovendien is het belangrijk om ook de evaluaties van gelijkaardige acties in het buitenland te bekijken, onder andere in Denemarken. Daarnaast zijn er randvoorwaarden indien er wordt overgegaan tot een heffing van een dergelijke taks. Zo moet er voldoende betaalbare gezonde voeding beschikbaar zijn en moeten mensen zich voldoende bewust zijn van wat gezonde voeding is. We bespreken dat het best met de federale collega als we de modaliteiten voor dat soort instrumentarium echt willen uitspitten. We hebben aan onze diensten alvast een advies gevraagd.

Over de budgettaire meeropbrengst kan ik momenteel geen uitspraken doen omdat ik geen zicht heb op de mogelijkheden. Wat betreft de 'position paper' van de KU Leuven klopt het dat Kind en Gezin bijzondere aandacht besteedt aan een gezonde levensstijl in de dienstverlening aan aanstaande en jonge ouders. Daarbij wordt de nadruk gelegd op zowel gezonde voeding als op voldoende beweging. Het beleid vindt zowel weerklank binnen de Huizen van het Kind, in de huisbezoeken en de prenatale consulten door de regioteamleden, namelijk de verpleegkundigen en de gezinsondersteuners van Kind en Gezin zelf, als in het aanbod van de gesubsidieerde voorzieningen, zoals bijvoorbeeld in de kinderopvang en de centra voor kindercare en gezinsondersteuning. Daartoe worden acties uitgewerkt die aansluiten bij het Vlaams actieplan voeding en beweging. Prenataal wordt er gesensibiliseerd via fysieke contacten, zoals de consulten in de prenatale steunpunten of de informatiesessies Kind op Komst, en via diverse communicatiedragers, zijnde het zwangerschapsboekje, de nieuwsbrief Zwanger, de website, Kind in Beeld enzovoort. Het belang van een gecontroleerde gewichtstoename tijdens de zwangerschap wordt ook geduid vanuit de invloed ervan op de kans op overgewicht bij het kind.

Ook postnataal worden fysieke contacten – met name de huisbezoeken, consulten op de consultatiebureaus voor het jonge kind enzovoort – en communicatiedragers ingezet. Zo loopt er sinds maart 2014 een campagne 'Bewegende baby's hebben een stapje voor', waar de focus naast voeding ook op beweging ligt en waarbij ouders geattendeerd worden op sedentair gedrag bij jonge kinderen. Dit omdat het aantal zittende uren met laag energieverbruik een van de belangrijkste oorzaken van overgewicht is. In de brochure 'Speel met je kindje zijn voeten' vinden ouders tips over hoe ze op een eenvoudige en haalbare manier van jongs af aan beweging in het dagelijks leven kunnen brengen. Er is ook een vloerspel als wachtzaalactiviteit op consultatiebureaus en affiches die aanzetten tot nadenken. De campagne loopt door met andere acties, waarover later zal gecommuniceerd worden.

Nieuw in de medische zorgverlening in de consultatiebureaus voor het jonge kind is dat de opvolging van overgewicht gebeurt via een gestandaardiseerde verhouding, berekend aan de hand van het gewicht en de lengte van baby's. Het wegen en meten van het jonge kind moet dus niet alleen dienen om de ontwikkeling te kunnen opvolgen op de gewichts- en lengtecurve, maar er zal nog beter rekening kunnen worden gehouden met de relatie tussen beide. Dit dient als alternatief voor de BMI-curve, die sowieso niet kan worden gebruikt voor kinderen onder de 2 jaar. De curves voor deze nieuwe manier van opvolgen en de wijze van opvolgen en doorverwijzen, werden samen ontwikkeld met de verschillende universiteiten en hebben dus een groot draagvlak.

Wat betreft de effecten van de acties en het actieplan voorziet het decreet erin dat er regelmatig aan het parlement moet worden gerapporteerd over de voortgang in de uitwerking van de verschillende gezondheidsdoelstellingen. Een tijd geleden is er een evaluatie ingediend in het parlement van alle gezondheidsdoelstellingen, voor zover we de meetresultaten ter beschikking hebben. Als het actieplan van deze gezondheidsdoelstelling afloopt in 2015, zal er een evaluatie worden gemaakt van de stand van zaken en zal er een nieuw congres moeten worden georganiseerd om de doelstellingen opnieuw te formuleren, te moduleren en na te gaan of er acties aan moeten worden toegevoegd. Die evaluatie proberen we ook te maken vanuit een gezondheidseconomisch standpunt. Er wordt getracht wetenschappelijk in te schatten wat de gezondheidswinst op bevolkingsniveau is en dat in verhouding tot de publieke middelen die erin worden geïnvesteerd.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Mevrouw Freya Van den Bossche (sp-a): Ik begrijp dat u na 2015 uw aanpak zult voortzetten en eventueel aanpassen. Ik mag hopen dat dit gebeurt op basis van cijfers binnen de bevolking. Hoe is het gesteld met overgewicht? Is er een positieve evolutie? Zo ja, dan kunnen we verder gaan op de ingeslagen weg. Blijkt dat toch nog niet zo denderend te zijn, dan moeten er misschien een aantal acties bijkomen.

In die collectieve gezondheidsovereenkomst die u hebt afgesloten, heeft Fevia zich ertoe verbonden om haar inspanningen voort te zetten voor het bereiken van een productsamenstelling die beter bijdraagt tot het realiseren van een gezond voedingspatroon volgens de aanbevelingen van de actieve voedingsdriehoek, waarbij kwantitatieve doelstellingen kunnen worden geformuleerd. Dat is een intentie om iets te doen. Welk deel van die intentie is ondertussen waarheid geworden? Zijn er kwantitatieve doelstellingen geformuleerd? Is er werkelijk ingegrepen in die productsamenstelling? Zo ja, op welke manier? Of heeft Fevia dat nog niet gedaan? Indien niet, zou het dan geen aanbeveling kunnen zijn om haar toch te vragen dat werkelijk hard te maken – deze periode als het nog even kan, en zo niet, de eerstvolgende periode? Het is een beetje geformuleerd als een vrome wens. Ik durf te geloven dat men er iets aan heeft gedaan, maar ik ben niet zeker.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is zeker zo dat Fevia zich heeft ingespannen om bij de aangesloten leden aandacht te vragen voor deze problematiek, getuige daarvan een aantal congressen en symposia die werden georganiseerd waar ze zeker het thema aan bod heeft gebracht. Als het erop aankomt om dat imperatief af te dwingen, dan zit je bijna met een Europese regelgeving. Dat is bijna niet realistisch op het niveau van de beroepsorganisatie van de sector. Het is juist dat in deze overeenkomst een aantal zaken in termen van intenties en inspanningsverbintenissen of engagementen zijn opgenomen. Maar als je naar een nieuw actieplan gaat, moet je ook deze overeenkomsten opnieuw bekijken en evalueren. Alleen past het wel aan te geven dat de bevoegdheid om daar hard imperatief in te zijn en regelgevend dwingend te zijn, geen Vlaamse bevoegdheid is. Dat moeten we wel beseffen. In die zin zijn we wel aangewezen op goodwill en op het overleg. Maar als je daar meer in wilt doen en je kunt het niet in consensus doen, dan zul je toch op een andere manier te werk moeten gaan dan op het gemeenschapsniveau.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Mevrouw Freya Van den Bossche (sp-a): Minister, ik ben ervan overtuigd dat, als er iemand met vriendelijke vragen en in aangenaam overleg tot resultaten kan komen, u dat bent.

Minister Jo Vandeurzen: Dat heb ik gedurende vijf jaar lang ook van u gedacht, collega. (*Gelach*)

Mevrouw Freya Van den Bossche (sp-a): Ik hoop dat u die weg verder zult inslaan en dat u zult kunnen meten in welke mate de samenstelling van die voorbereide maaltijden, waar het voornamelijk over gaat, is veranderd doorheen de jaren en in welke mate de sensibilisering heeft geholpen. Als het zo zou zijn dat het te weinig effect heeft gehad in de feiten, dan kan dat misschien aanleiding zijn voor u om een vriendelijke uitnodiging aan die organisatie te sturen om iets harder op de gaspedaal te duwen. Ik geloof dat die aanpak absoluut kan werken.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van mevrouw Vera Jans tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over ontoereikende behandeling van eetstoornissen – 161 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans (CD&V): "De resultaten van de behandelingen van eetstoornissen zijn vandaag niet beter dan dertig jaar geleden." Deze toch wel opmerkelijke uitspraak deed dokter Johan Vanderlinden van de KU Leuven naar aanleiding van de presentatie van de resultaten van een masterscriptie op het jaarlijks congres van de Vlaams Academie Eetstoornissen op maandag 6 oktober. In het kader van een masterscriptie met de titel 'Kenmerken van eetstoornispatiënten behandeld in de gespecialiseerde centra in Vlaanderen anno 2014' onderzocht mevrouw Nele Janssens de kenmerken van 643 eetstoornispatiënten die het afgelopen jaar behandeld werden in een van de Vlaamse gespecialiseerde centra. Alle centra werden vervat in deze studie.

Het is de eerste keer dat eetstoornissen op een dergelijke manier in kaart zijn gebracht, en de bevindingen zijn interessant en opmerkelijk. Ik som er een paar

op. Zo is de gemiddelde ziekteduur bij eetstoornissen vijf jaar. Bij een op vijf patiënten is de ziekteduur echter langer dan acht jaar en dus eigenlijk chronisch. De behandeling is niet voldoende efficiënt. De patiënten worden almaar jonger. Ze zijn ook hoog opgeleid en het aanbod gespecialiseerde hulp is niet goed regionaal gespreid.

Eigenlijk bevestigt deze studie wat we al wisten, met name dat eetstoornissen moeilijke, gevaarlijke en zeer hardnekkige aandoeningen zijn. Paradoxaal is het feit dat, hoewel we weten wat de aandoeningen zijn en ze gevaarlijk zijn, de patiënten jonger worden, de patiëntenpopulatie blijft groeien en de behandeling en de preventie ontoereikend blijken te zijn. Dat wisten we en signaleerden we reeds in de resolutie betreffende een sensibiliserend en ondersteunend beleid rond eetstoornissen die in 2011 door de plenaire vergadering werd aangenomen. Daarin werd onder meer gevraagd om meer werk te maken van de vroege detectie van de aandoening en de zorgverlening aan mensen met een eetstoornis te verbeteren, en dit zowel kwalitatief als kwantitatief en met aandacht voor een betere regionale spreiding.

Minister, zult u, na kennis te hebben genomen van deze masterproef, de conclusies en aanbevelingen ter harte nemen? Op welke wijze zult u die kunnen inpassen in uw beleid?

Kunt u al zeggen of de initiatieven die reeds genomen zijn in uitvoering van de resolutie betreffende een sensibiliserend en ondersteunend beleid rond eetstoornissen of in een ander kader, positieve resultaten hebben opgeleverd op het vlak van vroegdetectie en uitbreiding van het aanbod? Welke initiatieven kunt u nemen om te komen tot een betere preventie en sensibilisering, een mogelijke uitbreiding en betere regionale spreiding van het zorgaanbod, heel specifiek voor eetstoornispatiënten?

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA): Minister, mevrouw Jans heeft in haar vraag terecht enkele aandachtspunten aangehaald uit de studie die vorige week werd voorgesteld op het eetstoornissencongres, waar ik trouwens aanwezig was. De uitspraak van professor Vanderlinden zou ik echter willen nuanceren en in het juiste kader plaatsen. Zijn uitspraak dat de resultaten van de behandeling niet verbeterd zijn in de laatste dertig jaren, heeft namelijk uitsluitend betrekking op de groep van anorexia nervosa-patiënten, niet met anorexia athletica of anorexia boulimia. Dit is zelfs een vaststelling die niet enkel geldt voor Vlaanderen maar wereldwijd wordt geobserveerd.

Wat er moet bij worden gezegd, is dat de behandeling van anorexiapatiënten veel patiëntvriendelijker geworden is en dat de sterfte in de laatste twintig jaar werd gehalveerd. Er is dus wel degelijk vooruitgang geboekt, maar niet qua aantal patiënten die effectief volledig genezen zijn.

Wat mij verder bij de lezing van de studie is opgevallen, is de wijze van patiëntenbehandeling- en opname. Verplichte collocatie is gelukkig sterk verminderd, welgeteld nog één in 2013. Dat komt mede door een verbetering de jongste jaren van de sensibilisering binnen de eerstelijnszorg.

Bij jongeren wordt er duidelijk meer ingezet op een ambulante behandeling, bij ouderen wordt dan meer gopteerd voor een residentiële behandeling. Specialististen zouden wel weer meer willen inzetten op een verschuiving naar een meer ambulante of zelfs een dagtherapie met bijhorende financiering per behandeling. De cijfers voor deze laatste tonen trouwens aan dat een dagbehandeling slechts mondjesmaat ingang vindt. Ik denk dat daar nog een grote uitdaging ligt om die behandelingsverschuiving mee te ondersteunen, een tendens die nodig

wordt geacht door de specialisten en waarvoor extra ondersteuning wordt gevraagd, onder meer door meer in te zetten op, zoals mevrouw Jans ook zegt, de noodzakelijke regionale spreiding van gespecialiseerde hulp.

Ik ben mama van een dochter die vijftien jaar geleden zware anorexiapatiënt was. Ze woog nog amper 32 kilogram. Ik kom uit de Westhoek. We moesten helemaal naar Kortenberg omdat er in West-Vlaanderen – en ook in Limburg – geen gespecialiseerde ziekenhuizen waren om anorexia te behandelen. Tot op vandaag is dat in West-Vlaanderen nog altijd zo. Veel West-Vlamingen moeten naar Oost-Vlaanderen om zich te laten behandelen. Dat zou toch moeten veranderen.

Ik sluit mij daarom graag aan bij de vragen van de collega en verneem ook graag de verdere stappen die u wilt nemen, minister, inzake de verbetering van sensibilisering, hulp, preventie en vroegdetectie.

We mogen de huisartsen niet allemaal over dezelfde kam scheren, maar sommigen weten niet hoe ze deze meisjes moeten behandelen of doorverwijzen. Zo komt het dat een gepaste behandeling wel eens te laat komt.

De afdeling in Kortenberg is intussen verhuisd naar Leuven en het beddenaantal is sterk verminderd. De behandeling van zes maanden is sterk ingekort.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Deze bevraging bij de eetstoornispatiënten die behandeld werden in de gespecialiseerde centra in Vlaanderen, levert interessante informatie voor de patiënten met eetstoornissen die naar deze centra werden doorverwezen. Het betreft de vijf ziekenhuizen die hierin gespecialiseerd zijn: UZ Leuven, de kliniek Alexianen te Tienen, het UZ Gent, het UZ Brussel en het UZA Antwerpen.

We moeten er wel aandachtig voor zijn dat de 643 patiënten uit het onderzoek maar een fractie zijn van het aantal patiënten dat jaarlijks in Vlaanderen behandeld wordt voor eetstoornissen. Er worden ook heel wat patiënten behandeld in de eerste of tweede lijn en aldus niet doorverwezen naar deze gespecialiseerde ziekenhuizen. Deze masterthesis laat hooguit toe om conclusies te trekken uit de groep patiënten die doorverwezen werden naar de gespecialiseerde ziekenhuizen. Deze doorverwijzing gebeurt vooral wanneer een zeer zware stoornis wordt vastgesteld.

Sinds de Wereldgezondheidsorganisatie pleit voor een goede 'stepped care' bij de behandeling van eetstoornissen, zijn we in Vlaanderen vijftien jaar geleden gestart met het versterken van de eerste en tweede lijn. De CLB-teams volgen elke Vlaamse jongere op. Zij zijn getraind om eetstoornissen te herkennen en toe te leiden tot de meest gepaste zorg. Tevens kunnen de medewerkers bijscholing krijgen in verband met de herkenning van eetstoornissen, motivering en een goede verwijshulp. Daarnaast stelt Eetexpert een gratis helpdesk ter beschikking van iedere Vlaamse zorgverstreker.

Het aanbod van eerste en tweedelijns hulp is de laatste jaren sterk uitgebreid en geprofessionaliseerd zodat gerichte zorg veel dichterbij de thuisomgeving toegankelijk wordt. Goede gespecialiseerde ziekenhuisteams met een residentieel aanbod en aanbod via de dagkliniek blijven nodig, maar vooral voor die groep met zware stoornissen, die mogelijks ook therapieresistenter is. Uiteraard – dat moet ik u niet zeggen – is dat een federale aangelegenheid.

In 2012 sloten we met het kenniscentrum Eetexpert.be een zesjarige beheersovereenkomst af. Hiermee werd Eetexpert partnerorganisatie voor de preventie, vroegdetectie en vroeginterventie van eet- en gewichtsproblemen.

Eetexperts werkten verder rond drie grote pijlers. De meest actuele kennis in verband met preventie, vroegdetectie en vroeginterventie wordt aan de Vlaamse professionals aangeboden. Vorig jaar tekenden meer dan 3000 Vlaamse zorgverstrekkers in op deze gratis ondersteuning. Er werd in samenwerking met de respectieve beroepsorganisaties concrete praktijkondersteuning uitgewerkt voor artsen, CLB-teams, diëtisten en centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg's). Dat leverde de voorbije jaren online tools en draaiboeken op voor adequate vroegdetectie en een overzicht van specifieke interventies per beroepsgroep. Bovendien sluiten alle draaiboeken naadloos op elkaar aan, waardoor een verdere uitbouw van multidisciplinaire samenwerking in eerste en tweedelijnsdiensten wordt versterkt.

Een goed overzicht van de beschikbare hulp is 24 uur op 24 beschikbaar voor iedere Vlaamse zorgverstrekker. Concreet betekent dit dat 824 adressen van officieel erkende zorgverstrekkers rond eet- en gewichtsproblemen beschikbaar zijn.

Voor de uitbreiding en versterking van het zorgaanbod zijn laagdrempelige vormen gepland. Het sterk uitgebouwd vormingsaanbod voorziet in gericht kennisleren, vaardigheidsleren en casusbesprekingen in elke provincie. In 2014 werden tot nu toe 61 vormen gegeven.

Aanvullend is er een continu aanbod van trainingen die nieuwe zorgverstrekkers voorbereiden op goed basiswerk rond motivering en vroeginterventie bij eetstoornissen. Die inspanningen resulteren in een uitbreiding van het zorgaanbod met 38 procent.

Tevens startte Eetexpert in 2013 met de ontwikkeling van een nieuwe online deskundigheidbevordering met twee basisopleidingen: één rond motivering en één rond het herkennen en begeleiden van eetstoornissen. Hiermee kunnen zorgverstrekkers zich plaats- en tijdonafhankelijk bijscholen.

Inzake preventie werden tevens, met privémiddelen, 4000 leerkrachten getraind in verband met een doordachte klasgerichte versterkende aanpak.

Inzake preventie voeren we in samenwerking met Eetexpert een doordacht beleid gebaseerd op de recente internationale aanbevelingen: we zetten vooral in op de versterking van de beschermende factoren en vermijden interventies die contraproductief kunnen werken.

Beleidscommunicatie wordt daarom gescreend, opdat die beschermende factoren aanwezig zouden zijn. Op die manier wekken we met onze algemene boodschappen rond gezonde voeding en beweging geen tegengestelde resultaten op.

De afgelopen jaren bracht Eetexpert het zorgaanbod voor eet- en gewichtsproblemen in kaart. In de zorgarme regio's lopen meerdaagse trainingen die het zorgaanbod uitbreiden en verbeteren. Recent finaliseerden een 60-tal zorgverstrekkers uit Limburg hun basiscursus. Op hun vraag werd een extra vormingsdag ingelast met casusleren. Een Limburgse intervisiegroep ondersteunt hen verder. In 2015 zal Eetexpert in West-Vlaanderen die basistraining aanbieden.

In de zorgrijke regio's wordt geïnvesteerd in betere netwerkvorming. Zo krijgen bijvoorbeeld de cgg's nieuwe vormen en praktijktools. Ook het praktijkondersteunend aanbod voor artsen, waarop sinds 2013 sterk werd ingezet, zal in 2015 verder worden aangevuld.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans (CD&V): Minister, ik dank u voor uw antwoord. U hebt zeer terecht voornamelijk de initiatieven en de mogelijkheden die we hebben op

de eerste en tweede lijn niet enkel beklemtoond, maar ook genomen. Ik herinner me dat we in de opmaak van onze resolutie ook heel veel inspiratie vonden bij Eetexpert. Ik ben dan ook zeer blij te vernemen dat zij echt wel een sterke en gewaardeerde partner zijn in het beleid dat u hierrond voert. Het is nog altijd mijn overtuiging dat we moeten inzetten op preventie, sensibilisering, de randvoorwaarden. Dat is wat u doet. Ik hoor dat u dat doet met artsen, CLB's en cgg's, en dat er draaiboeken werden ontwikkeld. Het is ook heel belangrijk dat de leerkrachten worden ingeschakeld.

Ik vond het ook positief te vernemen dat u extra de nadruk legt in West-Vlaanderen en Limburg, waar de echt gespecialiseerde hulp tot op heden ontbreekt. Ik denk dat we onze taak en mogelijkheden hier echt benutten. Het is – dat zeg ik louter vanuit parlementair oogpunt – aangenaam te vernemen dat een resolutie die zeer gedragen tot stand is gekomen, na heel wat overleg met de betrokken partners, nu ook gevolg heeft gekregen in ons zorgaanbod.

Minister, ik heb nog één vraag. Op een gegeven moment hebt u in uw antwoord gezegd: "Dit alles heeft geleid tot een uitbreiding van het zorgaanbod met 38 procent." Welk zorgaanbod bedoelt u dan precies? De cgg's of iets anders?

Minister Jo Vandeurzen: Wel, het zijn mensen die voldoende getraind zijn om met deze problematiek aan de slag te kunnen.

Mevrouw Vera Jans (CD&V): Dus zorgverstrekkers die echt wel beslagen ten ijs komen.

Minister, ik dank u voor uw antwoord, dat heel wat positieve elementen bevat.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Mevrouw Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben heel blij dat er vorderingen zijn, zowel in West-Vlaanderen als in Limburg.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van mevrouw Freya Van den Bossche tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de jeugdgevangenis van Tongeren – 183 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Mevrouw Freya Van den Bossche (sp-a): Minister, in het kader van de zesde staatshervorming is het jeugdrecht zo goed als volledig in handen van de Vlaamse Gemeenschap gekomen. Vlaanderen is nu verantwoordelijk voor het vastleggen van de maatregelen die kunnen worden genomen wanneer een minderjarige een als strafbaar omschreven feit (MOF) pleegt, voor de regels inzake de uithandengeving en voor de regels inzake de plaatsing in een gesloten instelling.

Die laatste bevoegdheidsoverdracht heeft natuurlijk ook gevolgen voor de instellingen van Everberg en Tongeren: in zoverre tenminste zij als gesloten instelling voor jongeren fungeren, vallen zij nu volledig onder Vlaamse verantwoordelijkheid.

In Tongeren verblijven nu zowel jonge primodelinquenten, als jongeren die uit handen zijn gegeven door de jeugdrechter en jongeren die een als strafbaar omschreven feit hebben gepleegd. Ik weet heel goed dat Vlaanderen niet kan

beslissen over die eerste categorie. Over de andere jongeren, en waar zij verblijven, echter wel.

Zoals u weet, is Tongeren de oudste gevangenis van het land en werd ze gesloten omdat ze niet meer voldeed aan de vereisten van een volwassenengevangenis. Na enkele jaren als museum doet ze nu weer dienst als gevangenis voor jongeren. U kunt zich wel voorstellen dat ze daar niet zo voor geschikt is.

Erg problematisch is de ondermaatse infrastructuur en het ontbreken van ruimte voor leefgroepwerking. Ik verwijs daarvoor naar het memorandum van het Kinderrechtencommissariaat, dat werd gepubliceerd naar aanleiding van de voorbije verkiezingen. Er staat onder andere ook in dat er geen opvoeders zijn tewerkgesteld.

De Kinderrechtencommissaris stelt: "Sluit het detentiecentrum Tongeren. Ondanks de inzet van directie en personeel biedt de infrastructuur van de gevangenis in Tongeren te weinig mogelijkheden om cruciale rechtswaarborgen te garanderen."

Minister, nu Vlaanderen volledig verantwoordelijk is voor die minderjarigen, heb ik enkele vragen voor u. Wat zijn uw plannen met die instelling – ik zal deze vraag uiteraard nog eens stellen op de middellange termijn – en met de jongeren die er opgesloten zitten? Op welke termijn denkt u daarover een beslissing te kunnen nemen? Zult u rekening houden met de aanbevelingen van het Kinderrechtencommissariaat?

De voorzitter: De heer de Kort heeft het woord.

De heer Dirk de Kort (CD&V): Minister, de overdracht van de bevoegdheid voor jongeren die uit handen zijn gegeven of zullen worden, wordt een Vlaamse bevoegdheid. Ik ben benieuwd naar de praktische modaliteiten van de overdracht van die bevoegdheid. Uit een vorig leven, toen ik medewerker was op een kabinet, weet ik dat er naast de overdracht van bevoegdheden, nog een hele periode van overleg is tussen de federale overheid en de gemeenschappen en gewesten over die overdracht. Ik vermoed dat dat hier ook het geval zal zijn en dat er nog een bepaald tijdspad zal moeten worden gevolgd.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

De heer Lorin Parys (N-VA): Ik wil me kort aansluiten. Ik heb dezelfde vraag als de heer de Kort en deel uiteraard, samen met iedereen in deze commissie, de bezorgdheid over jongeren die daar terechtkomen en over de infrastructuur.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het gesloten federaal centrum te Tongeren zal de komende jaren en ten laatste tot 31 december 2018 als een gemengde instelling functioneren. De populatie bestaat enerzijds uit een federale populatie van gedetineerden, de zogenaamde primo-delinquenten, en anderzijds uit uithandengegeven jongeren, waarvan de meeste meerderjarig zijn, en een zeer beperkte buffercapaciteit van minderjarigen die onder de Everbergwet vallen. De uit handen gegeven jongeren en de 'Everbergjongeren' worden opgevangen en begeleid door een Vlaamse personeelsequipe, terwijl het personeel dat instaat voor de primo-delinquenten federaal blijft.

Om een goede werking te verzekeren van de instelling te Tongeren met deze twee personeelsgroepen, zijn afspraken gemaakt met de Federale Overheidsdienst Justitie. Dit is gebeurd via een Service Level Agreement en daar wordt nu over onderhandeld. Tegelijk zal ook een samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en de gemeenschappen moeten worden gesloten waarbij de

toepassing van de interne en de externe rechtspositieregeling voor gedetineerden op de uit handen gegeven jongeren wordt geregeld. Hier wordt op dit ogenblik volop aan gewerkt.

Wij werken aan een langetermijnplanning voor de gemeenschapsinstellingen, waarbij wij een kwaliteitsvolle opvang en begeleiding van uit handen gegeven jongeren verzekeren. Hierbij zullen we niet alleen rekening moeten houden met de infrastructurele noden, die een aanzienlijke investering vergen, maar ook met de evoluties in de jeugdhulp en de invulling van de Vlaamse bevoegdheden in het jeugdrecht. Ik verwijs ook naar wat ik vorige week in de plenaire vergadering heb gezegd over de uitbouw van een gedifferentieerd aanbod voor jongeren. Naast de gefaseerde aanpak van onze gemeenschapsinstellingen, zullen we ook en in het bijzonder aandacht moeten geven aan vernieuwende antwoorden met verschillende partners, zoals de kinder- en jeugdpsychiatrie. In het kader van deze lange termijnplanning nemen we ook een beslissing over de infrastructuur van Tongeren. Het zal moeten passen binnen de globale planning. Naast de bestaande gemeenschapsinstellingen zal er wellicht ook in een decretale basis moeten worden voorzien die nodig is om de taken die we nu doen, te blijven opnemen voor de jongeren in Everberg en Tongeren.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Mevrouw Freya Van den Bossche (sp·a): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Houdt u rekening met een piste van een eventuele sluiting van Tongeren, of tenminste er niet meer de jongeren onderbrengen die onder de Vlaamse bevoegdheid vallen?

Minister Jo Vandeurzen: Op de korte termijn zal het belangrijk zijn om te zorgen voor een goede overgang en transitie. Op de lange termijn zullen we een globaal plan moeten opstellen voor de gemeenschapsinstellingen van Everberg en Tongeren. We zullen het geheel van de infrastructurele noden moeten opnemen. We gaan niet op de ene of de andere piste vooruitlopen, maar we gaan eerst proberen te consolideren en daarna met alle gegevens – ook met de visie op jeugdrecht die uit de beleidsbrief zal blijken – nagaan hoe we dat het beste zullen waarmaken.

Mevrouw Freya Van den Bossche (sp·a): Minister, ik begrijp dat zoiets niet van vandaag op morgen mogelijk is. Ik hoop wel dat ik u ervan zal kunnen overtuigen dat er toch minstens in de loop van deze legislatuur het vooruitzicht moet zijn dat dat compleet onaangepaste gebouw niet meer zal worden gebruikt om er kinderen in onder te brengen. Dat u dat niet van vandaag op morgen kunt doen omdat u plaats nodig hebt, begrijp ik. Ik vraag ook niet het onmogelijke, maar ik vraag u wel om een moment in de tijd te bepalen waarop u dat wel zult doen en waarop elk elementair recht waar een kind uiteindelijk toch van moet kunnen genieten, ook als het iets fout heeft gedaan, kan worden gegarandeerd.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van mevrouw Tine Soens tot de heer Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de eerste ebolabesmetting in Europa – 189 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Soens heeft het woord.

Mevrouw Tine Soens (sp·a): Voorzitter, minister, collega's, vorige week was er een nieuwe uitbraak van ebola in Sierra Leone. Intussen kwam ook het eerste

geval in Europa aan het licht. Het virus werd vastgesteld bij een Spaanse verpleegster die hielp bij de verzorging van een geestelijke die het virus had opgelopen in Liberia. Het dodental lag begin oktober voor de getroffen regio op zo'n 3500 mensen; het aantal besmettingen op ongeveer 7500. 90 procent van de mensen die besmet zijn, overlijdt ook aan de ziekte, wat het een van de dodelijkste ziektes maakt.

Momenteel kennen we de dodelijkste ebola-uitbraak in de geschiedenis, zowel wat het aantal mensen als het aantal getroffen landen betreft. De kans dat er ook in België mensen in contact komen met het virus stijgt, al blijft de kans al bij al klein.

Organisaties als Artsen Zonder Grenzen kunnen de hulp nauwelijks bijbenen bij gebrek aan plaats, geschikt materiaal en voldoende personeel. De meeste gezondheidswerkers hebben geen ervaring met ebolapatiënten en hebben ook geen enkele training gekregen over hoe ze zichzelf moeten beschermen. De zwakke lokale gezondheidszorg zorgt er niet alleen voor dat slachtoffers van het ebolavirus niet op een gepaste manier kunnen worden behandeld, maar door de toevloed van ebolapatiënten kunnen ook andere ziektes niet worden behandeld. In heel Liberia waren er in 2010 51 dokters. De meesten zijn intussen overleden aan ebola.

De internationale gemeenschap moet dringend haar verantwoordelijkheid nemen. Al bij het prille begin van de uitbraak schoot de Wereldgezondheidsorganisatie tekort, zegt professor Piot. Het departement dat verantwoordelijk is voor het coördineren van dit soort van epidemieën, werd hard getroffen door besparingen. Het is allemaal te traag en allemaal te weinig, luidt de kritiek. Volgens secretaris-generaal Ban Ki-moon is er twintig keer zoveel hulp nodig dan nu wordt gegeven.

Vlaanderen en België beschikken over de middelen en de expertise, onder meer in het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen. De Vlaamse Regering heeft reeds initiatieven genomen. Zo werd 250.000 euro aan Artsen Zonder Grenzen gegeven en werd een nieuw wetenschappelijk onderzoek van bloedstalen gesubsidieerd. Het is alvast een stap in de goede richting maar er is absoluut meer nodig.

Het Instituut voor Tropische Geneeskunde is van mening dat er dringend nood is aan coördinatie op Europees niveau in de getroffen regio. Bovendien moet ook Vlaanderen zich voorbereiden op de mogelijkheid dat er ook hier ebola opduikt. De Vlaamse Gezondheidsinspectie speelt hierin een belangrijke rol met haar preventieve rol inzake infectieziekten. De gezondheidswerkers die in eerste instantie met ebola te maken kunnen krijgen, moeten voldoende opgeleid en geïnformeerd zijn. Toen ik de vraag indiende, was er nog geen update van het plan van aanpak voor gezondheidswerkers gebeurd. Ik weet dat het intussen wel zo is, waarvoor dank.

Daarom, minister, heb ik de volgende vragen. Is de Vlaamse Regering bereid om te pleiten voor een Europese coördinatie in de getroffen regio? Zal ze daarbij een voortrekkersrol op zich nemen? Voorziet de regering in verdere hulp, financiële hulp of via het inzetten van expertise? Voorziet het agentschap in een opleiding voor medische diensten die in aanraking kunnen komen met ebola? Voorziet het agentschap in samenwerking met de federale overheid in een communicatie-campagne om de bevolking gerust te stellen indien hier ebola opduikt? U deed afgelopen vrijdag een mededeling tijdens de ministerraad over de paraatheid in Vlaanderen naar aanleiding van de ebola-epidemie in West-Afrika. Kunt u ons daar vandaag meer over vertellen?

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

De heer Peter Persyn (N-VA): Voorzitter, minister, collega's, ik sluit me graag aan bij deze vraag. Ik heb zelf vijf jaar veldervaring in Afrika en tien jaar in de ngo-wereld. Het zit dus niet in mijn aard om snel in paniek te slaan, maar ik zou niet graag over een paar maanden moeten vaststellen dat dit de kroniek was van een aangekondigd debacle.

Hoe zit het met het plan van aanpak, zowel op micro- als op mesoniveau? Op microniveau zien we nu al specialisten in ziekenhuizen geïmproviseerd lesgeven aan de staf. Op mesoniveau – regionaal, Vlaanderen – is de luchthaven de voornaamste toegangspoort voor mensen die uit het getroffen gebied ons land kunnen binnenkomen. Natuurlijk zijn er geen grenzen, dit loopt over naar de andere gemeenschappen en gewesten. Hoe wordt dit aangepakt? Ik heb begrepen dat uw collega op het federaal niveau nu andere kopzorgen heeft, maar het lijkt me toch hoog tijd om met de federale collega's overleg te plegen en bij uitbreiding met uw Europese collega's. Nu horen we elke dag wel iemand verklaren dat deze of gene maatregel moet worden getroffen en Van Ranst wordt te pas en te onpas opgevoerd. Het lijkt me nodig dat er een coherent beleid komt in de gemeenschappen van ons land, maar ook in de buurlanden.

Daaraan gekoppeld moet er een stevige, gespierde reactie zijn ten aanzien van de getroffen gebieden met veel meer middelen. Ik heb zelf even voor de WHO mogen werken, en ik denk dat er zeker genoeg middelen zijn, maar dat ze heel slecht worden aangewend. Laten we alstublieft de middelen bij de juiste mensen brengen. Ik denk aan de mensen van Artsen Zonder Grenzen, die in ondankbare omstandigheden enorm veel goed werk doen en vooral met lokaal personeel werken. Voor mij is het ordewoord nu: snel overleg, harmonisering van de aanpak zowel hier als ginder, en met adequate middelen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, dames en heren, ik wil er in de eerste plaats op wijzen dat er op dit ogenblik geen reden is om in ons land paniek te zaaien. Uiteraard is een grote alertheid nodig, maar het is niet zo dat op dit moment de toestand bij ons aanleiding geeft tot grote ongerustheid.

De coördinatie op Europees vlak gebeurt door het European Center for Disease Prevention and Control in Stockholm. Via het 'national focus point' in België, waargenomen door de FOD Volksgezondheid, dienst internationale betrekkingen en volksgezondheids crisissen, wordt het Agentschap Zorg en Gezondheid betrokken bij alle beslissingen die in ons land worden genomen inzake de ebola-epidemie. Binnen zijn bevoegdheid neemt het Vlaams agentschap uiteraard ook ten volle zijn verantwoordelijkheid op. Dat is dus de structuur. We zijn Europees in coördinatie, er is een nationaal aanspreekpunt dat door de administratie van de FOD Volksgezondheid wordt waargenomen en er is een overlegstructuur waarin ons agentschap aanwezig is.

De basis voor de bescherming van de Vlaamse bevolking tegen ernstige infectieziekten is geregeld via het Preventiedecreet en zijn uitvoeringsbesluiten. Het bevat drie actiedomeinen: primaire preventie door vaccinatie, primaire preventie door ingrepen in de omgeving en secundaire preventie via verplichte melding. Bij dit laatste moeten artsen en klinische laboratoria die een 'ernstige infectieziekte' vaststellen of ze vermoeden, dat melden aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid.

Het derde actiedomein, de melding aan ons agentschap, speelt een rol bij de ebolaproblematiek, want men is verplicht om ervan melding te doen. Het ministerieel besluit van 19 juni 2009 geeft onder meer de lijst van ziekten die verplicht moeten worden gemeld. Op de lijst staan ook de virale hemorragische koorts, waarvan ebola er een is.

Het Preventiedecreet bepaalt dat, wanneer een arts vermoedt dat hij of zij met een ebolapatiënt te maken heeft, dat moet doorgeven aan het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid zodat maatregelen genomen kunnen worden. De maatregelen situeren zich rond de zorg voor de patiënt, maar bestaan tevens in het oplijsten en opsporen van risicocontacten, het informeren van deze contacten en het nemen van vroegdetectiemaatregelen.

Voor infectieziekten met een internationaal karakter zoals ebola, bestaat uiteraard niet alleen een Vlaamse wetgeving. Belangrijk is hier het internationaal gezondheidsreglement van de Verenigde Naties of de 'International Health Regulation' van 2005. België moet in dat licht, net als alle andere lidstaten, actie ondernemen wanneer er zich op zijn grondgebied volksgezondheidsincidenten voordoen die mogelijk kunnen uitdeinen naar andere landen of wanneer zich internationaal gezondheidsincidenten voordoen die mogelijk een impact hebben op België.

Die maatregelen bestaan vooreerst uit een risicoanalyse. Voor dat doel werd op het federale niveau een 'risk assessment group' (RAG) opgericht, die voorgezeten wordt door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en interne expertleden telt van zowel de federale overheid, als de gemeenschappen en de gewesten. Daarnaast kunnen ook externe experts van universiteiten aangesproken worden.

Deze RAG geeft haar risicoanalyse en advies aan een tweede structuur binnen de Belgische uitvoering van de 'International Health Regulation', de 'risk management group' of RMG. Die wordt voorgezeten en geleid door de FOD Volksgezondheid en hierin zetelen verantwoordelijken van de federale, de gemeenschaps- en de gewestoverheden die maatregelen nemen ter bescherming van de volksgezondheid.

Deze groep, de RMG, beslist op basis van de adviezen van de RAG en soms ook van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) over de meest geschikte aanpak van een potentieel grensoverschrijdend volksgezondheidsprobleem. Zo is in de schoot van de RMG indertijd de aanpak van de pandemische griep voorbereid en ook nu komen in deze groep de procedures tot stand voor de aanpak van ebola.

In de procedures van de RMG komen dus Vlaamse bevoegdheden, alsook Waalse en Brusselse, zoals de verplichte melding, samen met de federale en internationale taken en verantwoordelijkheden. Alles komt dus voldoende geconcentreerd samen. Als het agentschap een melding krijgt van een potentiële ebolabesmetting, moet het die dan ook doorgeven aan het 'national focus point'.

Het Agentschap Zorg en Gezondheid is lid van de 'risk assessment group' en van de 'risk management group', die in het licht van het Internationaal Gezondheidsreglement van de Wereldgezondheidsorganisatie de aanpak van ebola uitwerken voor Vlaanderen en België. Ik schets enkele acties die genomen werden.

Sedert april 2014 komen de RAG en de RMG bijeen om het probleem van ebola te bespreken. De bedoeling was om richtlijnen te maken voor onze ziekenhuizen om ze te instrueren over de aanpak van een ebolapatiënt.

Zelf nam Zorg en Gezondheid in april 2014 het initiatief om een specifieke webpagina voor ebola op te maken met verwijzingen naar de internationale instellingen die adviezen en updates over ebola geven. U kunt die terugvinden op onze [site](#).

Op 26 augustus 2014 gaf de RMG zelf richtlijnen uit inzake ebola, ontwikkeld voor tertiaire ziekenhuizen en gezondheidswerkers. De FOD verspreidde ze naar de Belgische ziekenhuizen.

Op 7 oktober 2014 stuurde de RMG een update van het plan van aanpak aan ziekenhuizen en huisartsenkringen. Het Agentschap Zorg en Gezondheid maakte

bijkomend een verkorte handige fiche ten behoeve van de huisartsen. Zij ontvingen op 8 oktober 2014 via e-mail de teksten met ook de link naar de Vlaamse ebolawebpagina, waarop geactualiseerde informatie over de ziekte en de toestand aangeboden wordt.

Ook het brede publiek kan op deze webpagina terecht met al zijn vragen, die via vragen en antwoorden of Q&A, beantwoord worden.

De artsen en verpleegkundigen 'infectieziektebestrijding' van Zorg en Gezondheid in de provincie zijn een centrale schakel in de procedure uitgewerkt door de gezondheidsautoriteiten.

Op 9 oktober werd een overleg georganiseerd door het crisiscentrum Binnenlandse Zaken, waarbij de leden van de RMG aanwezig waren, alsook de asielinstanties, de mensen van de betrokken luchtvaartdiensten en een delegatie van Buitenlandse Zaken. Er gebeurde een algemene briefing en vragen werden opgelijst. Vandaag kwam deze vergadering opnieuw samen om de bespreking voort te zetten en afspraken te maken. Ik heb er nog geen resultaten van ontvangen, maar vandaag was er in elk geval een nieuwe bijeenkomst gepland.

Op 13 oktober werden informatiebrieven verstuurd naar de CLB's en de onderwijskoepels. Naast de infobrief voor de CLB's werden ook brieven bezorgd die ze kunnen gebruiken ten aanzien van de schooldirecties, alsook brieven die deze laatste indien nodig en/of gewenst kunnen bezorgen aan ouders.

Vandaag zit de RMG weer samen om de situatie en de te nemen maatregelen verder te bespreken. Binnenkort zal ik samenzitten met de vier Vlaamse universitaire ziekenhuizen en het Instituut voor Tropische Geneeskunde om te bekijken of ze de voorliggende procedure kunnen ondersteunen en om te horen of zij nog lacunes signaleren die eventueel moeten worden besproken op een eerste interministeriële conferentie.

Uiteraard ga ik ervan uit dat de federale collega de verantwoordelijkheid die via het 'national focus point' komt, verder opneemt en ter harte neemt.

Het voorkomen van risico's op besmetting bij het verzorgen van ebolapatiënten is een binnen België gedeelde verantwoordelijkheid, die we ook vanuit de Vlaamse overheid moeten opnemen. Binnen het overleg tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de RMG wordt deze problematiek in zijn geheel bekeken, zowel naar verzorgend personeel in ziekenhuizen als bijvoorbeeld ambulancepersoneel voor ziekentransport en anderen.

Dit kwam ook aan bod op het overleg in het crisiscentrum op 9 oktober 2014 en wordt in de loop van de volgende dagen verder afgesproken. De noodzaak hiervan zal ik ook bespreken met de universitaire ziekenhuizen en het Instituut voor Tropische Geneeskunde, waarmee ik binnenkort een overleg heb gepland om de toestand te evalueren. Vlaanderen kan via de RMG aandringen om initiatieven te nemen om deze opleiding te realiseren, bijvoorbeeld via het opleidingscentrum van Artsen zonder Grenzen in Brussel. Op de vergadering van de RMG van 9 oktober werd de vraag naar opleiding in die zin ook besproken.

De minister-president kende Artsen zonder Grenzen een subsidie toe om in beschermingsmateriaal voor vrijwilligers te voorzien. Daarnaast heeft minister Muyters vanuit Wetenschapsbeleid de intentie om een subsidie van 150.000 euro vrij te maken voor het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Hierdoor moet het Instituut voor Tropische Geneeskunde een belangrijke rol kunnen spelen binnen een internationaal consortium dat wetenschappelijk onderzoek verricht naar de behandeling van ebola.

Er was nog een vraag over de communicatie. Het is evident de communicatie in grote concertatie moet gebeuren. Het heeft absoluut geen zin dat de Vlaamse Gemeenschap dit alleen doet. Dit moet passen binnen de globale en door het 'national focus point' gecoördineerde strategie.

De voorzitter: Mevrouw Soens heeft het woord.

Mevrouw Tine Soens (sp.a): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik heb niet de bedoeling om paniek te zaaien. Vandaar mijn opmerking dat de kans al bij al klein blijft dat het in België opduikt. Ik vraag wel dat gezondheidswerkers voldoende geïnformeerd en opgeleid zijn om hiermee om te gaan. De bedragen aan steun voor de regio had ik zelf al vermeld in mijn vraag. Komt er vanuit de Vlaamse Regering nog een initiatief daarbovenop? De heer Ban Ki-moon heeft duidelijk gezegd dat er twintigmaal meer hulp nodig is.

We moeten niet alleen meer aandacht besteden aan dit soort vergeten ziektes, die voornamelijk Afrika treffen, tijdens piekmomenten en wanneer de ziekte zich naar onze regio's kan uitbreiden. Als er over twee jaar opnieuw een ziekte uitbreekt, krijgen we misschien opnieuw een paniecreactie. Er zou continu meer aandacht moeten zijn voor dergelijke vergeten ziektes.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

De heer Peter Persyn (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Uitzonderlijke dingen zijn gelukkig uitzonderlijk. Je kunt die alertheid geen jaren aanhouden. Ik herhaal mijn pleidooi om vanuit Europa en vanuit de internationale gemeenschap veel kordater op te treden naar de getroffen regio. Als we daarin een voortrekkersrol kunnen spelen, met onder andere het Instituut voor Tropische Geneeskunde, dan is die rol ons op maat gesneden. Voorkomen is beter dan genezen. Nu riskeren we achter de zaken aan te hollen. De 'risk management group' vergadert in lokalen in Brussel of ergens anders. Als er echter mensen binnenkomen en ondertussen anderen besmetten, dan is dat een lopend vuurtje. Er moet veel kordater worden opgetreden. Het is een technische discussie waar ik toch een lans voor wil breken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Alle bezorgdheden moeten ernstig worden genomen, en we doen dat ook. Er is overleg gepleegd met het crisiscentrum. We moeten er wel over waken dat we niet vijf verschillende instructies aan vijf verschillende diensten geven. Deze zaak wordt nationaal gecoördineerd. De bevoegdheden inzake de grenzen zijn duidelijk een federale bevoegdheid.

We proberen zeer actief en assertief onze rol op te nemen. We vragen bij de bevoegde federale administratie voldoende aandacht en prioriteit om de zaken aan te pakken en te concerteren. Voor alle duidelijkheid, we hebben ook het gevoel dat dat loopt. De komst van een federale minister van Volksgezondheid met volle bevoegdheid kan een en ander in een stroomversnelling brengen. Ik wil absoluut geen enkele insinuatie over de betrokkenheid van voormalig minister Onkelinx. Vlaanderen probeert al maanden zijn verantwoordelijkheid ernstig te nemen. Zo is er de briefing aan de huisartsen, de contacten met de ziekenhuizen, de communicatie op de website enzovoort. We proberen op die manier bij te dragen aan de goede aanpak die in België moet worden georganiseerd.

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 de modaliteiten van het decreet Persoonsvolgende Financiering – 192 (2014-2015)

Voorzitter: mevrouw Vera Jans

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen (sp-a): Minister, ik heb deze vraag ingediend om een heel goede reden, met name de vaagheid die u op verschillende momenten aan de dag hebt gelegd als het ging over de ingangsdatum van het decreet Persoonsvolgende Financiering.

Al verschillende keren hebben leden van zowel meerderheid als oppositie geprobeerd om van u te weten te komen wanneer het decreet exact zou ingaan. In het decreet zelf is de startdatum van 1 januari 2015 opgenomen. In het debat over de Septemberverklaring bevestigde u "de uitvoering tijdens deze legislatuur". Dat is een breed kader, met name vijf jaar, zonder dat u duidelijkheid gaf over de precieze startdatum.

Er gaat geen week voorbij of we krijgen signalen uit het werkveld dat het noodzakelijk is dat er zo snel mogelijk structurele oplossingen voor het schrijnende zorgtekort komen. Vorige week hebben we het uitgebreid gehad over een aantal lopende rechtszaken. Voortdurend wijzen mensen met een handicap of hun ouders ons op de schrijnende tekorten.

Daarenboven is in het decreet Persoonsvolgende Financiering niet aangegeven waar de financiering van het basisondersteuningsbudget vandaan moet komen. Er wordt enkel vastgelegd dat de uitkering van het basisondersteuningsbudget zou gebeuren via de Vlaamse zorgverzekering. Wie zal betalen, is duidelijk. De herkomst van de financiering is minder evident. In het regeerakkoord is er ook sprake van een koppeling van de uitgaven aan de inkomsten van de Vlaamse zorgverzekering. Door het verhogen van de bijdrage van die zorgverzekering zouden de wachtlijsten voor mensen met een handicap worden weggewerkt. Dat hebt u gezegd tijdens het debat over de Septemberverklaring. Dat betekent dat er eigenlijk een voorafname gebeurt op de uitvoeringsbesluiten die nog moeten worden goedgekeurd. Een verhoging van de bijdrage van de Vlaamse zorgverzekering moet de nodige budgetten opleveren, maar vanaf wanneer zullen die daadwerkelijk worden ontvangen? Ik heb geen reden om aan te nemen dat dit stipt op 1 januari 2015 het geval zal zijn. Is er vanuit die weg wel een uitkering van een basisondersteuningsbudget mogelijk vanaf de datum die in het decreet is ingeschreven?

Zo niet, dan komt de financiële injectie in een nieuw te installeren basisondersteuningsbudget voorlopig voornamelijk van de nieuwe beleidskredieten voor 2015, namelijk de veel geciteerde 40 miljoen euro die ook bedoeld is voor de VAPH-sector (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap). In het debat in de plenaire zitting op 22 september over de Septemberverklaring stelde u dat er volgend jaar 40 miljoen euro extra zal zijn voor mensen met een handicap. De juiste besteding daarvan is ons niet duidelijk. Ik interpreteerde dit eerlijk gezegd aanvankelijk als 40 miljoen euro extra voor het VAPH, maar dat contrasteerde dan een beetje met de uitspraken van de minister-president die het had over de zorgpremie vanuit de Vlaamse zorgverzekering. Ik zou heel graag verduidelijkt zien wat dat cijfer van 40 miljoen euro exact inhoudt. Is dat 40 miljoen euro voor VAPH? Zit daar een deel bijpassing in voor uitgaven via de zorgverzekering in het kader van het basisondersteuningsbudget? Gaat die 40 miljoen euro dan integraal naar uitbreidingsbeleid? Om het heel concreet te

maken: zit daar ook al een deel in van het basisondersteuningsbudget? Ik herhaal vaak nagenoeg dezelfde vraag om toch zeker te zijn dat we hier vandaag een eenduidig antwoord van u krijgen.

In gelijke orde is een vaak geciteerd getal 300 miljoen euro extra op het einde van de legislatuur. Ik citeer u alweer: "specifiek voor personen met een handicap". Het begrip handicapspecifiek is in dezen en in het kader van de uitvoering van het decreet helemaal geen neutraal gegeven. Daarom zou ik daar duiding bij willen zien.

Minister, zal men de eerste uitvoeringsbesluiten van dit decreet nog kunnen maken tegen het einde van het jaar en daarmee de timing van het decreet kunnen aanhouden? Vanaf wanneer zal men de verhoging van de bijdrage voor de Vlaamse zorgverzekering kunnen innen en daar de kredieten van ter beschikking hebben? Het vorige projectplan voor Perspectief 2020 liep eigenlijk tot dit jaar. Is er al een stappenplan met een tijdsplan voor de uitrol van het decreet? Zo ja, wanneer kunnen we dat verwachten in deze commissie? Zo neen, wanneer wordt dit opgesteld? Zal men het basisondersteuningsbudget heel concreet laten ingaan op 1 januari 2015? Zo neen, wanneer wel? Is de voorziene 300 miljoen euro handicapspecifiek? Om het in de termen van het decreet uit te drukken: is dit trap 1 of trap 2? Hoe ziet u de verdeling van het uitbreidingsbeleid? Hoe zult u inspraak organiseren?

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Mevrouw Tine van der Vloet (N-VA): Voorzitter, de noden in de sector van personen met een beperking zijn inderdaad enorm groot. We zien dat aan de wachtlijsten, de recente rechtszaken enzovoort. We zijn er samen met de Vlaamse Regering van overtuigd dat een combinatie van de implementatie van het decreet Persoonsvolgende Financiering en een zware financiële investering in de sector tijdens deze legislatuur de druk van de ketel kan halen.

Het regeerakkoord en de Vlaamse Regering zijn ook duidelijk: het volledige decreet zal deze legislatuur worden geïmplementeerd en de Vlaamse Regering heeft een zware investering in de welzijnssector aangekondigd. We denken dat het zeer belangrijk is dat het basisbedrag zo snel mogelijk wordt ingevoerd. We hopen dat de minister het daarmee eens is zodat het zo spoedig mogelijk in werking kan treden.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik antwoord met enige schroom, want ik kan op een aantal zaken helaas heel niet concreet zijn. We zijn volop bezig met het voorbereiden van de beleidsnota en de meerjarenbegroting. Daar moeten een aantal zaken ingepast worden.

We zijn bezig met de voorbereiding van de implementatie van het decreet. Dat wil zeggen dat er een aantal uitvoeringsbesluiten moeten worden genomen. Daar is het agentschap mee bezig. Het ene besluit is al wat dringender dan het andere. Wij verwachten binnenkort een aantal ontwerpen die naar de regering zullen gaan.

Ik wil toch iets zeggen over de verhoging van de zorgpremie. U weet natuurlijk wel dat die verhoging ingaat op 1 januari 2015. Dat wil zeggen dat die in de begroting 2015 extra budget zal opleveren. Sinds 2003 is het jaarlijks te betalen bedrag van de zorgpremie onveranderd gebleven. Het gaat hier dus over de eerste stijging in elf jaar, en ze is nooit geïndexeerd. Vandaag is één op twintig personen 80 jaar of ouder, en tegen 2050 wordt dat minstens één op tien. Deze vergrijzing zal zich vertalen in een stijging van het aantal personen met ernstige functionele beperkingen bij de activiteiten van het dagelijkse leven. Tussen 2004

en 2013 stegen de uitgaven voor de tenlasteneming van 168,5 miljoen euro naar 323,5 miljoen euro. De ledenbijdrage steeg van 94 miljoen euro naar 102 miljoen euro en het budget waarin is voorzien uit de algemene middelen van 90 miljoen euro naar 198 miljoen euro.

De verhoging van de premie voor de zorgverzekering moet het mogelijk maken dat al wie zorgbehoevend wordt, kan blijven genieten van de maandelijkse tegemoetkoming van 130 euro en moet uiteraard mee zorgen voor de inkomsten die nodig zullen zijn om het basisondersteuningsbudget te betalen. De stijging van de zorgpremie past in het kader van het vernieuwingsproces naar een Vlaamse sociale bescherming. We gaan een nieuwe laag van sociale zekerheid organiseren voor mensen met langdurige ondersteuningsnoden, waarin het basisondersteuningsbudget maar ook de financiering van de residentiële ouderenzorg en dergelijke een plek zouden moeten vinden. Dat is belangrijk.

Ik heb in het debat ook gezegd dat de premie een stuk rechtstreekse en geoormerkte ontvangst voor het hele systeem van sociale bescherming kan uitmaken. In die zin is het juist wat de minister-president heeft gezegd: het moet ook mogelijk maken dat de verschillende onderdelen mee gefinancierd kunnen worden, want de premie zal daar uiteraard niet voor volstaan. Dat betekent dat we de zorgpremie zullen gebruiken om de budgettaire ruimte te creëren om het basisondersteuningsbudget de volgende jaren te kunnen uitrollen. We vragen solidariteit van iedereen voor de mensen die belangrijke ondersteuningsnoden hebben.

Er is ondertussen een ruw tijdsplan gemaakt met betrekking tot de implementatie van het decreet Persoonsvolgende Financiering. Dat is ondertussen besproken in de taskforce alsook in het raadgevend comité. Onze administratie werkt nu aan een meer concreet en gedetailleerd tijdsplan om alle onderdelen van dat plan uit te werken. We gaan daarvoor nauw samenwerken met de intersectorale toegangspoort. U weet dat dat voor de minderjarigen een specifieke situatie is, zeker wat betreft de implementatie van trap 1. Ook deze timing wordt besproken in de taskforce en het raadgevend comité en moet nog met het kabinet worden overlegd. Die zal dan in de loop van de volgende maanden samen met de meerjarenbegroting, worden voorgelegd aan het parlement.

Binnen de mogelijkheden die we hebben, kijken we na hoe we dat in de loop van de legislatuur kunnen laten ingaan, zoals ik heb verklaard in het debat bij de start van deze legislatuur. De tekst van het decreet is trouwens zo gemaakt dat er een soort graduatie in mogelijk is. Ik ga dat schema ook aan het parlement voorleggen samen met het document dat ik op basis van het decreet ook moet neerleggen, namelijk de meerjarenbegroting die wij voor het VAPH ramen. In dat document zal daaromtrent uiteraard tekst en uitleg kunnen worden gegeven.

De 300 miljoen euro zullen natuurlijk dienen om het decreet Persoonsvolgende Financiering te realiseren en te implementeren in al zijn onderdelen. Ik heb ook niet gezegd dat dat exact 300 miljoen euro is. Het zal waarschijnlijk minstens 300 miljoen euro zijn, en misschien zelfs iets meer moeten zijn om het geheel uitvoerbaar te maken. Met alle excuses dat u nog even op uw honger moet blijven zitten, maar gelet op de budgettaire moeilijkheden en gelet op het groeipad van het nieuwe beleid, is het een beetje puzzelen en kijken hoe we dat op een goede manier in elkaar krijgen.

Hoe dan ook kan ik alleen maar bevestigen dat er volgend jaar aan het VAPH een budget van 40 miljoen euro extra zal worden gegeven om op die manier een start te kunnen maken met de uitvoering van het decreet in die prioriteiten en die segmenten die we op de heel korte termijn en het meest dringend moeten aanpakken.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

De heer Bart Van Malderen (sp·a): Voorzitter, collega's, minister, ik heb een paar bedenkingen, eerst en vooral ten aanzien van collega van der Vloet. Het gaat er niet over om de druk van de ketel te halen: de ambitie van dat decreet is om een zorggarantie te bieden en een zodanige switch in die sector te realiseren dat we ook vraagsturing en zorg op maat realiseren voor de mensen in deze sector. Als je de ambitie hebt om dat tegen 2020 te realiseren, zul je daar elke dag van deze legislatuur aan moeten werken. En andersom, hoe meer dagen je verliest, hoe moeilijker het wordt om dat te realiseren. In die zin ben ik behoorlijk teleurgesteld in uw antwoord, minister.

Waar ik bijzonder blij om ben, is de opmerking van collega van der Vloet die pleit voor het volledig uitvoeren van het decreet in deze legislatuur en het zo snel mogelijk realiseren van het basisondersteuningsbedrag. Op 24 april kon ik nog op de website van de N-VA lezen dat mevrouw Stevens dat een veel minder geslaagd element vond van het decreet, maar blijkbaar zijn de violen ondertussen gestemd.

Minister, ik blijf echt op mijn honger zitten. U hebt het over een ruw tijdsplan. U hebt het over een aantal maanden. Antwoord nu eens gewoon ja of neen op de vraag of per 1 januari 2015 dit decreet van kracht gaat. Begrijp ik u goed, ja of neen, dat die 40 miljoen euro exclusief naar het VAPH gaat voor handicapspecifieke ondersteuning, en dus trap 2? Begrijp ik u goed, als het antwoord op de vorige vraag 'ja' is, dat het basisondersteuningsbudget in 2015 niet wordt opgestart?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik weet dat ik u niet kan geruststellen, mijnheer Van Malderen, maar dat decreet bevat enorm veel luiken. Dat betekent dat het onmogelijk is om dat in één keer uit te voeren. Het zal in deze legislatuur uitgevoerd worden.

Dat zal gebeuren, en dat heb ik al gezegd in september, in een ritme dat door de budgettaire moeilijkheden en mogelijkheden bepaald wordt. Dat kan alleen maar goed gebeuren als er in de taskforce, het raadgevend comité enzovoort een voldoende draagvlak voor en consensus over bestaat.

Dat proces is voor mij zo belangrijk dat ik ga proberen op een bepaald moment, conform het decreet, naar het parlement te komen met de nota waarin het meerjarenbegrotingstraject is opgenomen. Dan zult u kunnen zien in welke fasering het decreet kan worden uitgevoerd.

De heer Bart Van Malderen (sp·a): Ik had u de pap in de mond gegeven zodat u aan het werkveld en vooral de mensen die wachten, enige zekerheid zou kunnen bieden. Het is telkens het gebrek aan perspectief dat mensen ertoe brengt om naar de rechtbank te stappen. Zonder duidelijk tijdsplan worden mensen al te boos, ze willen niet blijven wachten. U grijpt die kans niet, minister. Ik betreur dat.

Niemand heeft ooit gezegd, en we hebben er zelf genoeg aan meegewerkt, dat de omslag in die sector in één stap zou mogelijk zijn, zelfs niet in één jaar. Dat geef ik grif toe. Ook een reis van 1000 kilometer begint met de eerste stap.

Ik leid af uit uw antwoord – u hebt het ook niet tegengesproken – dat het in 2015 eigenlijk verder bouwen wordt op de traditie waarbij we de grootste noden eerst zullen proberen te lenigen. Dat is niet helemaal onterecht, maar op de transitie die moet worden ingezet, moeten we nog wachten. Als ik uw antwoord goed analyseer, wordt het een volgend jaar, 2015 zal business as usual zijn. Ik vind dat bijzonder jammer.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.