



Vlaams
Parlement

vergadering **C319**
zittingsjaar 2016-2017

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 19 september 2017

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Vlaamse plafond inzake de financiering van de personeelskosten in rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen en dagverzorgingscentra – 2693 (2016-2017)	4
VRAAG OM UITLEG van Tine Soens aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Actieplan Jongvolwassenen – 2701 (2016-2017)	9
VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over gevolgen van de terugbetaling van psychologische zorg voor de eerstelijnspsychologische functie en het geestelijk gezondheidsbeleid – 2726 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg – 2739 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de integratie van de terugbetaling van klinische psychologie in het aanbod geestelijke gezondheidszorg – 2740 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het psychisch welzijn bij jongeren – 2913 (2016-2017)	16
VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het preventief tabaksbeleid en de e-sigaret – 2757 (2016-2017)	29
VRAAG OM UITLEG van Danielle Godderis-T'Jonck aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over veganisme bij jonge kinderen – 2818 (2016-2017)	32
VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het arrest van de Raad van State inzake de NMR-erkenningen (nucleaire magnetische resonantie) – 2824 (2016-2017)	34
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over neonatale screening op mucoviscidose – 2846 (2016-2017)	39
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over onderzoek naar kennis van HPV-vaccinatie (humaan papillomavirus) – 2855 (2016-2017)	43
VRAAG OM UITLEG van Martine Taelman aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ontwikkeling van verrijkte voeding voor 65-plussers – 2890 (2016-2017)	45

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de situatie inzake interlandelijke adoptie in Polen – 2898 (2016-2017)	46
VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het rapport van Child Focus over weglopende jongeren – 2637 (2016-2017)	50

VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Vlaamse plafond inzake de financiering van de personeelskosten in rustoorden voor bejaarden, rust- en verzorgingstehuizen en dagverzorgingscentra – 2693 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, in het kader van de loonharmonisering financiert de overheid al jaren via een apart financieringskanaal, de zogenaamde tegemoetkoming 'derde luik' de meerkosten van de sociale akkoorden die de woonzorgcentra moeten dragen voor het loontrekkend zorgpersoneel bovenop de reguliere financieringsnormen en voor het loontrekkend administratief, technisch en werkliedenpersoneel.

Om binnen de perken van het beschikbare budget te blijven, was er in het verleden een nationaal plafond vastgesteld voor dat derde luik dat evolueert met de vergrijzing van de bevolking. Naar aanleiding van de zesde staatshervorming kreeg iedere deelstaat de bevoegdheid om deze plafonnering te wijzigen. De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC) in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, die met de laatste staatshervorming een heleboel bevoegdheden rond zorg en welzijn heeft gekregen, de Duitstalige Gemeenschap en de Franse Gemeenschap hebben de reglementering ondertussen gewijzigd, na positief advies van de Raad van State, en hebben hun eigen plafond bepaald. Vlaanderen deed dat niet.

Deze plafonds zijn evenwel cruciaal bij de uitbetaling van het derde luik. Voor de berekening van de tegemoetkoming voor Vlaanderen wordt er immers gekeken naar het nationale plafond tegenover het totaal aantal voltijds equivalenten van alle zorginstellingen over heel België. In de andere deelstaten wordt gekeken naar het eigen plafond. Dit had voor Vlaanderen tot gevolg dat er in 2016 een lineaire vermindering van 0,973 procent op de tegemoetkoming 'derde luik' was. De instellingen in de andere gemeenschappen kregen uiteraard 100 procent van hun tegemoetkoming.

Minister, over die lineaire vermindering, het Vlaamse plafond en de begrotingsdoelstellingen heb ik enkele vragen voor u.

In 2016 keerde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) in het kader van het derde luik 211.518.536,18 euro uit aan Vlaamse zorginstellingen. Er was hiervoor echter 218.273.000 euro uitgetrokken. Een snelle berekening leert ons dat er een overschot was van 6.754.463,82 euro. Hoe rijmt u dit overschot met de gekende toename van de grote zorgzwaarte in de residentiële zorg?

Welke redenen hebt u om geen eigen Vlaams plafond uit te werken? Wat zullen de gevolgen hiervan zijn voor de komende jaren, meer bepaald met het oog op de toenemende vergrijzing in Vlaanderen? Overweegt u een eigen plafond uit te werken inzake het derde luik? Of plant u andere pistes?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, de ramingen van de uitgaven 2016 voor het derde luik waren gebaseerd op de technische ramingen die de administratie ontving van het RIZIV. Pas na de begrotingscontrole 2016 heeft het RIZIV aan de administratie de reële uitgaven voor 2015 meegedeeld. Toen was het voor de administratie duidelijk dat de technische ramingen van het RIZIV niet spoorden

met de cadans van de reële uitgaven. Dat heeft er allemaal toe geleid dat er in 2016 inderdaad een overschot aan middelen was voor het derde luik op de begroting.

Inmiddels is dat in de begrotingsaanpassing 2017 gecorrigeerd. In oktober 2016 heeft de administratie een technische raming van het RIZIV ontvangen die wél in overeenstemming was met de te verwachten uitgaven voor 2017. Hierdoor en mede op grond van de reële uitgaven die het RIZIV in januari 2017 heeft gedaan, werd het globaal budget sociaal akkoord, waarvan het derde luik een onderdeel vormt, van 318.987.000 euro bij de begrotingsopmaak 2017 teruggebracht naar 302.040.000 euro bij de begrotingsaanpassing 2017. 10.889.000 euro van het verschil tussen 318.987.000 euro en 302.040.000 euro werd benut voor de uitbreiding van het aantal woonegelegenheden rust- en verzorgingstehuis (rvt) met 1226 eenheden. Wat het resterende bedrag betreft, is binnen de regering afgesproken dat dit niet mag dienen voor een verdere verhoging van de uitgaven sociaal akkoord, aangezien verdere uitbreidingen van het aantal woonegelegenheden rvt in 2018 prioritair zijn.

Bij de raming voor de uitgaven van het zogenaamde 'derde luik' is de component loonharmonisering nagenoeg constant gebleven. De overraming zat in de maatregel jobcreatie die ook deel uitmaakt van de financiering 'derde luik'. Binnen de maatregel jobcreatie konden x-aantal jobs worden gecreëerd voor een bepaalde datum. De kost van deze maatregel kent in de beginperiode sterke opstappen, aangezien er gewerkt wordt met een voorschot – bijvoorbeeld voorschot betaald in april 2016, juli 2016, oktober 2016 en januari 2017, berekend op grond van de afrekening van de periode 1 juli 2014 tot 30 juni 2015 – en de afrekening – afrekening in januari 2016 voor de periode van 1 juli 2014 tot 30 juni 2015.

Dit mechanisme zorgt ervoor dat er bij een stijging van de te financieren prestaties eigenlijk dubbel wordt doorgerekend: één keer in de voorschotten en één keer in de afrekening. Zo heeft de jobcreatie in het derde luik – de maatregel van de sociale akkoorden van 2011 en 2013 – aanleiding gegeven tot een tijdelijke piek in de globale uitgaven, die zich nu wat aan het wegwerken is.

De flinke toename van de uitgaven 'vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan' is deels te wijten aan het succes van de maatregel, met name méér 45-plussers aan zorgpersoneel blijven effectief langer aan het werk, maar voor een niet onaanzienlijk deel ook aan het ingewikkelde financieringssysteem dat opnieuw bestaat uit de betaling van voorschotten en een afrekening.

Op te merken valt dat er in de uitgaven 'sociaal akkoord ouderenvoorziening', naast het 'derde luik' en de 'vrijstelling van arbeidsprestaties en eindeloopbaan', ook uitgaven aanwezig zijn voor 'tweede pensioenpijler', 'syndicale premie' en 'titels en beroepskwalificaties'. Voor een correcte raming van het budget derde luik dient er rekening te worden gehouden met de geldende regelgeving inzake het plafond.

In 2017 is er dus geen verder effect dan wat we al kennen. Voor de begroting 2018 mag worden verwacht dat er opnieuw een verminderingscoëfficiënt zal worden toegepast op de financiële tegemoetkoming loonharmonisering.

In de overgangperiode waarbinnen het RIZIV als operator blijft opereren voor de Vlaamse Gemeenschap, is ervoor geopteerd om te investeren in bijkomend normpersoneel zowel via de verhogingen binnen de rob-forfaits (rustoord voor bejaarden) als via de rvt-conversies (rust- en verzorgingstehuis). Op deze manier worden de beschikbare middelen maximaal ingezet in functie van de zorgzwaarte. Bovendien leidt dit tot een vermindering van het aantal bovennorm-zorgpersoneel.

De regeling rond het 'derde luik' vindt zijn legistische basis in artikel 4, paragraaf 2, van het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot uitvoering van de artikelen 57 en 59 van de programmawet van 2 januari 2001 wat de harmonisering van de barema's, de loonsverhogingen en tewerkstellingsmaatregelen in bepaalde gezondheidsinstellingen betreft. De regeling inzake het 'derde luik' kent zijn oorsprong in de afgesproken sociale akkoorden van 2000, 2005, 2010 en 2013. Via het 'derde luik' worden zowel de maatregelen loonharmonisatie als jobcreatie gefinancierd. Er is voor beide maatregelen steeds een plafond van toepassing. Als voor de maatregel loonharmonisering meer dan 25.226 voltijds equivalenten in aanmerking komen, dan wordt een verminderingcoëfficiënt toegepast die gelijk is aan 25.226 gedeeld door het totaal aantal voltijds equivalenten die in aanmerking komen voor financiering. Het plafond en de toepassing ervan is ingeschreven in de regelgeving en is een maatregel van budgetbeheersing. Zoals u weet, zijn de middelen beperkt en streven we naar een beheersbare begroting. Het is net middels het plafond derde luik en andere middelen van budgetbeheersing dat we in staat zijn om een voor alle betrokkenen heldere begroting op te maken en ons ook aan deze begrotingskredieten te houden. Het is dankzij het beheersen van het budget en het duidelijk verantwoord van onze budgettaire keuzes dat we voor andere noodzakelijke prioritaire maatregelen binnen de ouderenzorg, zoals het creëren van bijkomende rvt-erkenningen, een draagvlak kunnen creëren.

In het kader van de inkanteling van de financiering van de ouderenzorg werd, op expliciete vraag van de koepelorganisaties, beslist om in afwachting van de invoering van een nieuw financieringssysteem voorlopig geen wijzigingen aan de bestaande financiering uit te voeren. Ze hebben dus allemaal zeer uitdrukkelijk gevraagd om te gaan voor het behoud van de 'as is', tenzij om redenen van efficiëntie.

Ik kan u mededelen dat het thema 'derde luik en bovennormplafond' de afgelopen maanden reeds besproken is op het structureel overleg tussen de koepelorganisaties, het Agentschap Zorg en Gezondheid en mijn kabinet. Het Agentschap Zorg en Gezondheid kreeg in dit verband recent de opdracht om voor vier scenario's de voor- en nadelen te inventariseren, met name van het behoud van het federaal plafond tot 31 december 2018, van het vastklikken van een Vlaams plafond, het vastklikken van een voorzieningsspecifiek plafond en een plafond per woongelegenheid of type van zorgforfait, dit alles uitgaande van het gegeven dat de mogelijke hervorming van het 'derde luik' budgetneutraal dient te zijn. Deze scenario's zullen met de koepels verder besproken worden in het najaar 2017. Op termijn zal bij de ontwikkeling van de persoonsvolgende financiering voor de woonzorgcentra in het kader van de Vlaamse sociale bescherming het derde luik ingekanteld moeten worden in een meer geïntegreerde zorgfinanciering.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Er waren inderdaad nogal wat cijfers en het was ook een heel technische uitleg. Ik ga mezelf maar ook de collega's de kwelling besparen om er verder een technische discussie over te voeren. Ik ga me buigen over de toelichting.

Ik begrijp uit uw slotwoorden, minister, dat er vier scenario's voorliggen die in het najaar worden onderzocht. Het is een antwoord op mijn tweede vraag over welke pistes u overweegt. Ik begrijp ook dat het in het licht is van het uitstel dat door de koepels is toegekend om tot een definitieve regeling te komen of een aanpassing te komen of een Vlaams plafond te komen. Minister, wanneer denkt u de overlegronde met de koepels over die vier scenario's te hebben beëindigd?

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Mijnheer Persyn, het is niet enkel een technische discussie. Het is een technische discussie met betrekking tot de financiering en de onderdelen van het derde luik. Het is ook een politieke discussie. Die discussie – en ik ben blij dat u zich daar een beetje bij aansluit – hebben we al een paar keer gevoerd. Het is de discussie over de zogenaamde onderbenutte kredieten binnen Welzijn, de kredieten die jaar na jaar niet worden gebruikt. Het gaat – en we hebben er al een discussie over gevoerd met de minister – over meer dan 100 miljoen euro en voor de ouderenzorg specifiek over 40 tot 45 miljoen euro die we elk jaar laten liggen terwijl de noden – en daar zijn we het allemaal over eens, want dat herhalen jullie bijna iedere week – torenhoog zijn. Vanmorgen om 8 uur heb ik op het radionieuws nog het verhaal gehoord over de dementie-afdeling. Het zijn toestanden waarvan we allemaal vinden dat ze moeten worden opgelost en toch laten wij en jullie, de Vlaamse Regering, alleen al voor ouderenzorg bijna 50 miljoen euro liggen. Het is geld dat men kan gebruiken. En ik weet dat u, minister, zult zeggen dat het geen structureel geld is, maar we constateren al jaren dat het structureel zo is dat er sinds de staatshervorming geld blijft liggen. Minister, ik weet dat u zult zeggen dat u bezig bent met de zorgzwaartefinanciering – u hebt dat nu ook herhaald –, 10,8 miljoen euro voor 1226 personen. Ik heb ook begrepen dat u zegt dat dit niet genoeg is en dat er nog een schepje bij moet. Ik hoop dat dit in de begroting 2018 ook bewaarheid zal worden.

Minister, ik heb nog een bijkomende vraag. U hebt impliciet verwezen naar het structureel overleg. Mijn vraag is hoever het staat met de onderhandelingen over het sociaal akkoord waar ook maatregelen moeten worden genomen met betrekking tot het aantrekkelijk houden van het beroep in de sociale sector, onder meer in de ouderensector, om ervoor te zorgen dat de mensen die nood hebben aan zorg, die zorg in de toekomst ook kunnen blijven krijgen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik wil nog even de grote lijnen meegeven zodat iedereen voldoende mee is met de operatie. We moeten op 1 januari 2019 onder meer de financiering van de residentiële ouderenzorg overnemen. Dat wil zeggen dat het niet langer meer voor onze rekening gebeurt door het RIZIV en de mutualiteiten, maar dat we dat zelf moeten regelen. U weet dat onder meer de residentiële ouderenzorg een plaats krijgt in de takken van zorg in de Vlaamse sociale bescherming. Toen we hierover ongeveer anderhalf jaar geleden met de koepels hebben gesproken, hebben we hun gezegd dat er verschillende scenario's mogelijk zijn. Dit is een bijzonder complexe oefening op het vlak van ICT en op het vlak van reglementering. Dat moest toen nog allemaal worden geschreven. De vraag is voor welk scenario we gaan. De sector – en ik mag zeggen alle koepels van de sector – heeft toen gepleit voor het scenario waarbij de overgang naar de volledige voor eigen rekening uitvoering van de financiering van de residentiële ouderenzorg gebeurt in een situatie 'as is'. We zouden graag hebben dat er een gesprek is over de nieuwe financieringstechniek, maar we willen die niet vermengen met de transitie die op zichzelf al zeer veel tijd, energie en uitgaven -- al was het maar in de opmaak van de ICT – met zich meebrengt.

De Vlaamse administratie is dus al een hele tijd zeer intensief bezig om dat voor te bereiden vanuit de logica dat we ons houden aan wat er bestaat en waarbij de vraag naar continuïteit in de transitie essentieel is. Het is evident dat er efficiëntiewinsten kunnen worden geboekt als we dat toch allemaal ICT-matig opnieuw moeten organiseren. Er zijn natuurlijk hier en daar wat dingen die we kunnen doen om het geheel eenvoudiger te maken en de administratieve verplichtingen te verminderen. Dat is de context.

Bij de start van de legislatuur is er een erkenningskalender opgesteld met een behoorlijk budgettair groeipad. De voorbije jaren hebben wij telkens in functie

van de begrotingsbesprekingen gepleit voor aanpassingen van de rob-forfaits in functie van de zorgzwaarte, maar ook voor bijkomende rvt-bedden. Dat zijn engagementen die voor jaren vastliggen. Dat betekent dat bij constant beleid de overheid in de uitgaven moet voorzien in elk begrotingsjaar. We hebben tijdens de eerste jaren van de legislatuur een enorme inhaalbeweging gedaan. We hebben jaren gehad dat we meer dan 3000 woongelegenheden per jaar hebben erkend. Nu blijkt dat de manier waarop die in gebruik zijn genomen, niet helemaal matcht met het kalenderjaar. Dat schuift een stukje. Dat betekent dat er onderbenutting is. Ik zal dat zeker niet ontkennen. Er zitten wel recurrente engagementen op die uitgaven. Die onderbenutting kan dus geen aanleiding geven tot nieuwe recurrente engagementen. Dat is gewoon niet logisch of correct, met dien verstande dat we daar in het verleden al stukjes van hebben gebruikt om om te zetten naar rvt-bedden als een van de meest prangende zaken op korte termijn en – wat mij betreft – ook in de volgende jaren. Dit is de context van de situatie en verklaart het budgettaire traject.

Wat de bovennorm 'personeel' betreft, zal er waarschijnlijk opnieuw een af-topping komen omdat we aan het plafond zitten van die budgetten. De vraag of we dit zullen blijven doen met deze techniek of dat we naar een andere manier gaan om het geld in de sector in te zetten, is een door u terecht gestelde vraag. En gaan we dat doen nog voor we het grote manoeuvre van het nieuwe financieringssysteem in functie van de zorgzwaarte implementeren? In de timing zie ik het debat over het grote nieuwe financieringssysteem met de vraag hoe daarin de rvt-statuten worden betrokken en de discussies die dit met het RIZIV zal provoceren, niet meer voor deze legislatuur. Dat is gewoon niet realistisch. Daarvoor heb je het inschalingsstelsel nodig dat we volop aan het ontwikkelen zijn.

Het is een vrij complex verhaal dat samenhangt met een evaluatie van de personeelsnorm enzovoort. Die gesprekken zijn bezig, maar het ziet er niet naar uit dat we dit nu op een jaar tijd rond zullen krijgen. Nog eens, de sector heeft heel uitdrukkelijk gevraagd om tegen 1 januari 2019 over te stappen naar de situatie 'as is'. We hebben gezegd dat we toch willen dat ze spreken over de bovennorm 'personeel'. Budgettaire beheersingstechniek kan ik dat wel volgen, maar het is toch een ingewikkeld en post- factumsysteem. We hebben aan de sector gevraagd om te spreken over een manier om het budget anders te kunnen inzetten, op een meer voorspelbare manier en op issues die meer op zorgzwaarte gericht zijn dan op administratief personeel. Die gesprekken hebben we gevraagd voor het najaar. Ik mag er dus van uitgaan dat we in de loop van de volgende maanden zullen proberen om te weten welke denkkaders er moeten worden aangehouden. Indien nodig betekent dit ook sociaal overleg.

De sociale onderhandelingen bestaan uit discussies over de koopkracht, over kwaliteit/werkdruk/werkbaar werk enzovoort en bestaan voor een stuk uit de vraag naar aanbodvergroting. De link tussen het tweede en derde luik is zeker in de residentiële ouderenzorg evident. We moeten de stijgende zorgzwaarte ook met budgettaire maatregelen tegemoet treden.

Mijnheer Bertels, uiteraard hebben we gezegd dat we in de sociale onderhandelingen wat dat betreft ook een voorstel doen. Het perspectief van de mensen op de vloer is uiteraard belangrijk, maar we zijn er ook van overtuigd dat we daarvoor in lengte van jaren een groeipad zullen moeten mobiliseren. Dat thema staat zeker op de agenda.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, ik dank u voor uw bijkomende toelichting. Ik wil het bruggetje maken naar de conceptnota die de dames Schryvers en Coppé deze zomer hebben gelanceerd via de media over een gelijkschakeling van rob-

naar rvt-bedden. Dat past ook een beetje in deze discussie. We zitten inderdaad nog volledig in een 'as is'-verhaal. Ik begrijp dat u zegt dat het zo'n omvattende, ingrijpende en ook technisch moeilijke discussie is dat we daar wellicht tijdens deze legislatuur niet meer uit geraken. Onze fractie heeft ook altijd laten verstaan dat we daar begrip voor hebben en dat de grote omslag, zoals wij ze voorstaan en zoals u ook hebt laten blijken in uw commentaar op de conceptnota tijdens de zomer, naar een meer persoonsvolgende financiering in de ouderenzorg een belangrijke omwenteling is. Dat zal nog wat voeten in de aarde hebben. Voor ons is het belangrijk dat we in de toekomst naar een veel meer transparante financiering gaan van ouderenzorg en dat we een kruis kunnen maken over het soort evenwichtsoefeningen zoals die nu voorliggen. We moeten weliswaar met alle respect voor de bedrijfszekerheid van de sector naar een persoonsvolgende of budgetvolgende financiering gaan van zware zorgbehoefte bij onze ouderen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Tine Soens aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Actieplan Jongvolwassenen – 2701 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Soens heeft het woord.

Tine Soens (sp.a): Minister, nog te veel jongeren glijpen door de mazen van het net. Onderzoek toont aan dat jongvolwassenen die uit de jeugdhulp komen meer dan gemiddeld te kampen hebben met sociale uitsluiting, thuisloosheid, structurele werkloosheid of armoede. Een derde tot bijna de helft van de thuislozen in Vlaanderen heeft ooit in een voorziening uit de jeugdhulp verbleven.

Iedereen is het erover eens dat jongeren in de overgang naar meerderjarigheid beter begeleid moeten worden. Sommige kwetsbare jongeren vallen na een traject in de jeugdhulp op hun achttiende verjaardag in een zwart gat. Ze staan plots – al dan niet op eigen verzoek – op eigen benen. Het is een debat dat vorig jaar opnieuw oplaaide na de tragische dood van Jordy B., de 19-jarige jongen die na een verleden in een jeugdinstelling van ontbering stierf in een tent in de Gentse Blaarmeersen.

Met een bescheiden persbericht werd op 29 juni 2017 het langverwachte Actieplan Jongvolwassenen aangekondigd. Het actieplan moet dit gekend maar pijnlijk probleem in de jeugdhulp aanpakken. Het plan beschrijft onder andere het individueel groeiplan vanaf de leeftijd van 16 jaar, tot een rondetafel kort voor de achttiende verjaardag, gevolgd door een ondersteuningsplan dat de jongere moet helpen bij de overgang naar meerderjarigheid. Als we de voorzieningen en begeleiders in staat willen stellen om jongeren op de drempel naar volwassenheid op een goede manier te helpen, moet de Vlaamse Regering daarin investeren.

Minister, in hoeveel budget hebt u voorzien voor het Actieplan Jongvolwassenen? Kunt u een onderverdeling maken per actie? Een van de aanbevelingen is het structureel verankeren van nazorg. Door de hoge werkdruk in de sector hebben hulpverleners helaas weinig tijd en ruimte om een gedegen nazorgtraject met de jongere te doorlopen. Hoe gaat u dit concreet bewerkstelligen? Een van de aanbevelingen van het actieplan is de opmaak van een individueel groeiplan vanaf 16 jaar en een rondetafel zes maanden voor de achttiende verjaardag. Hoe denkt u over een individueel traject met een persoonlijke begeleider vanaf de leeftijd van ongeveer 11 of 12 jaar, om daar al een stevige basis te creëren voor later? Uit de cijfers uit het persbericht blijkt dat er vorig jaar meer jongeren

hebben aangeklopt voor een voortzetting van de gespecialiseerde en intensieve hulp. In 2016 ging het om 1570 jongeren. Het jaar voordien ging het om 1343 jongeren. Kunt u voor beide jaren de opsplitsing in cijfers geven per verlenging bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH), IPO en Jongerenwelzijn?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Soens, u hebt het over een bescheiden persbericht. Als mijn geheugen mij niet in de steek laat, is dat dossier gelekt uit het raadgevend comité voordat er eigenlijk een beslissing was genomen. Toen het officieel werd goedgekeurd, was de persaandacht al niet meer zo groot omdat het voor sommigen geen echt nieuws meer was. Dat is echter niet de essentie van de zaak.

We investeren in 2018 en 2019 in totaal 25 miljoen euro in de versterking van de jeugdhulp. Vier werven krijgen daarbij prioriteit: de versterking van het rechtstreeks toegankelijke aanbod, het installeren van een zorggarantie voor de jonge kinderen die uithuisgeplaatst moeten worden, jeugddelinquentie en, uiteraard, de uitvoering van het Actieplan Jongvolwassenen.

Van dit budget voor de jeugdhulp gaat 2 miljoen euro naar de jongvolwassenen. We beogen daarmee minimaal 80 kleine wooneenheden te creëren, een innovatieve woonvorm die zich tussen de leefgroep en studiowerking van residenties en begeleid zelfstandig wonen situeert. In dergelijke wooneenheden woont een groep van 4 tot 6 jongvolwassenen samen onder een niet-permanent en flexibel toezicht en begeleiding. We verkennen momenteel de mogelijkheid om deze investering te flankeren met een initiatief vanuit de geestelijke gezondheidszorg om de psychologische begeleiding en behandeling die aangeboden wordt aan jongvolwassenen met geestelijke gezondheidsproblematiek te versterken om waar nodig 'outreaching' te werken, ook naar jongvolwassenen in die kleine wooneenheden.

Sinds dit jaar hebben we de centra algemeen welzijnswerk (CAW) versterkt met ongeveer een half miljoen euro, specifiek om hun aanbod voor instellingsverlaters en jongvolwassenen te verstevigen. De inzet van deze middelen wordt momenteel geëvalueerd. Het lijkt ons een goede zaak om de inzet van de middelen vanaf 2018 nog explicieter in te zetten voor de realisatie van de doelen van het Actieplan Jongvolwassenen. We denken hierbij in het bijzonder aan de verankering van initiatieven die de overgang van de jeugdhulp naar de volwassenhulp moet optimaliseren.

Het is onze uitdrukkelijke bedoeling om de investeringen in deze drie sectoren afgestemd en gecoördineerd te laten verlopen, met een evidente betrokkenheid van de sector van personen met een handicap. Op die manier kunnen we samenwerkingen creëren die het aanbod en de expertise van Jongerenwelzijn, de geestelijke gezondheidszorg, het Algemeen Welzijnswerk en de gehandicaptensector bundelen voor de groep van de meest kwetsbare jongvolwassenen.

Voor de overige acties uit het actieplan voorzien we niet onmiddellijk dat ze een bijkomende investering vergen. Een van de pijlers van het plan is namelijk dat het voortbouwt op goede praktijken die vandaag in de sector aanwezig zijn. Een tweede belangrijk element is dat we waar mogelijk zullen zorgen voor de integratie in bestaande instrumenten. We denken bijvoorbeeld aan de groei- en ondersteuningsplannen die kunnen worden ingebed in de bestaande handelingsplannen en evolutieverslagen, waaraan bijzondere kwaliteitsverwachtingen worden gekoppeld.

Inzake nazorg zien we op het werkveld grote verschillen. Sommige organisaties beperken hun nazorg tot iets eerder passiefs: de jongere kan contact opnemen

wanneer hij er nood aan heeft. Andere organisaties nemen het initiatief om zelf actief contact te houden met de jongeren die uitgestroomd zijn. De nieuwe media zijn goede instrumenten om dit op een effectieve wijze te doen. Een aantal voorzieningen organiseren ook momenten waarop ex-bewoners opnieuw in de voorzieningen uitgenodigd worden voor ontmoetingsmomenten in een informeel kader.

We stellen dus vast dat er organisaties zijn die er vandaag in slagen om op kwaliteitsvolle wijze nazorg in hun werking te integreren. We zijn een traject met de koepels, gebruikersorganisaties en andere stakeholders gestart om tegen begin volgend jaar dergelijke goede praktijken in beeld te brengen. Samen met de koepelorganisaties en het eengemaakte steunpunt zullen we kijken hoe we deze praktijken kunnen ontsluiten en op grotere schaal in de jeugdhulp kunnen inzetten.

Voor elke minderjarige in de jeugdhulp, ongeacht zijn leeftijd, wordt planmatig gewerkt, met handelingsplannen en evolutieverslagen. We weten dat de relatie tussen de begeleider en de minderjarige een belangrijke werkzame factor in de hulpverlening is. We zijn van oordeel dat er vandaag nog te vaak breuken ontstaan doordat bijvoorbeeld een organisatie ervoor kiest om bij de overgang van een leefgroep naar een studio, of van een studio naar begeleid wonen, ook een andere begeleider in te zetten. Maar ook hier horen we van goede praktijken van organisaties die erin slagen om te voorzien in maximale continuïteit in de begeleiding en de begeleider. Ook op dat terrein willen we samen met alle betrokkenen die goede praktijken capteren en breder uitstrooien of laten implementeren.

Op dit moment is het niet mogelijk om de cijfers op te splitsen naar door Jongerenwelzijn erkende organisaties, door het VAPH erkende voorzieningen en de internaten met permanente openstelling (IPO's). Wel kunnen we stellen dat het aantal verlengingen voor internaten eerder beperkt zijn aangezien de toegang hiertoe pas sinds juni 2016 via de intersectorale toegangspoort verloopt. Wat dat betreft, zijn we pas sinds juni in de situatie dat zij ook via de poort gaan.

Jongerenwelzijn stelt alles in het werk om zoveel mogelijk cijfers bij te houden en te registreren. Indien mogelijk proberen we die detailcijfers volgend jaar zeker weer te geven in het jaarverslag.

De voorzitter: Mevrouw Soens heeft het woord.

Tine Soens (sp.a): Minister, ik dank u voor uw antwoord. U zegt dat u de opsplitsing van de cijfers nog niet kunt geven, maar dat het wel de bedoeling is dat het volgend jaar in het jaarverslag zal verschijnen. Heb ik dat goed begrepen?

Het recht op voortgezette jeugdhulp kan nu tot ongeveer de leeftijd van 25 jaar. Daarover zijn we natuurlijk wel tevreden. Maar dat geldt uiteraard pas op voorwaarde dat die jongeren dat zelf aanvragen en dat er plaats is in de voorzieningen. Aangezien het hier over 18-plussers gaat, wordt er van hen eigenlijk verwacht dat ze zelf initiatief zullen nemen om die hulp te vragen. Een volwassene kun je natuurlijk niet zomaar verplichten om zich te laten helpen, wat ik natuurlijk wel begrijp. Maar door hun instellingsverleden, hun complexe problematiek en de opgelopen trauma's, keert deze groep zich net vaak af van die hulpverlening. De vraag is of dit plan daar wel voldoende rekening mee houdt, om ook de jongeren die niet meteen geneigd zijn om dat initiatief te nemen, ook hén die hulp te geven wanneer ze dat nodig achten.

U zegt ook dat er in de nazorg hele grote verschillen zijn tussen de instellingen. Dat verbaast mij toch een beetje. Het zou toch niet mogen afhangen van in welke instelling een jongere verblijft in hoeverre de nazorg goed of niet goed geregeld is.

In het actieplan spreekt u ook over burgerinitiatieven. Kunt u daarbij wat meer toelichting geven? Welke plaats krijgen zij dan precies in dat uitstroomproces?

Ten slotte vind ik het positief dat u zelf de link maakt met de dak- en thuisloosheid van die jongeren en dat u die 2 miljoen euro specifiek uittrekt voor die 80 bijkomende woonheden. Want nog té vaak komen deze jongeren op straat terecht. Daardoor worden ze vaak ook gediscrimineerd en gestigmatiseerd. Denkt u dat die 2 miljoen euro zal volstaan om die problematische woonsituatie van die jongeren aan te pakken?

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, dat er een actieplan is, is altijd een goede zaak. Zo wordt er een probleem erkend en hopelijk ook aangepakt. Ik denk dat we het erover eens zijn dat er een probleem is met de continuïteit, met 18-jarigen, met jongvolwassenen die uit de jeugdhulp komen. We hebben het verhaal van Jordy gehad. Helaas was het geen uniek verhaal of een verhaal dat de sector heeft verbaasd. Iedereen was gechoqueerd, maar wist dat zulke dingen konden. De vraag is: is met dit nieuwe actieplan dit gat gedicht? Zijn met dit nieuwe actieplan de mazen in het net gedicht?

Het antwoord daarop kan, zoals ik het lees, enkel neen zijn. U haalt de tachtig innovatieve woonvormen aan: ze zijn welkom. U zult de krachten op het terrein bundelen: absoluut nodig. U zegt dat de maximumleeftijd misschien wordt opgetrokken. We hebben verleden jaar het debat gevoerd over de rondetafels. De netwerken rond jongeren worden versterkt. Dat zijn allemaal goede principes. Maar wat zal het verschil maken? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat die jongeren effectief op de radar blijven en opvolging krijgen? Wat hebben we nodig? Dat betekent dat er een zachte overgang is, dat een jongere die de voorziening verlaat, al dan niet uit vrije wil, terug kan komen. En dat vraagt meer dan een woordje in een decreet of in een nota. Dat vraagt dat er plaats is in de voorziening om terug te komen, dat er flexibiliteit mogelijk is. Dat is één zaak.

We moeten aanklampend werken. We moeten ervoor zorgen dat onze begeleiders onze jongeren blijven opvolgen. Dat mag niet van voorziening tot voorziening afhangen. Wat is de realiteit? In veel voorzieningen moeten ze kiezen: gaan we die jongeren langer opvolgen of ga ik iedere minuut die ik heb, besteden aan de jongeren die ik heb? Dat zijn harde keuzes. Waarom? Omdat er te weinig personeel is om waar te maken wat er moet zijn. Willen we aanklampend werken, dan moeten we onze mensen daarvoor tijd geven, dan moeten ze daarvoor ruimte krijgen. Willen we goede nazorg bieden, dan moeten onze voorzieningen tijd en ruimte krijgen om die nazorg aan te bieden. En als ze het doen, moeten ze er ook voor worden gewaardeerd, moet het worden geapprecieerd en moet het dus ook worden ondersteund vanuit de overheid.

Als u overleg wilt tussen alle diensten, zullen die dezelfde taal moeten spreken, dan moeten die elkaar erbij betrekken. Dit vraagt dus zoveel meer.

En als u dan zegt 'Behalve die tachtig extra woonvormen en de dingen die we al hebben gedaan, zijn er geen extra investeringen nodig', dan kan dit plan niet slagen. Dit plan kan niet slagen als u niet inziet dat er ongelooflijk veel extra investeringen nodig zijn, in de capaciteit en de personeelsomkadering in onze jeugdhulp. Als dat er niet is, lukt het niet. En dan begin ik nog niet over de trajectbegeleider. Maar als u zelf zegt hoe belangrijk het is dat er een begeleider is die doorgaat en die de continuïteit bewaakt, dan heb ik het heel moeilijk om niet over trajectbegeleiders te beginnen. We hebben die nodig. Dat hebben we ook besproken in het debat na het jammerlijke overlijden van Jordy.

Minister, ik hoop dat u die éne zin, dat er 'Behalve wat nu voorzien is, geen extra investeringen nodig zijn', terugneemt. U zegt dat het moeilijke tijden zijn en dat u zult doen wat moet. Maar er is meer nodig, als we dit plan willen laten slagen. En we kunnen het niet maken om dit plan níet te laten slagen.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Ik pik even in op wat mijn twee collega's hier hebben gezegd en uiteraard ook op het antwoord van u, minister.

We vinden het positief dat er extra wordt geïnvesteerd. We vinden het ook positief dat er wordt gekeken naar hoe je die overgang van jongvolwassenheid naar volwassenheid zo zacht mogelijk kunt maken. Er worden daarin echt wel stappen gezet.

Maar er is iets dat ik wil bestrijden – en die boodschap is misschien niet zo gemakkelijk. Collega Van den Brandt vraagt of de mazen in het net hiermee gedicht zijn. Zullen we hiermee op papier de garantie hebben dat er nooit meer zo'n drama gebeurt als vorig jaar, toen Jordy gestorven is? Ik vind dat eerlijk gezegd geen juiste voorstelling van zaken. Wat wij ook doen, hoeveel geld wij ook in jeugdhulp, in jongerenwelzijn steken, er zal nooit iemand zijn hand in het vuur kunnen steken om te zeggen dat zulke drama's absoluut kunnen worden vermeden. Risico nul bestaat niet. En ik denk dat we in dit parlement ook de eerlijkheid moeten hebben om dat toe te geven.

En natuurlijk is het zo dat, als er extra wordt geïnvesteerd en we proberen ervoor te zorgen dat OCMW en volwassenhulpverlening dezelfde taal spreken als jongerenhulpverlening, we die overgang zacht proberen te maken, dat we tijd en ruimte proberen te geven aan jongeren tot en met 25 jaar om te worden opgevolgd en aan instellingen om dat ook effectief te doen. Maar ik verzet me tegen het feit dat een risico nul zou bestaan en dat we die boodschap mogen uitdragen naar de buitenwereld. Dat is gewoon niet juist.

Als je vertrouwd bent met jeugdhulp, dan vertelt iedereen over het feit dat risico hetgene is wat elke dag op het menu staat in een jeugdvoorziening. Beslissen of iemand naar huis kan gaan, ja dan nee, of dat een veilige omgeving is, ja dan nee: dat zijn geen dingen waarbij je zomaar kunt garanderen dat je elk gat in het net gedicht hebt. Elke stap die ons daar naartoe leidt, is een goede stap. *(Opmerkingen van Elke Van den Brandt)*

Mevrouw Van den Brandt, ik heb het woord.

Er is een tweede punt waarop ik even wil inpikken. Mevrouw Soens heeft gezegd: 'Goed, die jongeren moeten nog altijd zelf initiatief nemen als ze jongvolwassen zijn.' Maar dat proberen we net tegen te gaan door te zeggen: er zijn rondetafels, die jongeren die nog niet volwassen zijn, worden in contact gebracht met hun volwassen hulpverleners. Ik had graag van u het antwoord gehoord. Want wij breken ons hier allemaal het hoofd over hoe wij ervoor kunnen zorgen dat jongvolwassenen die uit de jeugdhulp komen, die hulp vragen. Niemand heeft daarvoor de gouden oplossing, behalve ervoor te zorgen dat we aanklappend werken, ook in de jongvolwassenhulpverlening. Maar mevrouw Soens, als u daarover een betere suggestie hebt, wil ik daar heel graag over spreken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Uiteraard is er met de sector en de vertegenwoordigers van de jongeren die voor hen kunnen spreken – want ook die proberen wij te financieren, om dat vanuit het perspectief van de jongeren zelf ook in te brengen – een heel traject afgelegd na de dramatische gebeurtenissen

van vorig jaar. Als we zeggen dat we 25 miljoen euro zullen mobiliseren, dan is dat uiteraard ook omdat uit het jaarverslag Jeugdhulp blijkt dat we echt wel een tandje moeten bijsteken en moeten versterken.

Met te zeggen dat er geen extra geld nodig is, heb ik niet willen zeggen dat er in de jeugdhulp geen extra geld nodig zou zijn. Integendeel, ik ben er echt van overtuigd dat we daarin extra moeten investeren. Daarom ook is dat bedrag naar voren geschoven. Wat ik wél heb willen zeggen, ging over een aantal aspecten van dat plan, onder meer de systematiek om vanaf 16 jaar met jongeren aan de slag te gaan en na te denken over hun jongvolwassenheid en hun groei naar volwassenheid en de systematiek om, voor het ontslag uit de voorziening, te kijken of we alles op een rij hebben en of iedereen betrokken is, ook wat betreft de continuïteit, als die nodig is, in de volwassenhulpverlening. Wij hebben namelijk niet de inschatting dat we voor die systematiek om dat voor elke jongere te doen extra geld op tafel moeten leggen. Dat behoort in de normale werking van voorzieningen te zitten. We denken ook dat vele voorzieningen dat op een goede manier doen. De strategie is daar, vanuit de vaststelling dat dat op een aantal plaatsen beter kan, om te kijken hoe we die goede praktijken overal ingang kunnen doen vinden. Die aanpak, om te zeggen: 'Dit zijn de heel goede praktijken en we willen graag dat die overal standaard worden en we kunnen dat ook verwachten vanuit onze bevoegdheid rond kwaliteit en kwaliteitsbeleid', vind ik eerlijk gezegd de juiste aanpak.

Misschien zal het dit jaar anders zijn, maar ik krijg in deze commissie regelmatig het verwijt dat we te veel regelen, te veel administreren, dat we vertrouwen moeten geven en flexibiliteit moeten inbouwen. Welnu, hier, in deze problematiek zegt het actieplan, opgesteld met de mensen uit de sector zelf en met de jongeren: laat ons proberen te gaan voor twee momenten in de periode dat die leeftijd van 18 jaar nadert. Er is een moment dat je mee op pad moet gaan om te bekijken wat je zult doen, en er is een moment, zes maanden voordien, dat je moet kunnen zien of je alles op een rij hebt wat de mogelijke continuïteit betreft. Dat vind ik cruciaal en belangrijk. We mogen terecht verwachten dat in heel Vlaanderen onze voorzieningen met dit soort goede praktijken omgaan. We zullen er dan ook een traject voor laten lopen om hen daarop aan te spreken.

We zullen het hier in de commissie nog een aantal keren over hebben. Wat de heer Parys heeft gezegd, vind ik de juiste waarheid. Het zit altijd op het dubbel tussen enerzijds het emancipatorische, het juridische aspect dat je nu eenmaal meerderjarig bent en anderzijds de inschatting dat voor sommigen die magische grens van 18 jaar nu niet echt het cruciale element is om de kansen op een gelukkig leven en zelfredzaamheid te bevorderen.

Dat is een moeilijkheid. Ik hoop dat de filosofie van 'wij moeten aanklappend kunnen zijn' en dat, als je naar volwassenhulpverlening gaat, er per casus voldoende over moet worden afgesproken, in dat plan breed wordt geformuleerd. We zullen ook tonen dat het in de praktijk ook effectief kan en dat er niet veel excuses zijn om te zeggen dat het niet mogelijk is.

Er werd verwezen naar de burgerinitiatieven. Er zijn in Vlaanderen een aantal organisaties die met veel vrijwilligers werken en die gespecialiseerd zijn in het verzamelen van goede krachten die kwetsbare mensen kunnen omarmen en met hen een stukje traject kunnen afleggen en een sociaal netwerk kunnen vormen. Er is de vzw LUS, er zijn de Eigen Kracht-conferenties. Er zijn een aantal methodieken die daarvoor bestaan en die wij belangrijk vinden. Wij denken dat dit een meerwaarde kan zijn. Vaak is de vraag van aanklappendheid als iemand meerderjarig wordt, ook te stellen vanuit de vaststelling dat er geen sociaal netwerk is, dat er geen plaats is waar de jongere terug naartoe kan en waar hij nestwarmte of geborgenheid kan vinden. Dan hebben wij de overtuiging dat we

met die methodieken in staat kunnen zijn om rond die jongeren toch voldoende betrokkenheid vanuit de samenleving te organiseren om minstens gedurende die cruciale jaren een netwerk te vormen waarop de jongere kan terugvallen. We zijn nogal overtuigd van de meerwaarde van dat soort initiatieven en we financieren ze ook. We gaan ook na hoe we dit in de toekomst kunnen systematiseren en niet telkens een projectfinanciering moeten doen.

We hebben twee jaarverslagen Jeugdhulp achter de rug. We slagen er telkens in om toch accurater te zijn en meer consistentie in de rapportering te brengen. Het zal nog jaren duren eer we al die registraties uit al die sectoren vanuit de filosofie van de integrale jeugdhulp in dat systeem op een gestabiliseerde manier hebben overgebracht. U zult merken dat het elk jaar effectief beter zal lukken.

Ik wil nog iets zeggen over de gemeenschappelijke taal. Ik weet niet of we er vandaag een lang debat aan moeten wijden, maar als er één gedachte is in de integrale jeugdhulp, is het dat we moeten proberen ervoor te zorgen dat verslagen die worden gemaakt zo eenduidig mogelijk zijn, met respect voor het beroepsgeheim en voor de rechten van de betrokkenen. Het moet zoveel mogelijk in het systeem herbruikbaar zijn als nodig is. De consequentie is dat men voor een stuk in die standaarden en systemen moet spreken. We hebben in die jaren wel gemerkt dat het jargon en de benaderingen vanuit de verschillende sectoren soms wel eens verschilt. Het vraagt een hele inspanning om geïntegreerd te werken, maar ik ben het er wel mee eens dat als je echt integrale jeugdhulp wilt worden, dit een van de kritische succesfactoren is waar met integrale jeugdhulp voortdurend op moet worden ingezet.

De voorzitter: Mevrouw Soens heeft het woord.

Tine Soens (sp-a): Minister, we hebben het al vaak gezegd, maar ik voel dat de noodzaak aan een trajectbegeleider toch wel blijft terugkomen. Jongeren hebben, zoals u zelf zegt, nu eenmaal iemand nodig op wie ze kunnen terugvallen.

Meneer Parys, risico nul gaan we misschien nooit bereiken, maar het moet toch onze ambitie zijn om een drama als dat van Jordy vorig jaar te vermijden. Dat het nooit meer zal voorkomen, durf ik inderdaad niet te stellen, maar we moeten er toch alles aan doen om ervoor te zorgen dat er geen enkele jongere meer door de mazen van het net glipt.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over gevolgen van de terugbetaling van psychologische zorg voor de eerstelijnspsychologische functie en het geestelijk gezondheidsbeleid
– 2726 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg
– 2739 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de integratie van de terugbetaling van klinische psychologie in het aanbod geestelijke gezondheidszorg
– 2740 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het psychisch welzijn bij jongeren
– 2913 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, de rode draad doorheen ons Vlaamse geestelijk gezondheidsbeleid is vroegdetectie en vroeginterventie. U zet er meer dan ooit op in. Net omdat we dit zo belangrijk vinden, hebben we in Vlaanderen zelf een nieuwe functie gecreëerd: de eerstelijnspsychologische functie. De uitbouw van die functie hangt heel nauw samen met de terugbetaling van psychologische zorg door een klinisch psycholoog.

Ik denk dat ik ook mag stellen dat gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg gebaat is bij een terugbetaling van psychologische zorg, ook omdat we hopen dat het mogelijk de druk op de centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg) wat zal doen afnemen. U weet dat de cgg's met lange wachttijden en hoge druk kampen. Cliënten worden daardoor vaker doorverwezen naar zelfstandige psychologen, waar ze de consultatie zelf dienen te betalen terwijl men in een cgg maximaal 11 euro per consultatie moet betalen. Bepaalde doelgroepen betalen 4 euro; andere helemaal niets. Bovendien stijgt het aantal financieel kwetsbare patiënten – en dat pleit voor de cgg's – dat bij een cgg aanklopt jaarlijks. Van de 58.000 patiënten die in 2016 werden behandeld, waren er meer dan 11.000 die een verminderde bijdrage betaalden of zelfs gratis op consultatie kwamen omdat ze tot een bepaalde doelgroep behoorden. De doelgroep die nul euro betaalt, bestaat uit onder andere asielzoekers, mensen met een omnio-statuu, mensen in budgetbegeleiding. Die groep is in drie jaar tijd met 26 procent gestegen. De cgg's komen tegemoet aan de vraag die aan hen wordt gesteld om in te zetten op mensen die in een financieel kwetsbare situatie zitten.

Het is cruciaal om te vermijden dat een geestelijke gezondheidszorg met twee snelheden ontstaat: enerzijds zij die hulpverlening bij een zelfstandige psycholoog zoeken, die dit kunnen betalen en de markt opzoeken, en zij die een beroep doen op een cgg en hierbij geconfronteerd worden met lange wachttijden.

Naar aanleiding van de begrotingsbesprekingen in juli besliste de Federale Regering om 22,5 miljoen euro uit te trekken voor de terugbetaling van de klinisch psycholoog. De maatregel zou eind 2018 ingaan. Ik weet enkel dat er 22,5 miljoen euro is begroot, dat een doorverwijzing door een huisarts een

voorwaarde is en dat de opname in het globaal medisch dossier een noodzakelijke voorwaarde is. Voorts is hierover mij niets meer bekend.

Minister, welke modaliteiten acht u vanuit het oogpunt van het Vlaamse geestelijke gezondheidszorg – en we merken steeds vaker dat we soms toch andere accenten leggen dan de federale collega's – noodzakelijk om op te nemen als voorwaarde voor de terugbetaling van een consultatie bij een klinisch psycholoog?

Op welke manier kan volgens u de zorgkwaliteit worden gewaarborgd? Welke rol ziet u hierin voor de cgg's?

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de modaliteiten voor de terugbetaling zo goed mogelijk afgestemd zijn op de Vlaamse eerstelijnspsychologische functie en de uitbouw van de ambulante en mobiele geestelijke gezondheidszorg?

Zult u dit thema agenderen en aankaarten op het volgend interministerieel overleg?

Welke andere mogelijkheden ziet u om tot een optimale afstemming te komen?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Collega Jans heeft al een uitgebreide inleiding gegeven. Wat me daarin opviel, is de opmerkelijke evolutie binnen de patiëntenpopulatie van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. De groep die niet moet betalen, is in drie jaar tijd met meer dan een kwart gestegen binnen die populatie die op zich niet betekenisvol groter is geworden, slechts 2 procent.

Ik vind dat toch een betekenisvolle verschuiving. Ik begrijp dat het ook een van de vragen was aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg om meer aandacht te besteden aan financieel meer kwetsbare patiënten. Natuurlijk is de vraag dan 'Wat met die anderen?'. Er is een verschuiving, maar de zorgnood bij de niet als financieel kwetsbaar gecategoriseerde patiënten is niet per se afgenomen.

De verschuiving heeft met een aantal factoren te maken. Het heeft te maken met de evolutie van de subsidies die Vlaanderen geeft aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg, maar ook met het feit dat er steeds vaker vanuit die centra wordt doorverwezen naar zelfstandige klinische psychologen die, als alles goed gaat, eind 2018 voor terugbetaling in aanmerking komen. Het is inderdaad nog altijd koffiedik kijken hoe die terugbetaling er zal uitzien en hoe betekenisvol die zal zijn, want ik stel me wel vragen bij het geplande budget, maar dat is natuurlijk een federale aangelegenheid. Ik vraag me af op welke manier u de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor alle Vlamingen die dat nodig hebben, wil garanderen en wil verbeteren, overwegende het feit dat zij die niet als financieel kwetsbaar worden aanzien, blijkbaar minder aan bod komen binnen de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Ik wil de toegankelijkheid van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen niet enkel reduceren tot een probleem van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Ik denk dat we het totale zorglandschap geestelijke gezondheidszorg in ogenschouw moeten nemen.

Hoe monitort u het traject van patiënten die zich aanmelden bij een centrum voor geestelijke gezondheidszorg maar vervolgens worden doorverwezen naar een zelfstandige psycholoog? Het is niet vanzelfsprekend om dan te weten hoe het die mensen uiteindelijk vergaat. Het is belangrijk, zeker als we weten dat die terugbetaling er aan komt, maar ook vandaag is het belangrijk, want ze hebben die goede zorg nodig.

Minister, welke mogelijke verschillen ziet u op vlak van outcome en maatschappelijke kost tussen enerzijds het traject binnen een centrum voor geestelijke gezondheidszorg en anderzijds een traject bij een zelfstandige psycholoog?

Federaal minister Maggie De Block heeft aangekondigd dat de terugbetaling van een bezoek aan de klinisch psycholoog eind 2018 realiteit zal zijn en ze hiervoor een budget van 22,5 miljoen euro vrijmaakt.

Minister, hoe ziet u de integratie van het nieuwe aanbod in het aanbod geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen? Hoe zult u toezien op de kwaliteit van dit nieuwe aanbod?

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Voorzitter, minister, collega's, ongeveer 50 procent van de psychische stoornissen bij volwassenen vangt aan op jonge leeftijd. Vroeg mensen begeleiden en kinderen en jongvolwassenen de juiste hulp geven, kan een heel groot verschil maken in de verdere levensloop van die mensen.

Minister, ik weet dat u met de middelen die u kunt of wilt vrijmaken vooral tracht te kijken naar de categorie kinderen en jongeren. Ik denk ook dat dit nodig is, zeker als we kijken naar een recente bevraging van de Vlaamse Jeugdraad. Daaruit blijkt dat, ondanks redelijk wat inspanningen met campagnes, het een groot taboe blijft en dat de drempel ook op andere manieren voor jongeren hoog blijft. Die drempel kan, zoals de heer Anseeuw terecht zegt, een financiële drempel zijn of een andersoortige drempel zijn, zoals angst of schaamte. We kunnen er niet omheen dat de ontoegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor die groep voor een belangrijk stuk te maken heeft met wachten op hulp en steeds langer wachten, en het niet altijd hebben van de middelen voor hulp. U weet dat er redelijk wat jonge mensen op zoek zijn naar hulp, soms zonder steun en/of medeweten van ouders. Het is niet zo eenvoudig om daar dan financieel iets mee te doen.

Mijn vragen gaan helemaal in dezelfde richting. Hoe kunt u de toegankelijkheid verbeteren vanuit uw positie? Hoe kunt er u samen met federaal minister De Block voor zorgen dat alles mooi in elkaar klikt? Spoort de manier waarop zij heel concreet de middelen zou willen inzetten met hoe u dat ziet? We weten dat die niet kunnen worden verspreid over iedereen die psychologische hulp zoekt omdat het anders een druppel op een hete plaat zou zijn. Wat kunt u zelf doen, al dan niet in samenwerking met haar, om de toegankelijkheid op korte termijn op te krikken? Wat verwacht u nog van haar, los van uw eigen inspanningen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het Vlaams actieplan dat de Vlaamse Regering een tijdje geleden heeft goedgekeurd, vertrekt vanuit de doelstellingen die door de World Health Organization (WHO) in 'The European mental health action plan 2013' naar voren worden geschoven. Een van de vier basisdoelstellingen die centraal staan, is dat diensten voor geestelijke gezondheidszorg toegankelijk moeten zijn, bekwaam en betaalbaar, en beschikbaar in de gemeenschap volgens de noden.

De financiële toegankelijkheid is een belangrijk element van toegankelijkheid. De cgg's hanteren inderdaad democratische tarieven en hebben de mogelijkheid om gratis behandeling te bieden aan sommige categorieën van cliënten die zich geen eigen bijdrage kunnen veroorloven. De cgg hebben decretaal ook bijzondere aandacht voor kansengroepen. Het verschil tussen het tarief bij een cgg of het remgeld voor een consultatie bij een zelfstandig werkende psychiater en de kostprijs van een consultatie bij een zelfstandig werkende psycholoog is

inderdaad belangrijk. De terugbetaling of gedeeltelijke terugbetaling van psychologen zou een grote stap voorwaarts betekenen in het harmoniseren van de huidige tarieven in de geestelijke gezondheidszorg.

Uit de zeven pilootprojecten eerstelijnspsychologische functie voor volwassenen die nog lopen tot eind februari 2019, en uit het wetenschappelijk onderzoek dat over deze projecten werd gevoerd, kunnen belangrijke lessen getrokken worden over de voorwaarden. Om van een volwaardige eerstelijnspsychologische functie te kunnen spreken, moeten voorwaarden gesteld worden aan zowel het profiel, de omkadering als de vestiging van de psycholoog. Als profiel opteren we voor een master in de psychologie met minstens 5 jaar beroepservaring. Een eerstelijnspsychologische functie moet zo dicht mogelijk bij de persoon met een zorgnood en bij de andere zorgaanbieders ingebed worden. De vestigingsplaats zal bepalend zijn voor het publiek dat bereikt wordt. Bereikbaarheid en vindplaatsgericht werken zijn belangrijke elementen van toegankelijkheid, naast het element van betaalbaarheid. Dit noodzaakt enerzijds een goede analyse van de zorgnoden in een regio en anderzijds een verscheidenheid aan vestigingsplaatsen, afgestemd op de gedetecteerde noden.

Een eerstelijnspsychologische functie moet een nauwe samenwerking met de andere zorgaanbieders uitbouwen, zowel binnen de eerste lijn als met de gespecialiseerde zorg. Om die reden zien wij een inbedding in de eerstelijnszone als een garantie dat de functie goed en kwaliteitsvol wordt uitgebouwd. Een geïntegreerde zorgorganisatie in de eerstelijnszone waarbij de functie sterk verbonden werkt met de andere zorgaanbieders, zou de toegankelijkheid zo maximaal mogelijk moeten maken. Wij zien de inbedding van de eerstelijnspsychologische functie in de eerstelijnszones die zich momenteel aan het vormen zijn. Binnen deze eerstelijnszone ligt de opdracht om na te denken over het zorgaanbod en de zorgorganisatie in functie van de zorgnoden en -behoeften die bestaan bij de populatie in de eerstelijnszone. Aan de hand van deze analyse moeten de verantwoordelijken in de eerstelijnszone in staat zijn te bepalen welke capaciteit aan een eerstelijnspsychologische functie moet worden ingezet om de zorgnoden te beantwoorden.

Ook zal de analyse moeten uitmaken op welke fysieke plaatsen de functie het best ingebed wordt om de toegankelijkheid zo optimaal mogelijk te maken. De functie moet nauw verbonden worden met het andere zorgaanbod in de eerstelijnszone, zodat de persoon met een zorgnood op een geïntegreerde wijze kan worden opgevangen. Zo zien we de toekomst en de ontwikkeling van deze functie, ingebed in de eerstelijnszone. Dat zal nog een heel traject zijn, ook budgettair. Qua positionering vinden we dit de beste richting om uit te gaan.

Dan zijn er ook de regionale zorgzones. Hier wordt de verbinding gemaakt van de eerste lijn met het meer gespecialiseerde zorgaanbod. Via een methodiek van zorgstrategische planning ontstaat op die manier een geïntegreerd aanbod geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Op het vlak van positionering is het voor ons vrij duidelijk waarop we moeten inzetten.

Dan was er een vraag naar monitoring. Aangezien de trajecten bij een zelfstandig psycholoog op dit moment nog niet worden gemonitord, is het niet mogelijk om de verschillen te duiden met een traject bij een cgg op het vlak van outcome en maatschappelijke kost. We zijn er natuurlijk voorstander van om in eerste instantie de geestelijke gezondheidszorg op de eerste lijn te versterken en dus het beschikbare budget voor terugbetaling van psychologische zorg hier te investeren. Een uitrol daarvan over Vlaanderen zou de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg sterk verbeteren. Dit zal allicht effecten hebben op de werking van de cgg. Men kan verwachten dat een cgg zich in die realiteit nog meer kan toespitsen op zijn tweedelijnspositie, dat de aanmeldingen nog meer gericht zijn en de wachttijden beter beheersbaar.

Door een brede uitrol van een eerstelijnspsychologische functie worden mensen met milde psychische problemen veel sneller, in een vroeger stadium, geholpen zodat enkele consultaties volstaan om de patiënt vooruit te helpen en de veerkracht opnieuw op te bouwen. Dat betekent kortdurende trajecten met een potentieel grote maatschappelijke meerwaarde. Op die manier kunnen we chronische problemen maar ook crisissituaties helpen voorkomen, alsook eventuele ingrijpende residentiële trajecten.

Vanzelfsprekend kunnen niet alle psychische problemen voorkomen worden. De lopende projecten rond de eerstelijnspsychologische functie tonen aan dat tot 60 procent doorverwezen moet worden naar de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Zodra de eerstelijnspsychologische functie structureel is uitgebouwd, kan een grondige wetenschappelijke studie de effecten op het vlak van publieke gezondheid, maatschappelijke kost versus maatschappelijke winst enzovoort uitgevoerd worden. Zo'n studie kan je op dit moment, op basis van de pilootprojecten met een eerstelijnspsychologische functie, nog niet uitvoeren omdat er te veel onstabiele factoren zijn aan aanbodzijde om een gecontroleerde, vergelijkende studie mogelijk te maken.

Outcome bestuderen is een onderdeel van kwaliteitsbeleid. De kwaliteit moet op verschillende niveaus gegarandeerd en gemonitord worden. Over de kwaliteit van de uitoefening van het beroep van psycholoog kan de Vlaamse overheid geen uitspraken doen. Dit ligt niet in onze bevoegdheden. We kunnen wel uitspraken doen over de zorgorganisatie en de samenwerking tussen de zorgaanbieders.

De bevoegdheidsverdeling met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg noodzaakt uiteraard een nauw overleg met de federale overheid om een kwaliteitsvolle inbedding van de eerstelijnspsychologische functie in het welzijns- en gezondheidslandschap te bekomen en afspraken te maken over de evaluatie van deze kwaliteit. Samenwerking tussen de Vlaamse en de federale overheid is cruciaal om de modaliteiten voor de terugbetaling van psychologische zorg zo goed mogelijk af te stemmen op de Vlaamse eerstelijnspsychologische functie en de uitbouw van de ambulante en mobiele geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. U hebt zeker het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) gelezen over de terugbetaling van psychologische consultatie. Daarin pleitte het KCE zeer sterk om dit te doen aansluiten op de cgg-werking of om het te laten superviseren door de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Een agendering op de eerstvolgende Interministeriële Conferentie Volksgezondheid is logisch om het overleg met de federale overheid hierover concreet op te starten.

Op korte termijn wordt een Vlaams Instituut voor de Kwaliteit van Zorg (VIKZ) opgericht. Hierin zullen verschillende bureaus ondergebracht worden. Zo is er een bureau met betrekking tot eerste lijn en is er een vertegenwoordiging van de stakeholders inzake geestelijke gezondheidszorg. Ze zullen bij de start aanwezig zijn. Binnen het VIKZ werken de sectoren en beroepsgroepen aan de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren. Dit wordt al een tijd voorbereid voor de geestelijke gezondheidszorg.

Op dit moment is het niet mogelijk om het traject te monitoren van patiënten die zich aanmelden bij een cgg en worden doorverwezen naar een zelfstandig psycholoog. De cgg's registreren enkel of een zorgperiode in wederzijdse overeenstemming werd afgesloten of vroegtijdig werd afgebroken. Of er wordt doorverwezen en naar wie, wordt niet geregistreerd. Aangezien de activiteiten door zelfstandige psychologen nog niet terugbetaald en geregistreerd worden, zijn er daarover momenteel ook bij hen geen registratiegegevens beschikbaar. Binnen het VIKZ, meer bepaald binnen de groep van stakeholders uit de geestelijke gezondheidszorg, staat hierrond wel een indicator in de startblokken. Binnen het

domein continuïteit en coördinatie van zorg is men momenteel de indicator 'Tijdige ambulante opvolging na ontslag uit PZ of PAAZ' aan het uitwerken. Die zal beschikbare databronnen aan elkaar linken zodat het mogelijk wordt om op te volgen of een patiënt na ontslag uit een ziekenhuis een ambulante opvolging heeft gekregen, in eerste instantie beperkt tot consultaties bij een psychiater, zelfstandig werkend of in opdracht van een cgg.

Je hebt dus de zone waar we onze eerstelijnspsychologische functie zien versterken en ontwikkelen. Het zal een behoorlijk groeipad zijn om dat gebiedsdekkend te doen. Je hebt de positionering van de terugbetaling van de psycholoog waarover overlegd moet worden. Je hebt de vraag naar de indicatoren, waar je kunt zeggen dat er een instituut is dat zich ook over de geestelijke gezondheidszorg zal uitspreken. De stakeholders zijn al een tijd bezig. Ik geef ook aan welke de eerste indicator zal zijn die wellicht uit de startblokken komt.

Het feit dat er met betrekking tot geestelijke gezondheid nog steeds een taboe hangt, is in ons plan een echt issue. Daarom ondersteunen en financieren we vanuit de Vlaamse overheid tal van initiatieven die inzetten op het doorbreken van dit taboe. Het is belangrijk om mediacampagnes op te zetten over geestelijke gezondheid. Niet alleen helpen deze campagnes om taboes en vooroordelen te doorbreken. Ze zetten mensen, hun omgeving en zorgverleners aan om sneller problemen te bespreken met elkaar en gepaste hulp te zoeken en te bieden.

Zo financiert de Vlaamse overheid de Associatie Beeldvorming Geestelijke Gezondheid, die verschillende acties onderneemt om geestelijke gezondheidsproblemen bespreekbaar te maken. We zetten zelf ook campagnes op in samenwerking met betrokken actoren, zoals bijvoorbeeld de campagne Postnatale Depressie, die vorig jaar liep en de campagne met betrekking tot zelfzorg, die gepland staat dit najaar. Deze laatste campagne Zelfzorg, waar blijkbaar wat vragen rond zijn, is reeds aangekondigd in het Actieplan Geestelijke Gezondheid. Het richt zich specifiek naar jongvolwassenen en wordt gerealiseerd samen met de Vlaamse Jeugdraad en onze partnerorganisaties met expertise met betrekking tot deze leeftijdsgroep. De transitieleeftijd, van 16 tot 23 jaar, is een zeer kwetsbare periode. Ervaring wijst uit dat jongvolwassenen een moeilijk te bereiken doelgroep zijn. Ze vallen vaak tussen wal en schip. Het beschikbare aanbod is soms te weinig geadapteerd aan hun specifieke ontwikkelingsnoden en/of onvoldoende aanvaardbaar voor hen. Onze methodieken, zowel preventief als curatief, sluiten vaak beter aan bij kinderen en jongeren tot 16 jaar of volwassenen vanaf 23 jaar.

De toegankelijkheid en aanvaardbaarheid van het geestelijke gezondheidszorgaanbod heeft speciale aandacht nodig om de behandelingskloof van jongeren met een psychische beperking te kunnen verkleinen. Aanvaardbaarheid van zorg impliceert het centraal stellen van menselijke waardigheid, respect, integriteit en diversiteit. Via deze campagne willen we op een aansprekende, toegankelijke, laagdrempelige wijze zelfzorg bij deze doelgroep promoten. Zelfzorg is de onderste ggz-pijler, aldus de WHO-piramide voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg en is daarmee de belangrijkste pijler in een publiek gezondheidszorgsysteem volgens het principe van subsidiariteit.

Een goede 'mental health literacy' speelt een belangrijke rol in het verbeteren van de psychische gezondheid en preventie van psychische aandoeningen. Dit omvat een goede kennis over geestelijke gezondheid, een correcte attitude ten aanzien van geestelijke gezondheidsproblemen en het ontwikkelen van vaardigheden voor zelfzorg en om de efficiëntie van hulp zoeken te verbeteren. Deze campagne zal nauw aansluiten bij bestaande zoals Fit in je hoofd!, NokNok enzovoort.

We proberen op Vlaams niveau de kwaliteitsvolle zorg mogelijk te maken voor eenieder met geestelijke gezondheidsproblemen. Bijzondere aandacht hebben we

voor kinderen, jongeren en jongvolwassenen met geestelijke gezondheidsproblemen. Inderdaad, zoals in de vragen wordt aangegeven: 50 procent van de psychische stoornissen bij volwassenen vangt aan vóór de leeftijd van 14 jaar, en tot 75 procent vóór het 25ste levensjaar. Het is dus van groot belang om psychische problemen bij onze jeugd adequaat en tijdig te detecteren en gericht te interveniëren.

Op 30 maart 2015 werd de 'Gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid goedgekeurd. Hierin werd de basis gelegd van een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid, dat uitgaat van de noden van kinderen en jongeren met psychiatrische problemen en hun context. Om optimaal in te spelen op die noden werd geopteerd voor een globale geïntegreerde aanpak van alle zorgcomponenten. Het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren wordt stapsgewijs geïmplementeerd. Allereerst zijn er netwerken gecreëerd en is er geïnvesteerd in hun coördinatie. Nadien zijn er reeds vier zorginhoudelijke initiatieven genomen, met name ontwikkeling van het programma crisiszorg, de realisatie van het programma langdurige zorg, de implementatie van het programma intersectorale consult en liaison en het versterken van het geestelijk gezondheidszorgaanbod voor kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose.

Vanuit Vlaanderen zetten we daarnaast verder in op het promoten van preventieve initiatieven, ook naar kinderen en jongeren. Ik heb al verwezen naar de NokNok-campagne van VIGeZ dat nu het Vlaams Instituut Gezond Leven heet, de acties vanuit de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), Eetexpert enzovoort. Momenteel hebben we ook een programma inzake vroegdetectie en -interventie gelanceerd. Het jaarlijkse budget voor dit programma bedraagt 2.310.344 euro: 1.310.344 euro uit integratie van lopende projecten en een bijkomende financiering van 1 miljoen euro. Dit programma zal vanaf 1 januari 2018 opstarten in elk netwerk geestelijke gezondheid kinderen en jongeren, na goedkeuring van de ingediende voorstellen. Dit kunt u nalezen op website van het agentschap.

Daarnaast is er in samenwerking met Exentra een specifiek project opgezet met betrekking tot hoogbegaafde kinderen en jongeren met psychische problemen. We hebben ook voor TEJO (therapeuten voor jongeren) in 2017 en 2018 in een bijkomende financiering voorzien voor de competentieontwikkeling en kwaliteitsbewaking van de TEJO-vrijwilligers, evenals voor een praktijkgerichte evaluatie over hun toekomstige rol en positie binnen het hulpverleningslandschap, weliswaar met behoud van hun autonomie. TEJO biedt laagdrempelige, psychotherapeutische hulpverlening door professionele therapeuten op vrijwillige basis aan aan kinderen en jongeren tussen 10 en 20 jaar. Kortdurend, onmiddellijk, anoniem en gratis.

De toegankelijkheid van het zorgaanbod voor jongeren zal ook verbeteren door de initiatieven die gepland staan in de bredere jeugdhulp. In totaal investeren we in 2018 en 2019 25 miljoen euro extra in de jeugdhulp. 15 miljoen euro daarvan wordt ingezet om meer capaciteit en meer samenwerking te bekomen in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. We investeren in een versterkte jeugdhulp snel en dichtbij onze gezinnen, kinderen en jongeren. U kent ons uitgangspunt: 1 gezin staat gelijk aan 1 plan. Iedereen die betrokken is bij een gezin staat ook mee in voor de continuïteit van de jeugdhulp. Ook in deze oproep worden duidelijk linken naar de geestelijke gezondheidszorg gelegd. Er staat dus wel degelijk in aangegeven wat we verwachten van diegenen die voorstellen doen aan inzet van middelen voor kinderen en jongeren.

Daarnaast zetten we ook in op de uitvoering van het Actieplan Jongvolwassenen. U kent de mogelijkheden op het vlak van voortgezette hulpverlening. We

proberen ook in te zetten op een betere afstemming tussen de jeugdhulp en de volwassenenhulp bij de innovatieve woonvormen. Ik heb er daarnet al naar verwezen. Er is ook een proeftuin in de woonzorg in de ggz die zich specifiek richt naar jongvolwassenen, namelijk het project 'Veerkrachtwonen'. We onderzoeken momenteel op basis van een positieve evaluatie van dit project of dit project verder naar Vlaanderen kan worden uitgerold.

Niet iedereen vindt vlot de weg naar de beschikbare hulp. Het duurt vaak jaren vooraleer mensen met geestelijke gezondheidsproblemen de hulp ontvangen die nodig is. Zoals reeds aangehaald, zou de uitrol van de eerstelijnspsychologische functie daarin een groot verschil kunnen betekenen. Daarnaast investeer ik ook in onlinehulp om mensen op een laagdrempelige manier te bereiken, zoals de website depressiehulp.be of de app 'On track again' voor mensen die een suïcidepoging ondernomen hebben. We geloven in dergelijke onlinehulpverlening als een belangrijke aanvulling op de traditionele hulpverlening. Onlinetools kunnen ook een belangrijke ondersteuning betekenen om aan zelfzorg te doen. Zeker een jong publiek is erg vertrouwd met deze onlinekanalen. Daarom zijn hulplijnen ook bereikbaar via chat of mail, zoals bijvoorbeeld de mogelijkheid om te chatten met een JAC-hulpverlener, met een Awel-medewerker, met Tele-Onthaal enzovoort.

Afsluitend kan ik nog meegeven dat we op korte termijn een doorbraak trachten te realiseren met de federale overheid over de realisatie van een beduidend aantal extra kinderspsychiatrische daghospitalisatieplaatsen in Vlaanderen. Van onze kant zijn we bereid om bijvoorbeeld noodzakelijkheden op het vlak van infrastructuur te prioriteren in het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA).

Ik hoop – maar u bent beslagen in de materie – dat u uit het antwoord begrijpt dat de geestelijke gezondheidszorg een complex verhaal is, zowel inhoudelijk, organisatorisch als inzake bevoegdheid.

De rode draad is evenwel dat we ondanks deze complexiteit vertrekken vanuit een globale visie op geestelijke gezondheid, conform het Actieplan Geestelijke Gezondheid. Daarin bepalen we acties en prioriteiten op het gekende continuüm preventie/hulpverlening. Deze acties worden op dit ogenblik systematisch uitgevoerd. We doen dit uiteraard niet op ons eentje, maar op basis van goede praktijken in binnen- en buitenland, wetenschappelijke inzichten en internationale tendensen, zoals die ook in de aanbevelingen van de WHO doorklinken.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, u hebt veel verteld. Ik deel alleszins uw visie op het profiel en de werking van de eerstelijnspsychologische functie. Door die goed af te lijnen samen met de federale terugbetaling kan dit de werking van de cgg opnieuw wat beter aflijnen. Dat lijkt me een sterk signaal.

U hebt ook gezegd dat de bevoegdheidsverdeling ggz absoluut niet evident is. Ik vind het daarom ook goed om te horen dat u sterk zult inzetten op en zult investeren in een heel nauwe samenwerking en afstemming met het federale niveau. U hebt ook verwezen naar het KCE-rapport. Dat vind ik zeer positief, want in dat rapport krijgen de cgg's een belangrijke functie toebedeeld als het gaat over het meten van zorgkwaliteit bij de zelfstandige psychologen. Het is mijn persoonlijke overtuiging dat daar een heel grote taak weggelegd ligt om ervoor te zorgen dat de hulp die wordt terugbetaald en de modaliteiten die we daarvoor bepalen, multidisciplinair en sterk is. We kunnen veel zeggen van de cgg's, maar zeker ook dat de hulp die ze aanbieden multidisciplinair is omdat de teams daar zo samengesteld zijn.

U hebt gesproken over extra budgetten. Ik zal dat nog in alle rust nalezen.

U hebt ten slotte verwezen naar de grote groep mensen die te laat hulp vinden. Dat is een bekommernis van ons allen. U verwijst naar het inzetten op onlinehulp die heel laagdrempelig is. Het is mijn overtuiging dat dit nodig is en blijft.

U verwees verder ook nog naar de doorbraak op het vlak van extra kinderpsychiatrische bedden. Dat vind ik uitermate positief. U weet, sinds de debatten in juni of juli naar aanleiding van het voornemen van minister De Block, dat we dit heel erg ondersteunen.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, ik dank u voor uw omstandig antwoord. Ik heb onder andere een zeer goede insteek gehoord. U zei namelijk dat alles staat of valt bij onder andere het integreren van de terugbetaling klinisch psychologen, met nauw overleg met de federale overheid. U zei toen ook om alles af te stemmen op de eerstelijns-ggz in Vlaanderen. Ik vind dat een goede leidraad. Mevrouw Jans verwees al naar de gebeurtenissen van voor de zomer. Dat is allemaal een beetje in de soep gedraaid – maar dat is niet uw verantwoordelijkheid maar die van minister De Block – bij het terugschroeven van de financiering van de k-bedden. U eindigde echter met zeer goed nieuws waarbij u met veel vertrouwen zei dat er binnen de kortste keren een doorbraak zal zijn inzake extra middelen voor die k-bedden.

U hebt ook verwezen naar heel veel onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg, waaronder de onlinehulpverlening. Ik wil daar een kanttekening bij maken. Ik vind het belangrijk dat zaken worden gemonitord en bijgehouden, zoals de outcome en dergelijke. Op het vlak van onlinehulpverlening heb ik daar een schriftelijke vraag over gesteld. Toen bleek dat de tendens een beetje dalende was bij een aantal websites. Bij de opstart van die websites, in de eerste maanden erna, werden meer mensen bereikt dan een jaar later. Het is belangrijk om dit in ogenschouw te nemen, na te gaan hoe dat komt en de recente evolutie te bekijken. Mijn vraag dateert immers alweer van een tijdje geleden. Het is toch belangrijk om dat te doen, want het is niet omdat er iets nieuws is dat we daarmee gered zijn. We moeten ook nagaan of het doet wat we verhoopten.

U bent heel uitgebreid ingegaan op mijn vraag over de monitoring van outcome en hebt gezegd dat er indicatoren in de maak zijn. Dat verheugt me. De omvang van de huidige noden, bijvoorbeeld op het vlak van wachttijden, is gekend. U hebt aan het begin van uw antwoord verwezen naar de terugbetaling van klinisch psychologen. U verwacht dat dit een belangrijke rol zal spelen in het verlichten van de druk, onder andere op de cgg.

We weten allemaal dat die terugbetaling niet voor morgen is. We weten ook nog niet hoe die er exact zal uitzien. Mijn vraag is dan ook wat er morgen en overmorgen zal gebeuren. De huidige druk bij de centra voor geestelijke gezondheidszorg is niet nieuw. Voorziet u in andere maatregelen om de noden te lenigen? Als we aan mensen met een bepaalde zorgvraag zeggen dat het eind 2018 beter zal gaan, dan hebben ze daar vandaag en morgen niet zoveel boodschap aan.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp-a): Ik ben sowieso ook tevreden met de oriëntering van het budget naar de eerstelijnszorg. We zeggen allang dat er op dat vlak versterking nodig is.

Ik wil bij enkele aspecten van uw antwoord toch wat kanttekeningen plaatsen. U zegt dat het gaat om kortdurende trajecten. Ik wil zeker erkennen dat het goed is om kort op de bal te spelen. Voor nogal wat problematieken zijn mensen geholpen met een kortdurende therapie. Er zijn natuurlijk ook complexere

thematieken waarbij je niet rond bent na acht sessies. Als men in een heel vroeg stadium, zelfs voor het einde van die sessies, kan inschatten dat er langduriger zorg nodig is, hoe worden deze mensen dan naar de tweede lijn doorverwezen? Hoe zorgen we ervoor dat die daar snel worden geholpen? Vandaag is het bijvoorbeeld zo dat jongeren bij TEJO een tiental sessies krijgen die dan worden afgesloten. Ze worden dan doorverwijzen naar de tweede lijn, maar moeten dan vaak wachten. Er is vraag naar meer aansluiting op elkaar.

Ik heb ook een concrete bekommernis op het vlak van outcomemetingen. We moeten er ons zeker voor hoeden dat het niet aantrekkelijker wordt gemaakt om die patiënten te behandelen van wie het eenvoudiger voorspelbaar is dat ze na korte tijd flink beter zullen zijn. Begrijp me niet verkeerd: natuurlijk moeten die mensen een behandeling krijgen en het is ook goed dat ze op korte termijn beter kunnen worden. Maar er zijn ook patiënten waarvan men weet dat ze meer zorg en langere zorg zullen vergen. Dat staat natuurlijk minder goed in de metingen. Ik vraag daar oog voor te hebben. Als er indicatoren worden bepaald, moet u daar op een of andere manier toch rekening mee houden. We blijven werken met mentale bezorgdheden, en niet alles zit even eenvoudig in elkaar.

Het is me niet helemaal duidelijk of het overleg met de federale overheid omtrent de aanwending van de middelen van minister De Block al heeft plaatsgevonden of dat u dat nog plant. Het is belangrijk dat u daarin een flinke zeg hebt.

Ik ga ook deels mee in wat de heer Anseeuw zegt. Ik ben zeker blij met de aandacht die u hebt voor de eerstelijnszorg en voor kinderen en jongeren, maar de cijfers zelf zijn vrij alarmerend. Dat zegt iets over de maatschappij en niet per se iets over uw goede intenties, maar er zijn wel steeds meer jongeren die steeds langer voor een gesloten deur staan als ze hulp nodig hebben. Hoe denkt u daarmee te kunnen omgaan op eerder korte termijn vanuit uw bevoegdheden? Of hoe denkt u minister De Block nog verder te kunnen duwen in haar bevoegdheden? Er is immers een nood die moet worden gelenigd. Dit is geen twijfel omtrent uw goede intenties, maar er blijft in de realiteit een belangrijk probleem bestaan.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik wil eerst ingaan op het algemene kader, op de verhouding tussen de eerste en de tweede lijn. U zegt dat de eerstelijnspsychologische zorg zal worden ingebed in de eerstelijnszones die op komst zijn. Dat is nog een lang traject. Die zijn nu in volle opbouw en zitten in de proefprojectfase. In tweede lijn zitten dan de cgg's. U verwijst ook in uw antwoord naar het rapport van het KCE. De rol die dat rapport geeft aan de cgg's is niet automatisch inpasbaar in het model van de eerstelijnszones. Ik zeg daarmee niet dat het geen goed model is, maar ik vraag me af hoe u die transitie ziet, want er is bij mijn weten momenteel geen cgg in iedere regio dat in de eerstelijnszones komt. Het zal dus niet één op één kunnen. Als we daar tegen 2020 klaar mee willen zijn - ik hoop dat dit de bedoeling is -, dan vermoed ik dat er een transitie moet komen. Hoe ziet u dat?

Een tweede deel gaat over de manier waarop men die eerstelijnspsychologen invult. Hoe bed je die in? Er zijn proefprojecten, bewust met verschillende vormen, in verschillende situaties zoals bij een huisarts, een ander centrum enzovoort. Het idee was om er lessen uit te trekken. U zegt nu zelf - en dat is niet de eerste keer - dat het op een te kleine schaal is gebeurd om goede conclusies te kunnen trekken. Het is frustrerend want het mocht op een grotere schaal gebeuren. Het is een politieke keuze om het tot die plekken te beperken. Het is jammer omdat we niet de lessen kunnen trekken die nodig zijn. Ik doe nog eens een oproep om die projecten met eerstelijnspsychologen uit te breiden en niet enkel te bestendigen.

U zegt zelf dat er nog geen studiemogelijkheid is omdat het op een veel te kleine schaal is gebeurd, maar u trekt wel conclusies. U zegt bijvoorbeeld bij het profiel dat het een master moet zijn met vijf jaar ervaring. Waaruit blijkt dan dat dit het juiste profiel is en dat dit nodig is? Welke evaluatie hebt u gebruikt om die lessen daaruit te trekken?

Een vierde vraag gaat over de cgg's. U kijkt heel sterk naar de terugbetaling die de federale overheid heeft beslist voor de eerstelijnspsychologen. Ik wil nog wel eens zien of ze er komt, want dit staat in het Zomerakkoord en dat is nog niet rond wat de becijfering betreft. Maar laat ons positief zijn en denken dat de budgetten er zullen komen en dat ze zullen worden ingezet. Wat gebeurt er dan met de cgg's? U zegt niet dat de kous dan af is maar ik heb nergens kunnen lezen dat u zegt dat we die ook moeten versterken. Vandaag is in de krant verschenen welke wachttijden er zijn en dat het een onderschatting en dat we er extra op zullen moeten inzetten. Ik ben blij dat meerderheid dit inziet. Ik hoop dat de amendementen tijdens begrotingsdebatten dan ook zullen worden goedgekeurd, dat het niet enkel roepen is maar dat er ook daden op volgen. Ik hoor dat niet. Ik hoor niet dat u ze gaat versterken.

Er is er daarstraks ook gezegd dat het aantal patiënten dat het laagste tarief of niets betaalt, toeneemt. Dat verbaast me niet. Waarom? Als je gaat praten met de cgg's, als je merkt hoe ze op hun teamvergadering de verschrikkelijke keuze moeten maken welke patiënten ze zullen opnemen en welke niet, dan is het een van de elementen. Kan deze persoon nog even wachten? Kan deze persoon eventueel met een groepssessie geholpen zijn? Kunnen we hem online helpen? Kunnen we hem naar de privésector verwijzen omdat hij betaalkrchtig is? Dat zijn de afwegingen die de cgg's maken. Waarom? Omdat er geen budget is. Sinds 2011 mocht er van deze regering, met N-VA bij aan het stuur, geen extra budget worden gegeven. De cgg's hebben tekorten, moeten worden uitgebreid. Ik vraag me af hoe het gaat zijn. Ik vraag extra versterking van de ELP's, ook vanuit Vlaanderen, en extra versterking van de cgg's. Hoe moeten we alles ineen steken?

Ik wou nog vragen wanneer we een decreet krijgen omdat dit de puzzel helemaal rond kan maken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het decreet is natuurlijk in voorbereiding. Er wordt met de sector en de specialisten over gesproken. Het is geen eenvoudig decreet, of zeker niet bij de eenvoudigste decreten, al was het maar omdat de bevoegdheidsverdeling is wat ze is en omdat we dat technisch moeten vertalen. Wat steek je daarover in een decreet? We moeten wel eerlijk zijn. De cgg's zijn een Vlaamse bevoegdheid, maar het is een bevoegdheid die op een type voorziening is geplakt. Als je dat bekijkt vanuit het zorginhoudelijke, kun je perfect dezelfde activiteiten hebben in andere settings en dat is er plots iemand anders voor bevoegd. Het is niet zo gemakkelijk om het technisch-juridisch te libelleren. Er wordt dus aan het decreet gewerkt en het moet ook worden overlegd met de betrokkenen.

We hebben natuurlijk voldoende evaluatie van de relevantie van de eerstelijnspsychologische functie. Ik denk dat niemand betwist dat het een goede zaak is en dat we moeten proberen om die geleidelijk aan te verduurzamen en ervoor te zorgen dat dit in heel Vlaanderen beschikbaar is. Het is een belangrijk budgettair traject; daar moeten we ook eerlijk in zijn. Het is niet zo dat we nu nog wachten op wetenschappelijk onderzoek om de relevantie van het feit dat je dat moet installeren, te onderzoeken. Dat is niet zo. We hebben volgens mij minstens twee evaluaties die voldoende argumenten bevatten om te zeggen dat we op dat

spoor moeten doorgaan. U hebt terecht opgemerkt dat die zones in wording zijn. We moeten ervoor zorgen dat we geleidelijk aan voldoende consistentie hebben in die gebiedsdekkende zones om daarop allerlei zaken te kunnen afstemmen en aan te verbinden. Hoe meer we er niet in slagen om die zones gebiedsdekkend tot stand te brengen – dat hangt veel af van de stakeholders op het terrein –, hoe moeilijker het is om dat te gebruiken als een aanknopingspunt.

Ik ben het eens met de vragen rond de outcome-indicatoren. Er is een tijdje geleden een symposium gehouden over kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg. Ik ben er even geweest. Ik heb er gesproken met een professor uit Duitsland. Wat ik onthield, was dat het internationaal helemaal nog niet zo evident is dat het allemaal bestaat. Voor hartaandoeningen, voor bepaalde vormen van kankers kan men internationaal al zoeken naar goede indicatoren, maar voor de mentale gezondheid is dat veel complexer en moeilijker. Wat de betrokkenen beslist hebben in Vlaanderen – de psychiaters, de ziekenhuizen, de eerste lijn, de cgg's, – is te gaan voor indicatoren die niet in eerste instantie gekoppeld zijn aan het feit dat het zorg is in een ziekenhuis of ambulante zorg, maar aan de zorginhoudelijke kwestie van 'dit is geestelijke gezondheidszorg'. Het is een belangrijke optie en ook een goede optie. Ik merk dat men wel degelijk een aantal indicatoren probeert te ontwikkelen, maar het is zeker nog niet in een fase dat er al een batterij aan indicatoren is. De filosofie die wij hanteren, is altijd dat indicatoren een draagvlak moeten hebben, gevalideerd moeten zijn en best bottom-up tot stand komen. Het is zeker nog een werk voor geruime tijd om er geleidelijk aan nieuwe gevalideerde indicatoren aan toe te voegen. Ik ben het er natuurlijk wel helemaal mee eens dat, als je dat instrument gaat gebruiken, je er natuurlijk voor moet zorgen dat het geen instrument wordt waarbij de kersen uit de taart worden gehaald en waarbij men zegt dat men selectief gaat voor die zorgvragen die gemakkelijk behandelbaar zijn. Als het gaat over andere pathologieën, moet men er ook altijd voor zorgen dat men voldoende de context meeneemt en dat men voldoende genuanceerd is in de interpretatie van dat soort indicatoren. Ik heb er in deze materie op de korte termijn niet zoveel schrik voor omdat ik denk dat we echt nog niet in een fase zijn dat er zoveel beschikbare goede indicatoren zijn. Het zal eerder zijn om ze één per één proberen te valideren en iedereen ervan te overtuigen ze te gebruiken en er transparantie en publiciteit aan te geven.

Dan de afspraken die gemaakt zijn tussen de verschillende overheden. Ik kom zeker terug op de gids voor kinderen en jongeren maar ook op de vorige gids voor volwassenen. Er zijn wel afspraken gemaakt over wat de gemeenschappen en de federale overheid aan kernverantwoordelijkheden meenemen. U hebt het goed begrepen. Vanuit onze bevoegdheid is gezegd om in te zetten op vroegdetectie en vroeginterventie, op sensibilisering en destigmatisering en eigenlijk ook op chronische psychiatrische zorg. De psychiatrisch verzorgingstehuizen (PVT's) die overgekomen zijn, zijn daarvan misschien het beste bewijs.

Als je het hebt over intensieve behandeling dan komen uiteraard de cgg's in beeld, maar uiteraard ook revalidatieconventies, poliklinieken, psychiatrische ziekenhuizen. Er zijn een aantal actoren in die tweede lijn. In ons actieplan staat dat in elke regio een klaar inzicht moet komen in wat er in die tweede lijn beschikbaar is en waar er desnoods blinde vlekken zijn. We hebben toch het gevoel dat revalidatieconventies, cgg's, poliklinieken, ambulante daghospitalisatie een kader nodig hebben waarin er toch een duidelijke transparantie is over wat er beschikbaar is aan aanbod. Daarin moeten we ook onze cgg's positioneren.

We hebben met de tariefstructuur die aan de cgg's is gegeven – trouwens op suggestie ook van Het Rekenhof dat we het decreet op dat punt moesten uitvoeren – een goede keuze gemaakt, denk ik. Als je ziet hoe de prioritering voor de meest kwetsbaren in de tariefstructuur blijkbaar toch zijn effect heeft, is dat een goede

zaak. Uiteraard moet in dat landschap nagegaan worden hoe cgg's worden gepositioneerd.

Ik kom terug op de extra capaciteit in de jeugdhulp. We hebben uitdrukkelijk aangegeven dat, als regio's voorstellen gaan doen over hoe we de extra capaciteit rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp kunnen inzetten, ook cgg's daarin een partner kunnen zijn. We horen duidelijk dat in een aantal regio's de verantwoordelijken uit de jeugdhulp met het cgg afspraken proberen te maken over hoe men met die middelen de capaciteit binnen het cgg ook kan uitbreiden. Voor ons is dat ook duidelijk een van de perspectieven en mogelijkheden. Ik denk dus dat er, misschien niet tot ieders tevredenheid, maar toch een aantal pistes voorliggen.

Mijnheer Anseeuw, ik ben het eens met u over de manier waarop de online-hulpverlening zowat in succes varieert. Er komt een eengemaakt steunpunt. U weet dat we de intersectorale online-expertise willen verduurzamen. Er is een hogeschool die voldoende expert is om dat vol te houden. Als we een campagne voor jongeren over zelfzorg opzetten, mag u verwachten dat de online-applicatie opnieuw onder verhoogde aandacht zal komen. Het is juist dat men dat af en toe opnieuw in de belangstelling moet brengen.

De relaties met de federale overheid. Het is een beetje symbolisch dat op de eerste vergadering na de vakantie meteen al over de federale overheid wordt gesproken. Ik heb het gevoel dat dit ook niet de laatste keer zal zijn. Als de federale overheid de terugbetaling van de psychotherapie gaat regelen, verwachten wij uiteraard dat ze er met de gemeenschappen over spreken. Dat belet niet dat het de verantwoordelijkheid is van de federale overheid en van het RIZIV om daar de uiteindelijke contouren voor vast te leggen. Ik denk dat we correct moeten zijn. Wij zouden natuurlijk graag hebben dat het past binnen de afspraken die wij in diverse gidsen al hebben gemaakt, in ons eigen actieplan enzovoort. Maar het is uiteraard aan mevrouw De Block en aan het RIZIV en aan de Federale Regering om concreet te zijn. Het is van hieruit gemakkelijk praten over een budget dat zich ergens anders bevindt. Wij zullen dat gesprek voeren, maar het is daar dat met de zorgverstrekkers en ook de verzekeraars moet worden afgesproken.

Wat de kleine K-bedden betreft, weten we dat mevrouw De Block een advies heeft gevraagd aan de Federale Raad. Dat advies is wellicht opnieuw onderweg naar het kabinet. Wij hopen natuurlijk dat het kabinet een beslissing neemt. We hebben in Vlaanderen een heel programma van reconversies op de rails staan. Het is voor de initiatiefnemers wel belangrijk dat ze weten waarop en waaraan wanneer ze hun planningsvergunningen effectief gaan omzetten in kleine K-bedden. U weet dat er door de federale overheid bij wet een moratorium is opgelegd waarop mevrouw De Block bij KB al een uitzondering heeft gemaakt.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Er moet me toch iets van het hart, niet over wat u hebt gezegd maar over wat andere collega's hebben gezegd, namelijk dat de wachttijden onderschat zouden zijn. Ik vind dat wel vrij verregaand. Ik heb een uitgebreid antwoord gekregen op een schriftelijke vraag die ik daarover heb gesteld. Ik heb de wachttijden per zorggroep gekregen, per centrum. Vandaag dan zeggen dat die cijfers niet zouden kloppen, is zoveel als zeggen dat de mensen van die centra zouden liegen. Ik denk dat ze belangrijke partners zijn die we beter niet schofferen, wel integendeel, die we beter zouden respecteren en op hun woord zouden geloven wanneer ze zaken naar voren schuiven en wanneer ze ons informatie verschaffen.

Ik eindig met een positieve noot want, minister, ik ben heel erg blij dat u het belang inziet van het in kaart brengen van het zorglandschap als geheel en na te

gaan welke noden er nog extra moeten worden gelenigd en op welke manier we wat voorhanden is, zo goed mogelijk kunnen inzetten voor zoveel mogelijk geestelijke gezondheid in Vlaanderen.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp-a): Ik wil de heer Anseeuw graag een beetje toelichting geven. Indien u verwijst naar onze communicatie, staat er heel duidelijk dat de wachttijden onderschat zijn omdat verschillende centra – ik heb het over Mechelen, Leuven, Gent – op gezette tijdstippen aanmeldingstops moeten afkondigen van meerdere weken tot maanden. In die periode kan niemand zich aanmelden. Voor mensen die dan bellen, begint de wachttijden niet officieel te lopen. Die kan pas beginnen te lopen zodra de aanmeldingstop voorbij is, want dan worden de aanmeldingen opnieuw genoteerd. Concreet betekent dit dat voor redelijk wat jongeren de wachttijd de facto veel langer is. Op geen enkele manier – mocht het anders zijn, mag u het mij tonen – zeg ik dat uw cijfers niet juist zouden zijn. Wat ik zeg, is dat in werkelijkheid de wachttijden veel langer zijn omdat men kinderen niet meer registreert gedurende bepaalde periodes. Ik heb overigens altijd uw pleidooi, en u het mijne, voor meer aandacht voor de ccg's ondersteund. Ik betwist dus niet dat, als kinderen eenmaal zijn aangemeld, er een wachttijd is – er zijn gemiddelden en het kan per regio verschillen – maar het zou ook interessant zijn om te weten welke centra op welke momenten aanmeldingstops doorvoeren zodat we een beter zicht krijgen.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het preventief tabaksbeleid en de e-sigaret – 2757 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Voorzitter, minister, collega's, uit een onderzoek van Conner M, Grogan S, Simms-Ellis R, et al. dat werd gevoerd bij meer dan 2830 dertien- en veertienjarigen in 20 Britse scholen verspreid over het Verenigd Koninkrijk, blijkt dat de e-sigaret jongeren zou aanzetten tot roken. 34 procent van de bevraagde jongeren die de e-sigaret gebruikt, zetten een jaar later de stap naar de gewone sigaret. Bij jongeren die niet in contact kwamen met de e-sigaret is dat slechts 9 procent, blijkt uit het onderzoek. Eerder waren er nog andere studies die hetzelfde aantoonde of minstens suggereerden.

Tegelijk zouden andere studies erop wijzen dat de e-sigaret een goed rookstopmiddel zou zijn. Ook bij ons wordt dat soms wel eens gedacht. Bovenvermeld onderzoek plaatst bij dat laatste nu wel sterke vraagtekens.

Wat mij betreft – en dat is een persoonlijke beschouwing – hoeft dat niet verwonderlijk te zijn. De gewoonte op zich, of dat nu met een e- of andere sigaret is, is het meest verslavende aspect aan roken.

Minister, welke plaats krijgt de e-sigaret in het Vlaams preventiebeleid? Is het een rookstopmiddel of wordt het toch aanzien als een opstap naar ander rookgerief? Welke concrete doelstellingen koppelt u hieraan vast? Hoe zult u dit preventieve tabaksbeleid, met zijn doelstellingen en acties, tijdig aanpassen aan nieuwe wetenschappelijke inzichten en blijvend monitoren?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, in het advies van oktober 2015 stelt de Hoge Gezondheidsraad dat de e-sigaret met nicotine mogelijk een efficiënt hulpmiddel is bij het stoppen met roken. Hoewel meer onderzoek nodig is, zijn de huidige beschikbare resultaten "positief en bemoedigend" volgens de raad. Zij zien de e-sigaret met nicotine inderdaad als "een overgangsmiddel bij het volledig willen stoppen met roken".

Daarnaast moet, zoals u zelf aangeeft, rekening worden gehouden met beginnende rokers die de e-sigaret als opstap naar de tabakssigaret gebruiken. Zo geeft het Vlaams Instituut Gezond Leven, voorheen VIGeZ, de penvoerende organisatie binnen het consortium tabak, aan dat het niet duidelijk is welke initiële rol de e-sigaret in de toekomst bij jongeren kan gaan spelen. Sommige onderzoeken besluiten dat de e-sigaret geen 'gateway drug' is, maar er zijn ook onderzoeken die andere tendensen aangeven zoals het onderzoek waarnaar u verwijst. Ook is niet geweten of de e-sigaret op termijn roken kan 'normaliseren' bij bepaalde groepen jongeren. Daarom blijven wij en alle leden van de partnerorganisatie tabak – het consortium bestaande uit VIGeZ, de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT), Stichting tegen Kanker en Kom op Tegen Kanker – dit fenomeen verder opvolgen, onder andere door specifieke vragen naar de e-sigaret op te nemen in bevestigingen bij jongeren en de algemene bevolking.

Op heden wordt de e-sigaret door Tabakstop gezien als een middel dat rokers, die dat zelf wensen, kunnen gebruiken als nicotinevervanger. De e-sigaret wordt niet actief gepromoot, maar ook niet afgeraden bij rokers die ze willen gebruiken om te stoppen met roken. In het advies over stoppen met roken dat het Vlaams Instituut Gezond Leven samen met de partners van het Vlaams Platform tegen Tabak – beroepsgroepen, universiteiten, mutualiteiten, rookstoporganisaties enzovoort – uitwerkte, wordt de filosofie van de Hoge Gezondheidsraad gevolgd en vertaald naar de dagelijkse praktijk van stoppen met roken.

De e-sigaret werd als 'nieuw fenomeen' meegenomen in de omgevingsanalyse die voorafging aan de Gezondheidsconferentie Preventie. Bij de uitwerking van het strategisch plan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' zal worden ingezet op het settinggericht werken. Zo zal het thema tabak via 'health in all policies' opgenomen worden binnen zowel onderwijs, werk, lokale besturen, maar ook vrije tijd, het gezin en rechtstreeks naar de burger. Binnen die settings zal op basis van preventiestrategieën gericht op educatie, omgevingsinterventies, beleid via afspraken en regels en ten slotte zorg en begeleiding, gewerkt worden aan onder andere het thema tabak.

Zoals toegelicht, maakt tabak, en dus ook de e-sigaret, deel uit van het strategisch plan 'Gezonder Leven' en de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025', die stelt dat we tegen 2025 gezonder leven op vlak van gezond eten, sedentair gedrag, lichaamsbeweging, tabak, alcohol en drugs. Daarvoor voeren we een beleid in de levensdomeinen, gezin, vrije tijd, onderwijs, werk, zorg en welzijn en de buurt, richten we ons rechtstreeks naar de burger en zetten we in op goed bestuur. Om te komen tot gezondheidswinst, wordt ingezet op verschillende preventiestrategieën, educatie, omgevingsinterventies, beleid via afspraken en regels en zorg en begeleiding, die samen een beleidsmatige aanpak garanderen.

Concreet met betrekking tot de e-sigaret heeft de partnerorganisatie verschillende adviezen afhankelijk van de doelgroep: voor niet-rokers, ex-rokers en minderjarigen is het advies om de e-sigaret niet te gebruiken. Bij rokers wordt het e-sigaretgebruik als stopmiddel voorlopig niet actief aangeraden, maar ook niet ontmoedigd. De e-sigaret met nicotine kan door rokers die dat willen, gebruikt worden als stopmiddel. Als ze dat doen, dan geeft de partnerorganisatie Tabak en het Vlaams Platform tegen Tabak daarbij wel bijkomende concrete adviezen.

Binnen de nieuwe gezondheidsdoelstelling 'Gezonder Leven' zijn dus geen concrete doelstellingen – het hangt een beetje van de setting af – geformuleerd rond de diverse aparte thema's. Wel worden de indicatoren rond de diverse thema's gemonitord en opgevolgd. U vindt dit in de bijlage bij het strategisch plan.

Via de partnerorganisatie Tabak blijven we de vinger aan de pols houden wat betreft ontwikkelingen inzake de e-sigaret of andere nieuwe fenomenen. Wanneer nieuwe acties nodig zijn, kunnen die door de partnerorganisatie worden opgenomen. In de beheersovereenkomst is immers in een concretisering van haar opdrachten voorzien via de jaarplannen die jaarlijks moeten worden goedgekeurd.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik denk dat de essentie is dat er een dubbelzinnigheid bestaat die niet altijd goed is in het kader van preventie. Preventie moet altijd vertrekken vanuit een aantal duidelijke boodschappen. Hier is de e-sigaret een beetje goed en een beetje slecht in de verschillende adviezen. Het hangt ervan af welke doelgroep wordt beoogd. Ik denk dat dat vrij kwalijk is. Blijkbaar gaat men ervan uit dat het niet zo slecht is als overgangsmiddel om te stoppen en dat het in dat opzicht deugdzaam is, maar voor niet-rokers is het dan weer niet deugdzaam. Ik kan me niet van de indruk ontdoen dat er eigenlijk wordt gekozen voor het ene of het andere. Door die dubbelzinnigheid over de e-sigaret in de preventie te laten bestaan, kies je eigenlijk niet voor de niet-rokers om hen te behoeden voor roken. Het is een grote bezorgdheid van mij. Ik denk dat het geen goede keuze is. Misschien moet het eens worden opgenomen met de verschillende partnerorganisaties: is het niet beter om te kiezen voor één duidelijke boodschap? De illusie koesteren dat we geen keuze maken door al die doelgroepen met hun eigen adviezen naast elkaar te laten bestaan, is er niet, want we maken wel een keuze. We kiezen ervoor om geen duidelijke boodschap rond de e-sigaret uit te dragen. Ik denk dat het belangrijk is dat die duidelijke boodschap er wel komt. Dat is mijn bezorgdheid. Ik heb geen bijkomende vragen want uw antwoord was duidelijk. Ik heb wel veel twijfels of die houding wel de beste houding is.

Bart Van Malderen (sp-a): Minister, ik wil me aansluiten bij de heer Anseeuw. Ik wil het zo mogelijk nog iets complexer maken, en dat onderstreept alleen maar de noodzaak aan een heldere lijn.

Als ik samenvat wat u zegt, zegt u dat, als het om af te stappen is, we er niet tegen zijn, maar wel als het is om een opstap te faciliteren. Er is zelfs nog een derde piste, denk ik, die men in de praktijk heel vaak ziet, namelijk dat mensen gewoon een conventionele sigaret en een e-sigaret door elkaar gebruiken. Dit heeft niets te maken met afstappen; dit is faciliteren omdat in het openbare leven het gebruik van tabak is teruggedrongen. Ik zie een nogal grote substitutie plaatsvinden. U moet eens in een aantal kernsteden in het centrum rondlopen om daar de 'stoomwinkels' en wat er aan eufemismen allemaal wordt gebruikt, welig te zien tieren. Er is toch wel nood om er een heldere lijn in te brengen. Een nieuwe naam van het instituut zou ook aanleiding kunnen zijn – ten slotte dateert uw advies al van 2015 – om een heldere aanpak te promoten. De dualiteit die u in uw antwoord hebt gegeven, is in de praktijk een stuk complexer en er treedt vervanging op zonder dat er wordt afgestapt van roken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik kan die bedenkingen goed begrijpen, maar ik zou u durven te suggereren om u in mijn plaats te stellen. Misschien gebeurt dat trouwens ooit nog. We gaan op zulke zaken ook verder op wat door de wetenschap en door mensen die expert zijn, wordt aangegeven. Het is niet gemakkelijk, en het zou ook niet zo'n goede zaak zijn, mocht de politiek zich niet een

beetje disciplineren om zich te houden aan wat de wetenschap brengt. We kunnen ook moeilijk rond het advies van de Hoge Gezondheidsraad heen. We worstelen met die dubbelzinnigheid, dat is heel duidelijk. We beseffen dat we, zodra er met meer autoriteit omklede evidenties komen, onze conclusies moeten trekken en er ons beleid op moeten afstemmen. Dat is heel duidelijk.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, ik vermoed dat de allusie dat er iemand anders op uw stoel mag zitten ten aanzien van de voorzitter was – wat ik goed vind, hoor. Ik voel me zelf niet aangesproken. Ik wil wel verduidelijken dat mijn bekommernis geen suggestie is om alle wetenschappers aan de kant te zetten en in hun plaats te treden. Het is een bezorgdheid en veeleer een vraag van mij aan hen ook, omdat zij net de specialisten zijn. Het kan zijn dat ik de bal compleet misla – ik hoop dat eigenlijk, want dan zitten we vandaag echt wel op het goede spoor.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Danielle Godderis-T'Jonck aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over veganisme bij jonge kinderen – 2818 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA): Voorzitter, minister, collega's, onze kennis over voeding is voor verbetering vatbaar. Heel wat voedingsmythes doen de ronde, die soms zelfs door ouders worden opgelegd aan hun kinderen. Zo durven sommige ouders hun baby geen normale kindervoeding te geven en kiezen ze voor een veganistisch dieet voor hun kind, met soms fatale gevolgen. In juni nog werd een koppel uit Beveren veroordeeld omdat ze hun zoontje van 7 maanden enkel haver-, rijst- boekweit- of quinoamelk hadden toegediend, waarna hij was overleden. De ouders dachten dat hij geen gluten of lactose verdroeg, een diagnose die ze zelf hadden gesteld.

Kinderartsen en diëtisten luiden dan ook de alarmbel. Ze zien geregeld kinderen in het ziekenhuis met zware ondervoeding, ten gevolge van een extreem veganistisch eetpatroon. Kinderarts Anne Malfroot, voorzitter van de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde, vindt dit onrustwekkend en wijst erop dat die kinderen cruciale voedingsstoffen missen net wanneer hun organen en hersenen in volle ontwikkeling zijn. De opgelopen schade kan dan ook groot zijn: hersenschade, groeivertraging, hartproblemen, bloedarmoede en een algemeen zwakke weerstand, waardoor de vatbaarheid voor ontstekingen en ziektes vergroot.

Experten wijzen op het belang van goede informatie aan de ouders, maar geven ook aan hoe moeilijk het soms is het geloof van de ouders in hun dieet te doorbreken.

Hypes op sociale media vinden ze soms beter te vertrouwen dan professionele begeleiders.

In Nederland organiseert de Nederlandse Academie van Voedingswetenschappen sinds kort workshops voor academici over communiceren met de media en reageren op sociale media. In eigen land is volgens arts Marleen Finoulst, die ook hoofdredacteur is van Bodytalk, ook actie nodig.

Minister, zal Kind en Gezin de ouders die veganistisch leven waarschuwen voor de gevaren van niet-begeleid veganisme bij jonge kinderen? Bent u van mening

dat de professionals uit de gezins- en groepsopvang hierin een complementaire rol kunnen spelen? Wilt u met partnerorganisatie Eetexpert initiatieven nemen voor voedingsexperten over communiceren met de media en reageren op de sociale media?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Godderis, Kind en Gezin baseert zijn wetenschappelijke adviezen inzake vegetarische voeding vooral op diverse nationale en internationale wetenschappelijke organisaties, zoals de American Academy of Pediatrics (AAP), de American Dietetic Association (ADA), de Hoge Gezondheidsraad en de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK). De AAP stelde eind 2015 dat kinderen zeker kunnen worden gevoed volgens de drie types vegetarische voeding, namelijk lacto-ovo, lacto en veganisme, maar met de kanttekening dat een nutritionele balans vrij moeilijk te bereiken is als melkproducten en eieren volledig worden weggelaten. De geconsumeerde hoeveelheden calcium, vitamine D en ijzer zouden ontoereikend zijn. Vaak wordt dan de raad gegeven verrijkte voedingsmiddelen en supplementen, zoals voor vitamine B12, ijzer, zink en calcium, toe dienen. Daarbij dient men een afweging te maken tussen strenge vegetarische voeding plus suppletie of iets minder strenge vegetarische voeding zonder suppletie, behalve voor vitamine D. Vanuit dat oogpunt adviseert Kind en Gezin in zijn dienstverlening en in alle communicatiedragers dat bij de kwetsbare groepen een lacto-ovovegetarische voeding de voorkeur geniet en dat het veganisme niet zonder risico's is. Daarnaast geeft Kind en Gezin hun het advies dat, als ze een kind vegetarisch willen opvoeden, ze zich goed moeten laten adviseren door een diëtist of een voedingsdeskundige.

De kinderopvang kan een complementaire rol spelen, al is zijn opdracht op dat vlak niet strikt bepaald. Regelgevend moet elke kinderopvang zorgen voor gezonde, gevarieerde en hygiënisch bereide voeding en drank. De opvang kan voor informatie terecht op de website van Kind en Gezin. Voor opleiding en ondersteunend materiaal om een beleid op vlak van voeding uit te werken of bij te sturen, kan de kinderopvang terecht bij het Vlaams Instituut Gezond Leven. Om meerdere redenen, bijvoorbeeld levensovertuiging, gezondheidsredenen of religie, kunnen ouders specifieke voedingsvoorkeuren hebben voor hun kind. De opvang gaat dan met de ouders in gesprek om te achterhalen of hij aan die vraag tegemoet kan komen. In dat gesprek kunnen ze ouders informeren over de adviezen van Kind en Gezin, ze kunnen ouders doorverwijzen naar de regioverpleegkundige van Kind en Gezin, al kunnen ze niet garanderen dat alle ouders gebruikmaken van de dienstverlening van Kind en Gezin. Ze kunnen uiteraard die verwijzing wel degelijk suggereren. Samen met de ouders zoekt de opvang dan in de praktijk een aanpak waarin iedereen zich kan vinden.

Het is inderdaad belangrijk, zoals werd aangehaald, dat er gedegen boodschappen worden gegeven in de media. Vanuit het preventief gezondheidsbeleid wordt daarop ingezet via de partnerorganisatie voor eet- en gewichtsproblemen Eetexpert. Eetexpert bundelde het wetenschappelijk onderzoek dat ter zake bestaat en werkte concrete aanbevelingen uit in verband met correcte communicatie over eten, gewicht en uiterlijk. Die concrete communicatieaanbevelingen staan op het persluik van de website van Eetexpert, samen met nog andere ondersteunende informatie, en werd ook via de beroepsvereniging van journalisten verspreid naar haar leden. Eetexpert staat ook vraaggestuurd klaar voor journalisten met bijkomende vragen. Ze krijgen nu al wekelijks vragen hierover binnen. Toch dient te worden opgemerkt dat journalisten niet de enige belangrijke bronnen zijn van informatie en communicatie. Ook hulpverleners, preventiewerkers, ouders en dergelijke meer hebben een belangrijke impact bij het geven van adviezen die correct en niet-stigmatiserend zijn. Bedoeling is om ook

voor die groepen in een ondersteunend aanbod te voorzien, zodat ook zij correct en doordacht kunnen communiceren en naar zorg toeleiden indien dat nodig is.

De voorzitter: Mevrouw Godderis heeft het woord.

Danielle Godderis-T'Jonck (N-VA): Minister, u zegt dat er controle is door Kind en Gezin, maar wordt die controle ook opgevolgd?

Op 7 september ben ik naar de studiedag van Eetexpert geweest. Zij communiceren ook voor journalisten en specialisten die betrokken zijn bij eetproblemen, maar in feite gaat het specifiek over het gezond eten door het kind. Zij spreken het meest over eetstoornissen, over obese kinderen of kinderen met een laag gewicht, maar niet over het normale voedingspatroon dat een kind moet hebben. Daarover wordt dus nog weinig gecommuniceerd bij Eetexpert. Misschien kan dat worden verbeterd, kunnen er workshops worden gegeven voor mensen die doelgericht werken met die kinderen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Wat dat laatste betreft, hebt u misschien ondertussen gemerkt dat deze ochtend de nieuwe voedingsdriehoek aan de wereld is voorgesteld. Dat zijn voedingsaanbevelingen vanaf de leeftijd van 1 jaar. Die aanbevelingen gebeuren dus wel degelijk ook voor heel jonge kinderen. Dat is ook allemaal opgemaakt in nauw overleg met Kind en Gezin. Ik ga er dan ook van uit dat dat ook zal worden gebruikt om advies te verlenen, ook aan ouders, over gezonde voeding.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Sleurs aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het arrest van de Raad van State inzake de NMR-erkenningen (nucleaire magnetische resonantie) – 2824 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Voorzitter, minister, in het kader van de zesde staats-hervorming kreeg Vlaanderen de bevoegdheid over het onderdeel A3 van het budget van financiële middelen (BFM). Dat heeft betrekking op de investeringskosten voor zware medische apparatuur, waaronder NMR-toestellen (nucleaire magnetische resonantie) of MRI-toestellen (magnetic resonance imaging). In tal van ziekenhuizen worden die toestellen zeer intensief gebruikt. Ze maken immers geen gebruik van ioniserende straling, in tegenstelling tot de klassieke CT-scans (computertomogram). De wetenschappelijke vereniging van radiologen, maar ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV), pleit dus voor een geleidelijk optrekken van de NMR-programmatie. Volgens hen is vandaag de capaciteit ontoereikend, met wachttijden en overdreven gebruik van CT-scans tot gevolg. De federale overheid en de gemeenschappen en gewesten kwamen overeen om de capaciteit op te trekken door twaalf nieuwe toestellen te erkennen, waarvan zeven in Vlaanderen. Om de eerste fase van financiering toe te laten, voorziet de federale minister in een nieuwe rubriek in het onderdeel van het BFM, namelijk in het onderdeel B4, dat dus onder federale bevoegdheid bleef.

Om een planningsvergunning voor een NMR-toestel te krijgen, moet men een aanvraag indienen bij het agentschap Zorg en Gezondheid, dat onderzoekt of de toekenningsregels zijn gerespecteerd, die rekening houden met de geografische spreiding, met de bevolkingscijfers – voor de verdeling per provincie wordt

rekening gehouden met het inwonersaantal op 1 januari 2014 –, met de capaciteit, dus de bedden, en met de werkzaamheden of activiteit van het ziekenhuis. Deze programmatiecriteria of bijkomende criteria hoorden te worden vastgelegd door de Vlaamse Regering.

Twee ministeriële beslissingen zijn echter nietig verklaard door een arrest van de Raad van State. Het gaat om het arrest van 29 juni 2017 betreffende de vernietiging van twee beslissingen omtrent de erkenningen van NMR-toestellen in Vlaamse ziekenhuizen. De eerste nietig verklaarde beslissing is de beslissing van het agentschap Zorg en Gezondheid om een vergunning te weigeren aan de associatie tussen het Sint-Vincentiusziekenhuis te Deinze en het OLV van Lourdes Ziekenhuis te Waregem om een toestel te kunnen plaatsen. De tweede nietig verklaarde beslissing is de ministeriële goedkeuring om zeven ziekenhuisassociaties een vergunning te verlenen: AZ Heilige Familie Rumst in associatie met de Sint-Jozefkliniek Bornem-Willebroek; AZ Sint-Jozef Malle; Sint-Franciscus Ziekenhuis Heusden-Zolder; AZ Zusters van Barhartigheid Ronse; Sint-Andriesziekenhuis Tielt in associatie met Sint-Jozefskliniek Izegem en AZ Delta Roeselare; AZ Sint-Augustinus Veurne in associatie met Sint-Rembertziekenhuis Torhout; Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven in associatie met AZ Diest.

Minister, vandaar graag een antwoord op de volgende vragen. Welke stappen zult u zetten naar aanleiding van dit arrest? Hoe zal het verdere beleid worden aangepast na deze nietigverklaarde erkenningen? Hoe zal er worden omgegaan met prestaties komende van toestellen waarvan het door de recente discussie naar aanleiding van de uitspraak van de Raad van State niet zeker is of ze nu wel of niet erkend zijn of zullen zijn? Hebt u zicht op de stand van zaken betreffende het ingestelde moratorium? Welke andere mogelijkheden overweegt u om de capaciteit op te drijven, naast het uitbreiden van de programmatie en dus ook het verhogen van het aantal NMR-toestellen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, mevrouw Sleurs, na het arrest van de Raad van State hebben we juridisch advies ingewonnen over de implicaties van die beslissing. Op basis daarvan kunnen we besluiten dat de bijkomende programmatiecriteria moeten worden opgenomen in een besluit van de Vlaamse Regering. Dat is een beetje merkwaardig. Het arrest zegt dat we wellicht wel zeer objectief zijn geweest, maar dat die criteria supplementaire programmatiecriteria zijn en dat dat een reglementair kader moet zijn, terwijl wij natuurlijk, wetende dat we de schaarse gingen verdelen, op zoek waren naar objectieve criteria die onze bestuurs-handelingen of die van onze administratie konden motiveren, zoals dat voor elke bestuurshandeling moet gebeuren. Dat is ook de reden waarom ook heel lang is overlegd met de sector, precies over die criteria die uiteindelijk zijn gebruikt.

We zijn dat besluit aan het voorbereiden. Uiteraard is het de bedoeling ons te baseren op datgene waarover ook lang met de sector en met de radiologen is overlegd als basis van de afweging die moet worden gemaakt om een keuze te maken tussen de veelheid van kandidaten.

De ziekenhuizen die naar aanleiding van de procedure een erkenning hebben ontvangen, hebben een bericht gekregen dat de erkenning voor een dienst medische beeldvorming waarin een NMR-toestel wordt opgesteld, voorlopig ongewijzigd blijft. Op dit ogenblik zijn de planningsvergunningen vernietigd, maar de erkenningen zijn daar nog niet in betrokken. De dienst kan dus worden geëxploiteerd in afwachting van juridisch onderzoek dat zal uitwijzen welke stappen verder moeten worden gezet. Je kunt dat een beetje vergelijken met het volgende. Het is niet helemaal hetzelfde, maar toch. Stel dat je een bouwvergunning hebt gekregen voor een huis dat staat op een gewestelijk ruimtelijk uitvoeringsplan

(GRUP) en dat GRUP is vernietigd. De vraag is dan natuurlijk wat de status van je bouwvergunning is. Onze advocaten, onze juristen zeggen dat die zaken – voorlopig, uiteraard – niks afdoen van de erkenning, maar uiteraard kan die toestand niet blijven duren en moet ter zake worden gehandeld.

Het algemene moratorium is door de federale overheid ingesteld tot het einde van de legislatuur. Die overheid kan beslissen om dat moratorium geheel of gedeeltelijk op te heffen. Door het koninklijk besluit van 18 juni 2017 werd het moratorium op diensten medische beeldvorming met NMR en NMR-toestellen de facto opgeheven. We hebben nu dus geen wet meer die verbiedt om nieuwe programmatie te creëren of ruimte voor NMR te creëren, of ook ons verbiedt om te erkennen. Doordat de programmatorische ruimte voor NMR in Vlaanderen volzet is, kunnen er geen bijkomende toestellen worden erkend. De enige mogelijkheid om bijkomende toestellen in Vlaanderen op te stellen, is dan ook het verruimen van de programmatie.

Als Vlaamse overheid zijn wij van mening dat NMR stilaan een basistechnologie is, die efficiëntere onderzoeksmethodes, lagere kosten en minder bestraling realiseert. In plaats van een programmatie op basis van een aantal toestellen lijkt het ons misschien zinvoller om te werken met afspraken over het gebruik, het aantal prestaties volumematisch en de budgettaire consequenties daarvan. Ik baseer me ook op de adviezen van de Vlaamse Adviesraad voor de Erkenning van Verzorgingsvoorzieningen (VAR) van 25 september 2007 en van 22 september. Van dat laatste advies kan ik het jaar echter niet in mijn voorbereidingen zien. In ieder geval, we hebben adviezen in Vlaanderen die ook al in die richting gaan.

Opdat elk ziekenhuis zou kunnen beschikken over een NMR-toestel hebben we ook in een brief van 10 maart 2015, al een tijdje geleden, aan de federale collega bevoegd voor de volksgezondheid gevraagd of een uitbreiding op korte termijn van het aantal diensten met NMR-toestellen nog mogelijk is, hetzij door het creëren van bijkomende NMR-diensten in ziekenhuizen, hetzij door de opheffing van het maximumaantal diensten en toestellen voor het rijk. In de brief van 7 april die we daarop hebben gekregen, heeft de federaal minister bevoegd voor de volksgezondheid gesteld dat de federale overheid geenszins van plan was om de programmatie op het maximumaantal toestellen los te laten en dat conform het protocolakkoord inzake medische beeldvorming van 24 februari 2014 eerst de vorige schijf van programmatie diende te worden geëvalueerd.

Hierbij moest worden nagekeken of de verhoging van de NMR-capaciteit tot de gewenste substitutie van CT-onderzoeken had geleid en of het principe van de budgetneutraliteit werd gerespecteerd. We zijn ondertussen twee jaar verder en we vernemen dat de bevoegde federale overheid de evaluatie van het protocolakkoord aan het finaliseren zou zijn. We zullen er ook dit najaar uiteraard op aandringen om werk te maken van die evaluatie van dat protocolakkoord inzake medische beeldvorming, en de bespreking over een actualisatie van dat protocolakkoord zullen we ook op de agenda van de interministeriële conferentie zetten. Zonder meer ruimte op de programmatie is het niet mogelijk om bijkomende toestellen te erkennen en deze technologie beschikbaar te maken voor alle ziekenhuizen.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, dank u wel voor uw antwoord. Als ik het goed heb begrepen, wordt het moratorium sowieso dus wel aangepast, aangezien er geen enkele wet meer is om te verbieden uit te breiden. Vlaanderen neemt sterk de optie om naar MRI te gaan in plaats van CT. Als ik uw antwoord goed heb gevolgd, zal de budgetneutraliteit nu echter voornamelijk te pas komen via het antwoord op uw protocolakkoord. Kunt u dan ook een stand van zaken geven? Volgens welke criteria zal worden bepaald hoe en van welke ziekenhuizen of ziekenhuisnetwerken erkenningen voor CT dan zullen worden stopgezet? Zit dat ook bij dat protocolakkoord? In

Vlaanderen kiezen we immers voor MRI. We willen dus CT afbouwen, ook gezien de wetenschappelijk eigenschappen daarvan. Is er nu al een zicht op die afbouw en de meerdere MRI's die dat mogelijk zal maken?

De voorzitter: Mevrouw Franssen heeft het woord.

Cindy Franssen (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, ik sluit me graag aan bij de vraag, meer bepaald het feit dat iedereen er inderdaad ondertussen van overtuigd is dat het in het huidige zorglandschap meer dan noodzakelijk is dat elk ziekenhuis over een NMR-toestel kan beschikken, niet het minst voor de patiënten zelf. Ik heb daar ook een schriftelijke vraag over ingediend. Dit haalt de blootstelling aan ioniserende straling drastisch naar omlaag. Ook het kenniscentrum heeft de problematiek in het verleden reeds aangekaart. Het stelt dat, doordat er een programmatie bestaat, er momenteel eerst een CT-scan wordt gedaan om zware problemen in een acute fase uit te stellen, en er nadien alsnog een NMR wordt uitgevoerd in een ander ziekenhuis, als het ziekenhuis in kwestie geen NMR-toestel heeft, om tot een correcte diagnose te komen. Dat kost de gezondheidszorg uiteraard meer, en er is dan ook een totaal onnodige stralingsbelasting.

Een bekommernis die ik ook nog wil meegeven, is dat het hebben van een NMR-toestel vaak ook een voorwaarde of een vereiste is voor de erkenning van andere specialisaties, dus ook daar moeten we zeker de nodige aandacht aan besteden.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Het lijkt me inderdaad belangrijk dat de capaciteit van het aantal NMR-toestellen in het Vlaamse ziekenhuislandschap omhoog zou moeten kunnen. Daar bestaat ook een relatieve consensus over. Minister, ik heb u horen zeggen dat u die beschouwt als een basistechnologie. Daar hangen inderdaad een aantal zaken aan vast binnen het basisziekenhuis. Belangrijker, denk ik, is dat we zekerheid creëren. Minister, dat besluit inzake de programmacriteria dat de Vlaamse Regering moet nemen, dat u niet zelf mag nemen volgens de Raad van State, lijkt me dus dringend, om zekerheden te geven aan ziekenhuizen die nu op zoek zijn naar die broodnodige basistechnologie, onder meer gezien de stralingsbelasting, waar mensen toch attent voor zijn.

Ik zou echter graag ook een tweede insteek maken, ook een beetje gebaseerd op een noodkreet die is geslaakt door zowel radiologen als het betrokken directoraat-generaal van het RIZIV en die begin september in de Artsenkrant is verschenen. We moeten er immers ook voor zorgen, denk ik, en daarin heeft ook Vlaanderen een rol te spelen, dat er een rationeel gebruik is van medische beeldvorming. Wat we nu immers zien, is wat mevrouw Franssen net heeft beschreven: er worden twee scans genomen, én een CT-scan én een MRI. Dat is ook niet goed als het gaat over een rationeel gebruik van beeldvorming. Het kan niet zijn dat men gewoon dubbel scans gaat nemen. Daarom lijkt het me belangrijk dat we in de discussie over het protocol ook praten over dat rationeel gebruik, maar dat kan volgens mij het best door NMR als basistechnologie te erkennen. We moeten ook beseffen dat die CT-scans nog nuttig kunnen zijn voor andere ziektebeelden, maar dan is er geen sprake van dubbel gebruik. Daar moeten we dringend werk van maken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Misschien toch een paar zaken uit elkaar houden om geen babylonische spraakverwarring te krijgen. In de vorige legislatuur is er inderdaad een protocol gemaakt tussen de gemeenschappen en de federale overheid over een aantal thema's. Een daarvan was programmatie-uitbreiding voor NMR, een ander de PET-scanner (positron emissie tomografie) enzovoort. Dat protocol kwam er net in een periode waarin de gemeenschappen bevoegd werden voor de investeringsfinanciering, ook voor de zware medische apparatuur. Voor NMR zijn

de nieuwe toestellen daarbuiten gehouden, omdat de federale overheid heeft gezegd die financiering te zullen verwerken in de financiering via het ziekenhuis. Voor andere aspecten is dat wel degelijk verwerkt in onze nieuwe bevoegdheid voor de financiering van investeringen. Ik kan me vergissen, maar ik denk dat de CT-scan niet aan programmatie is onderworpen. Dat is dus vrij. De redenering van de federale overheid op dat ogenblik was echter, en dat is uiteraard ook afgesproken met de beroepsvereniging van radiologen, dat men eigenlijk een substitutie-effect zou moeten kunnen provoceren. Daarom zijn er ook heelder campagnes voor de sensibilisering van radiologen gevoerd. Dat is immers niet goed voor de gezondheid. Men heeft dan de uitbreiding van het aantal toestellen onder meer budgettair verantwoord door op dat substitutie-effect te wijzen.

De vraag is nu natuurlijk of dat heeft gewerkt of niet. Dat kunnen wij niet nakijken. Daar moet je de nomenclatuur voor hebben, en de gegevens van de prestaties. Ik denk dat dat ook niet zo gemakkelijk is. Ondertussen zijn er natuurlijk nieuwe indicaties gekomen. Dat is toch wel een complex verhaal, denk ik, maar goed, in dit soort dossiers moet de gemeenschapsminister met twee woorden spreken, want wij kunnen natuurlijk vinden dat we vanalles moeten hebben, maar het is wel iemand anders die daar de budgettaire consequenties van moet nemen.

Wat natuurlijk ondertussen ook is gebeurd, is het volgende. In dat protocol was ook afgesproken dat de toestellen in de zware medische apparatuur zouden worden geïdentificeerd en er dus een link zou moeten kunnen worden gelegd tussen het nummer van het toestel en de prestatie die daarmee is verricht. Dat is gebeurd. Ik heb, uiteraard samen met u, gelezen dat de federale overheid, meer bepaald het RIZIV, inderdaad op een bepaald moment aan een aantal ziekenhuizen het bericht geeft gegeven dat ze prestaties hebben gedaan op blijkbaar niet erkende toestellen. Ik heb begrepen dat daarover pv's zijn gemaakt. Daar is dus op zich ook een debat bezig. Ik begrijp dat men bij het RIZIV vindt dat, als er een programmatie is, men zich daaraan moet houden en dat niet-erkende toestellen eigenlijk niet in dat plaatje passen. Dat verhaal komt daar dus nu nog bij. De vraag is nu natuurlijk hoe er nu moet worden geageerd.

De programmatie waarover we spreken op het niveau van de Vlaamse Regering, is natuurlijk de programmatie binnen het absolute cijfer van te erkennen toestellen zoals dat door de federale overheid is opgegeven. Wij kunnen dat aantal toestellen niet uitbreiden. Dat is ook na de staatshervorming een expliciet federale bevoegdheid gebleven. Wat dat besluit van de Vlaamse Regering dus zal doen, is de schaarste waarover we moeten beslissen toewijzen op basis van criteria. Die criteria hebben we natuurlijk ook al gebruikt in de eerste ronde die we hebben gedaan. We hebben met de sector overlegd. Zoveel ziekenhuizen vragen dit. Er zijn maar zoveel toestellen te geven. We hebben met de sector afgesproken wat volgens hen de criteria zijn die wij moeten gebruiken. Op basis van die criteria heeft de administratie dan toewijzingen gedaan, waarvan nu de ene zegt dat ze niet correct zijn gebeurd of dat men daarover van mening verschilt. Bij al die argumenten kunnen er valabele dingen zitten. De Raad van State heeft zich niet uitgesproken over de pertinentie van die criteria. Hij heeft alleen gezegd dat we ze alleen mogen gebruiken als we ze in ons eigen reglementair kader opnemen, terwijl wij van oordeel waren dat we in ieder geval een individuele beslissing moesten motiveren als bestuurshandeling en dat we daar toch argumenten voor mochten bijeenzoeken. Blijkbaar heeft de Raad van State dat anders gezien.

Dat besluit over programmatie op Vlaams niveau gaat dus alleen maar iets zeggen in de trant van: de Vlaamse minister, of de leidend ambtenaar – want het is zelfs een gedelegeerde bevoegdheid – zal toekennen binnen de federaal vastgelegde programmatie op basis van die en die mogelijke criteria. En dan zal dat misschien nog per dienst of apparaat verschillen, of dat nu PET-scanners zijn of NMR's. Daar zullen we moeten bekijken hoe we dat technisch formuleren.

Daar gaan we dus op dit moment naartoe. Er zijn de adviezen van de VAR van 2007 en 22 september 2011, en er is onze brief van maart 2015. Wij hebben het gevoel dat die technologie sterk is geëvolueerd. Als ziekenhuizen dus zeggen dat ze een spoedgevallendienst en geen NMR-toestel hebben, dan is die vraag toch wel iets anders dan twintig jaar geleden. We hebben dus al meerdere keren gevraagd of men eens kon nadenken over een andere methode en of die programmatie eventueel uitbreidbaar is.

Er zijn nog negen ziekenhuizen in Vlaanderen die geen NMR hebben. Van die negen zijn er een aantal die in samenwerkingsconstructies zitten, maar als je die dan neutraliseert, wat misschien ook niet de bedoeling is, als die ziekenhuizen weten dat er ruimte in de programmatie is, dan spreken we toch over ongeveer zes ziekenhuisorganisaties, -netwerken of -samenwerkingsverbanden waar er nog geen NMR is. We hebben een aantal van die partijen natuurlijk ondertussen al gezien. We begrijpen de gedrevenheid waarmee ze vechten voor die technologie, maar we hebben hun ook proberen duidelijk te maken dat het eigenlijk niet veel oplost om onder elkaar hier in Vlaanderen daarover te discussiëren, want als diegene die er nu geen heeft, er een krijgt, gaat iemand anders hem natuurlijk niet krijgen. Je verplaatst het probleem dus, maar je lost het eigenlijk niet op. Daarom denk ik toch dat de vraag is of dat protocol kan worden geëvalueerd en of we kunnen zien of dat zijn budgettair effect heeft bereikt, en of er andere technieken mogelijk zijn om dit soort programmatie mee uit te voeren. In plaats van toestellen kun je bijvoorbeeld naar volumes van prestaties gaan. Nogmaals, ik moet met twee woorden spreken, want wij zijn daarvoor niet bevoegd.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord. De problematiek is inderdaad complex. Geneeskunde gaat soms sneller dan regelgeving. Ik neem er echter nota van dat u inderdaad zoekt naar de beste oplossing. Ik denk dat we inderdaad met de Federale Regering snel naar een oplossing moeten gaan, om zo goed mogelijk naar een betere programmatie te kunnen gaan van modernere toestellen in het landschap van onze geneeskundige zorg.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over neonatale screening op mucoviscidose – 2846 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, we weten allemaal dat muco een erfelijke ziekte is die in Europa veel voorkomt. Hoewel die aangeboren is, is die niet altijd onmiddellijk zichtbaar bij de geboorte en worden de symptomen niet altijd gedetecteerd, vaak tot in het eerste levensjaar of soms zelfs langer. Het is wel heel belangrijk om heel snel die diagnose te stellen, omdat je op die manier ook heel snel kunt gaan behandelen en kunt vermijden dat de gevolgen van die ziekte groter zijn dan ze zouden moeten zijn. We hebben referentiecentra, en als daar op een goede manier mee wordt omgegaan, dan zie je dat zowel qua levenskwaliteit als qua levensduur een behandeling een heel positief effect kan hebben. Daar zijn we het over eens. Als we willen dat die diagnose snel en jong gebeurt, dan is die screening natuurlijk van zeer groot belang. Het is eigenlijk een basisvoorwaarde, omdat men op die manier een diagnose kan stellen en daarna kan worden doorverwezen naar een referentiecentrum.

Minister, daarom hebben we in december 2016 in de plenaire vergadering kamerbreed een voorstel van resolutie over het invoeren van die neonatale screening aangenomen. Ik stel u deze vraag dus vooral om te weten wat de stand van zaken is met betrekking tot de uitvoering daarvan. We stellen immers geen resoluties op voor de lol. We stellen resoluties op omdat we willen dat het beleid ter zake verandert. Welke acties hebt u gedaan om de uitrol van de neonatale screening in te voeren? Welk stappen moeten nog worden gezet, en, wat vooral heel belangrijk is, welke timing ziet u voor al die stappen? Hebt u al afspraken gemaakt met de federale overheid betreffende een vlotte doorverwijzing na de diagnose? In de resolutie werd er ook op aangedrongen te bekijken welke andere ziektes we nog moeten opsporen of op welke ziektes we nog kunnen gaan screenen. Welke stappen zijn ter zake gezet en zullen nog worden gezet?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De technische werkgroep 'neonatale screening' die werd opgericht in opdracht van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid en voorgezeten en voorbereid door Zorg en Gezondheid, bereidde een dossier voor waarover de laatste interministeriële conferentie een principiële gunstige beslissing nam.

Intussen is op 1 september 2017 een studie gestart waarin via kwalitatief onderzoek wordt nagegaan welke informatie ouders willen krijgen met betrekking tot het opsporen van muco, op welk moment en via welk kanaal. Het is belangrijk te weten wat het standpunt is van de doelgroep, namelijk de toekomstige ouders, omdat deze screening in sommige gevallen DNA-analyse omvat en zodoende tal van complexe ethische vraagstukken teweegbrengt – die ook organisatorische consequenties hebben – waaronder de geïnformeerde keuze. De resultaten van deze studie worden ten laatste in mei 2018 verwacht en zullen ook bijdragen tot optimalisatie van de wijze van communiceren en sensibiliseren voor het hele bevolkingsonderzoek naar aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen via een bloedstaal.

Om zicht te krijgen op de gezondheidseconomische impact van neonataal opsporen van mucoviscidose en om te beschikken over een instrument om deze permanent te kunnen evalueren, is midden 2017 een studie opgestart waarbij dit in kaart wordt gebracht. De resultaten zullen in het voorjaar 2018 beschikbaar zijn.

Mijn intentie is in elk geval om, zoals gevraagd door het parlement, in Vlaanderen te kunnen starten voor het einde van de legislatuur en, als alle partijen meewillen, mogelijk al in de loop van 2018.

De technische werkgroep zal in het najaar verder zoeken naar haalbare oplossingen voor de resterende knelpunten die het organiseren van een bevolkingsonderzoek naar mucoviscidose nog in de weg staan. De interkabinettenwerkgroep (IKW) die de interministeriële conferentie (IMC) voorbereidt, zal in elk geval nog tot een consensus moeten komen met betrekking tot de budgetverdeling tussen het RIZIV en gemeenschappen.

Inpassen van neonataal opsporen van mucoviscidose in de bestaande neonatale screening zal ook organisatorische aanpassingen vergen aan het lopende bevolkingsonderzoek. Mijn administratie werkt een stappenplan uit om de implementatie van mucoscreening en het huidige bevolkingsonderzoek maximaal op elkaar af te stemmen.

Eind 2018 wordt een nieuwe oproep gelanceerd voor het sluiten van een beheersovereenkomst vanaf 2020 met organisaties met terreinwerking die het bevolkingsonderzoek bij pasgeborenen uitvoeren. Bij het vastleggen van opdrachten en budget zal rekening gehouden worden met wat nodig is voor het opsporen van mucoviscidose.

Principieel is in de IMC al overeengekomen dat hieromtrent goed zal worden samengewerkt. De praktische modaliteiten hiervoor zullen ook door de technische werkgroep worden uitgewerkt.

Voor de doorverwijzing van de pasgeborenen met een afwijkend screeningsresultaat naar de gespecialiseerde centra – de referentiecentra mucoviscidose – is dit evident, maar ook het inschakelen van de centra voor menselijke erfelijkheid voor genetische counseling is belangrijk. In elk geval zal de capaciteit van de genetische centra en de referentiecentra voldoende groot moeten zijn.

Daarnaast is het belangrijk dat de betrokken beroepsgroepen afspraken maken en in transparante in protocollen voorzien.

Het is ook een opdracht van de technische werkgroep om na te gaan of het aantal op te sporen aandoeningen niet moet worden uitgebreid. Dit is een omvangrijke opdracht, niet het minst omdat het vaak over complexe screeningsalgoritmes gaat. Er is door de technische werkgroep al overleg opgestart om de opsporing van hemoglobinopathieën, en meer specifiek drepanocytose op te sporen.

Ook worden de beleidsinitiatieven ter zake in het buitenland opgevolgd. Hierbij dient onderstreept dat de samenstelling van de bevolking, de genetische pool, mee bepaalt of het zinvol is om een bepaalde ziekte op te sporen.

Omdat we eerst werk willen maken van het implementeren van de screening naar mucoviscidose heeft de IKW in maart 2017 beslist om de uitbreiding naar andere op te sporen ziekten in een later stadium op te nemen. Het is niet haalbaar om alles simultaan aan te pakken.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): De belangrijkste zin die u zegt, is dat u nog steeds de ambitie of het plan hebt om voor het einde van de legislatuur de screening op mucoviscidose in te voeren en indien mogelijk nog vroeger. Die 'indien mogelijk vroeger' is nog belangrijker omdat er heel vraag naar is en er heel veel draagvlak bestaat. Er is ook al heel veel gebeurd om het mogelijk te maken. Het is niet zo dat dit totaal nieuw is. Er is door alle betrokkenen, alle stakeholders al heel veel werk verzet om na te gaan of het haalbaar is, hoe het haalbaar is en welke vraagstukken er zijn.

Ik hoor u twee studies vermelden: een in 2018 over hoe ouders bereikt willen worden en een ander in het voorjaar van 2018. Het is goed dat er studies gebeuren en we moeten die zeker au sérieux nemen, maar het is ook belangrijk dat er intussen ook stappen worden gezet. We moeten niet wachten op het einde van deze studies. Intussen kan alles in gang worden gezet en kan dan worden nagegaan hoe de conclusies van de studies kunnen worden ingevoerd.

U weet dat de oppositie blij was dat er kamerbrede steun was, maar we vonden het einde van de legislatuur al de uiterste deadline en eigenlijk mocht het vroeger worden ingevoerd.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Ik wil daar toch ook mijn zegje over doen. Minister, ik dank u voor uw antwoord. De resolutie is kamerbreed goedgekeurd, wat belangrijk is. Ik wil u ook steunen in de aanpak van de planning. In de geneeskunde mag het inderdaad altijd sneller, maar het is toch heel belangrijk om de screening op een zeer goede manier te doen in samenwerking met de verschillende centra, ook de genetische. De juiste counseling moet gebeuren. Er moet dus voor worden

gezorgd dat alvorens de implementatie gebeurt, iedereen goed weet waarover het gaat. Er is voldoende ethiek. Het is nooit goed om in dergelijke materies te willen lopen vooraleer men kan stappen.

We steunen allemaal neonatale screening, maar in de praktijk moeten de juiste afspraken worden gemaakt tussen de verschillende disciplines en specialiteiten.

Er komt nog een hoorzitting over genetische testen in het algemeen. Dat zal ons toestaan om het hele plaatje te zien.

De voorzitter: We moeten die hoorzitting nog vastleggen. Dat staat op onze radar. De heer Bertels is samen met de heer Persyn een van de aanstokers, als ik dat zo mag zeggen. (*Gelach*)

Elke Sleurs (N-VA): Hiermee duid ik nog eens het belang van de discussie over genetische testen.

Bart Van Malderen (sp.a): Mevrouw Sleurs en mevrouw Van den Brandt, wat jullie zeggen, is niet in tegenspraak. Er is politieke consensus, wat tot uiting kwam in het unaniem goedkeuren van de resolutie in dit parlement. De hoorzittingen naar aanleiding van deze resolutie hebben ons geleerd dat er grote wetenschappelijke eensgezindheid is over de zaken die moeten worden uitgeklaard. In die zin is het huistakenlijstje van de minister al een tijdje gekend. Ik wil mevrouw Van den Brandt ondersteunen in haar pleidooi om niet in een stop-and-go te gaan waarbij het ene wordt afgewacht om het andere op te starten. Er kan op verschillende vlakken vooruitgang worden geboekt. Ik leid uit het antwoord trouwens af dat die aanpak gehanteerd wordt.

Minister, u verwijst naar de laatste interministeriële conferentie. Ik ga ervan uit dat dit die is van 26 juni omdat ik dan een ijkpunt heb. Ik heb begin juni een schriftelijke vraag gesteld waarin u antwoordt dat u een principiële goedkeuring zal vragen aan de interministeriële conferentie. Ik ga ervan uit dat dit deze is.

U zegt verder dat u twee bijkomende onderzoeken zult opstarten. Ik zie nog twee valkuilen. Een eerste is het akkoord over de financiering. Er kan grote politieke en wetenschappelijke consensus zijn over de noodzaak en de te volgen methode, maar op het einde van de rit zal dit traject moeten worden gefinancierd. U weet zich gesteund door het hele Vlaamse Parlement. Is er binnen de IMC ondertussen een soort akkoord al dan niet uitgesproken, al dan niet geacteerd? Als op het einde van de rit de factuur wordt neergelegd, moet die betaald worden. Het zou een bijzonder frustrerende oefening zijn om eerst dit hele traject te doorlopen om dan vast te stellen dat het financiële vraagstuk aanleiding zou geven tot vertraging of nog erger afstel. Ik wil geen Cassandra zijn, maar het lijkt me wel belangrijk om dat te weten.

Ten tweede hebt u terecht gekozen om mucoviscidose naar voren te trekken, maar er is een langer lijstje van vier ziektes met ook nog ernstig gecombineerde immuunstoornis (SCID), lysosomale stapelingsziekten en de hemoglobino-pathieën.

Is er consensus binnen de IMC om het prioriteren van mucoviscidose te aanvaarden? Het zou al even erg zijn dat we op het einde van de rit goed vooruitgegaan zijn in het opzetten van een uitbreiding van de test naar mucoviscidose als men dan op het federale niveau of bij andere gemeenschappen zou zeggen dat ze de hemoglobino-pathieën plots zo belangrijk vinden dat die ook moeten worden meegenomen. Hoe groot is dus het draagvlak voor de aanpak die in Vlaanderen wordt gehanteerd? Welke garanties hebt u om die stappen die we allemaal steunen, voorwaarts te zetten?

Minister Jo Vandeurzen: Op het IMC was er een A-document. Dat betekent dat er consensus over was. Ons agentschap heeft de lead van de werkzaamheden, maar het is een beslissing van alle gemeenschappen en de federale overheid.

De financiering is uiteraard een punt waar het nog moeilijk kan worden. Ik zou bijzonder naïef zijn om iets anders te zeggen. Het is steeds een beetje dezelfde redenering. Als wij van oordeel zijn dat dit een gemengde bevoegdheid is, dan moeten de collega's aan de andere kant er ook van overtuigd kunnen zijn om dat te doen. Als u voortdurend denkt mij te moeten framen dat als ze niet willen ik dat allemaal zelf maar moet betalen, dan zal het niet werken. We moeten overleggen, proberen te overtuigen en te sensibiliseren. U zult allemaal ook in het federale parlement uw werk doen. We zullen op die manier zien hoe we vooruit geraken. Dat is de methode van werken.

Als de bevoegdheidsverdeling betekent dat er moet worden samengewerkt en als dat niet lukt, dan betekent dat niet dat de budgettaire consequenties voor 100 procent door ons moeten worden gedragen. We proberen iedereen te overtuigen en tot nu toe is dat in de IMC wat dit thema betreft, gelukt. We hebben de vraag van het Vlaams Parlement geconcretiseerd door zelfs de leiding van die werkgroep op te nemen. Op die manier zijn we zeker dat we vooruit blijven gaan.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik wil één naïviteit behouden: als we zowel op Vlaams als federaal niveau dezelfde partijen in de meerderheid hebben en als er in het Vlaams Parlement een politieke consensus kamerbreed wordt gevonden over een bepaalde maatregel, dan moet de financiering worden uitgeklaard en dan is daar absoluut een oplossing voor te vinden. Laat ons hopen dat het hier niet op breekt, want dat zou een bijzonder negatief beeld van de politiek zetten en het wantrouwen in de politiek allen maar doen vergroten.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over onderzoek naar kennis van HPV-vaccinatie (humaan papillomavirus) – 2855 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, het humaan papillomavirus (HPV) is een virus dat bepaalde types ernstige kankers en ziektes kan veroorzaken bij zowel vrouwen als mannen. Ipsos deed een onderzoek naar de kennis van HPV in België en dit leverde enkele interessante conclusies op.

In Vlaanderen ligt de vaccinatiegraad met 90 procent zeer hoog. Dat is vooral omdat er op school gratis vaccinaties voor meisjes zijn. Voor 63 procent is dat een reden om zich te laten vaccineren. Ook de helft van de Vlaamse moeders gaf dat aan. De belangrijkste reden om niet te vaccineren, blijkt onvoldoende informatie over HPV.

Vaccinatie tegen HPV wordt aanbevolen en gratis aangeboden via de CLB's aan meisjes in het eerste middelbaar. Naast de schoolprogramma's worden de beschikbare HPV-vaccins ook terugbetaald voor meisjes van 12 tot en met 18 jaar. Sinds juni 2017 wordt een nieuw vaccin dat 9 types bevat, terugbetaald.

Ook jongens kunnen besmet zijn of worden met HPV. Zo'n 62 procent van de moeders met zonen weet niet dat ook hun zoon geïnfecteerd kan zijn. Uit het

onderzoek van Ipsos blijkt dat 60 procent deze moeders vindt dat het vaccin beschikbaar moet worden gemaakt voor hun zonen.

Minister, overweegt u een genderneutraal vaccinbeleid voor HPV? Hebt u argumenten om dat niet te doen? Zult u het opentrekken naar jongens? Er is gebrek aan informatie. Een groot deel weet niet wat de impact is op jongens. Er is ook nog winst te boeken door de ouders van meisjes te informeren. Ziet u op het vlak van bewustmaking nog andere stappen mogelijk?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dames en heren, allereerst wil ik opmerken dat de studie van Ipsos uitgevoerd werd op vraag van of gefinancierd door Merck-MSD, de firma die het vaccin produceert tegen negen types HPV.

Voor het vaccinatiebeleid heb ik steeds de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad als uitgangsbasis genomen. Ik heb voorlopig nog geen officiële wijziging van de aanbevelingen gezien, al werden die al maanden geleden aangekondigd. Als de Hoge Gezondheidsraad genderneutrale vaccinatie aanbeveelt vanuit louter volksgezondheidsargumenten, dan moeten we dit zeker mee in overweging nemen.

Ik wil daarbij wel opmerken dat ook kosteneffectiviteitselementen een belangrijk gegeven zijn in een beslissing dienaangaande. Het moet immers duidelijk zijn dat we met het beschikbare preventiebudget zoveel mogelijk gezondheid willen kunnen 'kopen' voor de Vlaamse burger. Een dergelijke onafhankelijke studie is voor België nog niet beschikbaar, al heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in het voorjaar aangekondigd hierover een studie uit te voeren.

Recent, namelijk in juli 2017, heeft het Joint Committee on Vaccination and Immunisation, een adviesorgaan voor het vaccinatiebeleid in Groot-Brittannië, enerzijds gesteld dat bijkomende vaccinatie van jongens niet kosteneffectief is bij een vaccinatiegraad van 90 procent meisjes alleen. Deze vaccinatiegraad in Engeland is vergelijkbaar met die in Vlaanderen. Het ontbreken van een duidelijke kosteneffectiviteit betekent anderzijds niet noodzakelijk dat vaccinatie van jongens niet kan worden overwogen, op basis van 'equity' of gelijke behandeling. Het advies van dat joint committee is gebaseerd op twee onafhankelijke kosteneffectiviteitsstudies.

De studie die u citeert, geeft inderdaad wel wat informatie over de kennis van HPV-infecties, maar ik heb geen informatie over de concrete vraagstelling en over hoe de te bevragen doelgroep geselecteerd werd.

Bij de start van het HPV-vaccinatieprogramma in 2010 hebben we aan de CLB's en scholen folders ter beschikking gesteld van alle leerlingen in het eerste jaar secundair onderwijs met de bedoeling hierover te kunnen praten in de les of op het CLB. Toen was de indicatiestelling in het advies van de Hoge Gezondheidsraad voor deze vaccins enkel de preventie van baarmoederhalskanker. Ondertussen zijn de indicaties van alle HPV-vaccins verruimd naar meer soorten precancereuse letsels en kankers.

In elk geval is het inderdaad belangrijk dat zowel meisjes als jongens op de hoogte worden gebracht over de bredere toedracht van HPV-infecties. Ik zal hiervoor het agentschap Zorg en Gezondheid en de Vaccinatiekoepel vragen een aantal voorstellen uit te werken. Het spreekt voor zich dat via het departement Onderwijs de CLB's en scholen hierbij moeten worden betrokken.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, dat u wacht op het advies van de Hoge Gezondheidsraad lijkt mij de meest logische houding om een keuze te maken op

het vlak van beleid. En ook de studie van het KCE – zolang het nog onafhankelijk mag bestaan – lijkt me absoluut een basis om uw beleid op te steunen. Ik vond het wel interessant om te weten hoe u hiernaar kijkt en welke positie u inneemt. Zodra die gegevens beschikbaar zijn, kunnen we deze vraag hernemen.

De voorzitter: Mevrouw Sleurs heeft het woord.

Elke Sleurs (N-VA): Ik heb een paar weken geleden ook al deze vragen gesteld en een pleidooi gehouden voor het nonavalent vaccin. Ik was nog niet op de hoogte van de studie van het joint committee, maar zal ze zeker bekijken. Ik hoop toch dat de Hoge Gezondheidsraad zeer snel met een advies komt en dat we in Vlaanderen zwaar blijven inzetten op het overwegen van vaccinatie vanaf 9 jaar, zowel voor jongens als voor meisjes. Minister, ik hoop dus dat u zeer snel een beroep kunt doen op het advies en op de internationale literatuur om het vaccinatiebeleid verder vorm te geven en om Vlaanderen HPV-vrij te krijgen. Dat zou een mooie doelstelling zijn.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp-a): Op basis van het advies van de Hoge Gezondheidsraad en de voorstellen van het agentschap hoop ik dat we met een positieve blik kunnen kijken naar het ook vaccineren van jongens tegen HPV.

Ik wil nog een element in de discussie brengen, namelijk cijfermateriaal van Kom op tegen Kanker dat aantoonde dat seksueel actieve personen quasi allemaal ooit besmet geraken met HPV, maar dat dit geen gevolgen heeft later. Dat is een belangrijke vaststelling die moet worden meegenomen in die oefening.

De conclusie zou moeten zijn dat we genderneutrale vaccinaties kunnen invoeren. Als ik het goed begrijp, is dat een piste die we allemaal naar voren schuiven. Dit moet worden overwogen op basis van wetenschappelijke evidentie.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Martine Taelman aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de ontwikkeling van verrijkte voeding voor 65-plussers – 2890 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Martine Taelman (Open Vld): Minister, uit een onderzoek van de West-Vlaamse hogeschool VIVES in samenwerking met de KU Leuven blijkt dat 65-plussers nood hebben aan verrijkte voeding. We wisten al dat ondervoeding een ernstig probleem is bij ouderen. Ouderen hebben dikwijls minder zin in eten, maar hebben uiteraard wel nood aan voldoende voedingsstoffen. Ouderen zijn zich vaak niet bewust van het probleem, maar onderzoek toonde aan dat 7 procent van de ouderen die thuis woont ondervoed is, en 29 procent loopt het risico op ondervoeding.

Supplementen proteïnen of vezels in poedervorm of pillen kunnen een oplossing bieden, maar de onderzoekers ontwikkelden nog een andere methodiek om het probleem op te lossen. Ze ontwikkelden voeding waarin extra proteïne is ingebracht. Ze lieten deze producten ook proeven door ouderen en blijktbaar was dat wel een succes.

Ondervoeding van ouderen is terecht een aandachtspunt binnen de gezondheidsdoelstelling Voeding en Beweging, maar de promotie van het gebruik van verrijkte voeding is daar tot op heden nog niet in opgenomen.

Minister, hoe staat u tegenover het gebruik van verrijkte voeding om ondervoeding bij ouderen te voorkomen? Bent u bereid om sensibiliseringscampagnes te voeren om ouderen ervan bewust te maken dat zij nood hebben aan verrijkte voeding en het risico lopen op ondervoeding? Zeker in de gezinszorg, waar voeding toch een belangrijk onderdeel vormt in de dagelijkse ondersteuning, zijn er mogelijkheden om dat bewustzijn te creëren. Ziet u daar een rol voor de gezinszorg weggelegd?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Taelman, momenteel is het Vlaams Instituut voor Gezond Leven, het vroegere VIGeZ, bezig met een studie omtrent preventie van ondervoeding bij ouderen. Op basis hiervan zal dan bepaald worden welk preventief beleid er nodig is om ondervoeding bij ouderen te voorkomen. Het toedienen van verrijkte voeding aan iedere 65-plusser is op dit moment zeker niet aan de orde. Het is mogelijk dat in het preventieve beleid van ondervoeding de verrijkte voeding wel een plaats zal krijgen, maar dan zeker niet als enige en belangrijkste maatregel. Verrijkte voeding heeft zeker wel zijn plaats in de behandeling van ouderen met ondervoeding, maar dit opstarten hoort dan tot de courante zorg en behandeling.

Verzorgenden van een dienst voor gezinszorg en aanvullende thuiszorg spelen een belangrijke rol in het voorzien, bereiden en/of toedienen van gezonde, voldoende en waar nodig aangepaste voeding van hun cliënten. Indien nodig kunnen zij ook een rol spelen in de bewustmaking van ouderen wat het gebruik van verrijkte voeding betreft. Vooraleer hierin te voorzien, dienen er eerst duidelijke richtlijnen te komen rond de promotie van verrijkte voeding en het gebruik ervan. Deze informatie kan vervolgens deel uitmaken van opleiding en/of navorming van verzorgenden.

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Martine Taelman (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw antwoord en voor de openheid om het probleem op te nemen in studies en daarover eventueel richtlijnen te ontwikkelen. Wordt verder opgevolgd!

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de situatie inzake interlandelijke adoptie in Polen – 2898 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, ik vroeg in een schriftelijke vraag van april 2017 naar informatie betreffende de hervormingen van het adoptiebeleid in Polen. U bevestigde dat er belangrijke veranderingen op komst waren en gaf aan dat het adoptiekanaal Polen geschorst zou blijven tot op het moment dat er meer duidelijkheid zou zijn omtrent de wetwijzigingen die er van kracht zouden worden.

Het gaat onder andere over het feit dat er verslagen dienden te worden bezorgd tot en met de leeftijd van 18 jaar en dat er in de eerste 6 maanden na de plaatsing frequent contact moest zijn met de Poolse instanties via Skype, e-mail enzovoort. U antwoordde toen dat het Vlaams Centrum voor Adoptie de impact wenste na te gaan van deze strengere toezichtsverplichtingen.

Ondertussen hebt u enkele maanden de tijd gehad om die situatie te bekijken. Kunt u toelichten wat de situatie in Polen vandaag is? Wat is het standpunt van

het Vlaams Centrum voor Adoptie ten opzichte van dit adoptiekanaal? Zijn er recent problemen opgedoken? Als er problemen opduiken, wat is dan de procedure? Wie is verantwoordelijk? Hoe wordt de verantwoordelijkheid verdeeld tussen de adoptiedienst en het agentschap Kind en Gezin? Op welke manier blijft er contact als er problemen zijn tussen de overheid, de kandidaat-adoptieouders, de adoptieouders en de geadopteerden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dames en heren, in januari 2017 ging de Vlaamse Centrale Autoriteit op missie naar Polen. Er werd toen aangekondigd dat het adoptie- en pleegzorgbeleid grondig zou veranderen. Dit zou tegen eind maart 2017 afgerond moeten zijn. De Poolse Centrale Autoriteit heeft ons in mei 2017 in kennis gesteld van het feit dat er voorlopig geen wetswijzigingen zullen volgen.

Wel is de algemene visie op interlandelijke adoptie gevoelig verscherpt en bijgesteld, wat zich onder meer vertaalt in de beslissing dat er voortaan nog slechts één enkele Poolse adoptiedienst zal kunnen bemiddelen voor interlandelijke adoptie. Voorheen waren dit er drie. Er zal overeenkomstig dit beleid veel meer ingezet worden op alternatieven in het binnenland alvorens een Pools kind voor te stellen voor interlandelijke adoptie.

In tussentijd werd de adoptiedienst ook geïnformeerd over het feit dat de nazorgverplichtingen strenger zullen worden. Naast het feit dat er verslagen dienen te worden bezorgd tot en met de leeftijd van 18 jaar, wordt het de eerste 6 maanden na de plaatsing voor de Poolse betrokken instanties mogelijk om contact te hebben met het kind via persoonlijke ontmoetingen, Skype-gesprekken, e-mails enzovoort. Daarnaast kunnen de rechters voortaan vrij bepalen hoelang de bindingsperiode van het adoptiegezin met het kind in Polen mag duren.

Gezien de verstrengde nazorgmaatregelen en de onduidelijkheid van de duurtijd van de juridische procedures blijft het adoptiekanaal Polen nog steeds opgeschort tot we een duidelijker zicht hebben op de impact hiervan. Echter, kandidaat-adoptanten met een bemiddelingsovereenkomst bij Het Kleine Mirakel kunnen hun adoptieprocedure nog wel afwerken. Zij zijn allen persoonlijk op de hoogte gesteld van het gewijzigde politieke klimaat en de huidige maatschappelijke context waardoor er zich mogelijke vertragingen in hun adoptieprocedure kunnen voordoen.

Het VCA ging bovendien in overleg met de Poolse consul in België om na te gaan op welke manier zij zouden omgaan met de nazorg bij Poolse adoptiekinderen. Het belang van het kind primeert hierbij altijd.

Behalve de gewijzigde politieke en maatschappelijke context, is er één concreet dossier waarvan de juridische procedure problematisch verloopt. Er werd immers door de wettelijke voogd beroep aangetekend tegen de adoptiebeslissing, hoewel de kandidaat-adoptieouders zich al met het kind in België bevonden. De Poolse autoriteiten tillen daar zwaar aan. Er lopen derhalve verschillende gerechtelijke procedures.

Tijdens de missie begin dit jaar in Polen werd in overleg met onder andere de Poolse Centrale Autoriteit, de Poolse kinderrechtenombudsman en het ministerie van Justitie, bekeken of en hoe dit dossier best kon worden opgelost. Deze contacten verliepen constructief, maar leidden niet meteen tot een oplossing voor het gezin. Daarvoor is het wachten op de uitspraak van de Poolse rechtbanken in de beroepsprocedure. Het VCA noch de bevoegde Poolse diensten kunnen vanwege de scheiding der machten interveniëren in een gerechtelijke procedure.

Het VCA waakt erover dat Het Kleine Mirakel de huidige dossiers nauwgezet opvolgt en dat de hele adoptieprocedure gerespecteerd wordt. (Kandidaat)-

adoptieouders en adoptanten met vragen over het kanaal Polen kunnen steeds terecht bij Het Kleine Mirakel.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, waarschijnlijk hebt u ook de uitzending van Bargoens van vorige week gezien waarin het koppel waar u aan refereert een getuigenis gaf. Ze gaven aan dat ze al meer dan een jaar in die moeilijke situatie zitten waarin hun procedure en dus de adoptie worden aangevochten.

Zij gaven toch wel een paar opmerkelijke quotes. Ik heb ze opgeschreven. De adoptievader zegt: "Tijdens de adoptieprocedure zelf zijn we begeleid door het adoptiebureau Het Kleine Mirakel en Kind en Gezin, zoals de wet het voorschrijft. Maar nu het misloopt, staan we er helemaal alleen voor." Een tweede quote: "Het enige wat we gevraagd hebben aan Kind en Gezin is: ga in gesprek met Polen. Dat is ook jullie rol. Geef de vriendelijke boodschap: onze procedures zijn correct en goed. Er is helemaal geen sprake van kinderhandel of corruptie. Dat doen ze niet, mordicus niet." Dat is natuurlijk iets wat in contrast staat met wat u net zegt. U zegt dat er aan nazorg wordt gedaan door Kind en Gezin en door de adoptiedienst. Mijn vraag is dan hoe het komt dat die ouders het op z'n minst zo ervaren dat wanneer het misloopt, ze er eigenlijk helemaal alleen voorstaan. Natuurlijk begrijp ik dat er scheiding der machten is, dat Kind en Gezin niet zomaar kan optreden in een juridische procedure in Polen. Maar we hebben hier al veel gedebatteerd over nazorg, en dit is ook een vorm van nazorg als het misgaat. Het gaat mis tussen twee staten. Die mensen hebben een adoptievonnis, wat eigenlijk een bekrachtiging is van het feit dat ze de procedure correct hebben doorlopen wat ons betreft en ook in het land van herkomst, denk ik. Welke hulp kunnen wij aan die mensen bieden en hoe kunnen we ervoor zorgen dat ze zich op z'n minst niet zo alleen gelaten voelen in het probleem dat zij vandaag ervaren?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik ben teleurgesteld door uw bijkomende vragen. Ik had het kunnen vermoeden toen ik de vraag zag. Als u over een concrete situatie wilt spreken, dan moeten de deuren dicht. Ik denk dat ik mag zeggen dat als adoptieouders niet tevreden zijn en meningen hebben over de manier waarop De Vlaamse Centrale Autoriteit Adoptie optreedt, dit bespreekbaar moet zijn. Als het nodig is, kan ik daar wel iets over vertellen, maar ik ga dat niet doen in de publieke vergadering. Ik vind het ook niet echt oké op deze manier.

Wat voor mij cruciaal is, is wel dat er nog een procedure hangende is in Polen. In het belang van een kind, met de Poolse media en in het Poolse politieke klimaat, is het toch wel zeer zorgwekkend. Het klinkt misschien alsof ik mij wil verschuilen achter iets, maar ik vind het vanuit dat perspectief niet zo verstandig om in openbare vergaderingen van het parlement een verhaal te doen. Nogmaals, het doet niets af aan het respect voor de mening van de betrokkenen. Wellicht zal dat in die uitzending nog aan bod komen, ik ga daar geen afbreuk aan doen, maar ik vind wel dat als u daarover van mij informatie wilt, dat op een andere manier moet dan in een algemene term verpakte vraag die maar over één concrete casus kan gaan.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, mijn vraag was algemeen en ik heb u eerder dit jaar al een algemene vraag over de schorsing van het kanaal gesteld. Ik heb ze ook in algemene termen gesteld, met de illustratie van wat er vandaag in Polen gebeurt. Ik denk ook dat het een bredere vraag is dan alleen maar deze casus. Het gaat over het feit dat wij vele keren hetzelfde horen in andere verhalen. Dit is een illustratie van een klacht die ons af en toe bereikt, namelijk dat mensen zich in hun nazorg alleen gelaten voelen; dat als er een probleem opduikt, er

geen draaiboek is; dat het niet duidelijk is wie welke verantwoordelijkheid draagt in dezen. Minister, dat is een vraag die u best kunt beantwoorden in de openbaarheid van deze vergadering.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik wil die mensen in hun gevoelens, in hun wanhoop en in hun mening over wat er gebeurd is, geen onrecht aandoen of er een oordeel over uitspreken dat ik niet mag uitspreken op dit moment in een openbare vergadering. Ik ga dat ook niet doen.

Voor mij is het belang van dat kind van cruciaal belang, en hoe in Polen de juridische procedure zal verlopen. Ik heb geen enkel probleem om, als u dat vraagt, informatie te geven, ook op een algemene manier. Maar als het vanuit een casus wordt vertaald naar 'dit is een illustratie van', dan vraag ik een gesloten vergadering, met de VCA erbij. U zult waarschijnlijk ook wel informatie hebben, maar dan moet u dat zo doen. Ik vind het niet oké nu. Nogmaals, met alle respect voor de situatie waarin de betrokkenen zich bevinden. Ik ga hier ook niet de VCA verdedigen of een standpunt innemen in deze casus midden in een procedure die gerechtelijk moet verlopen, in een politiek klimaat. Sorry, dit is niet oké.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Er valt niet veel slotreplik te geven. Mijn vraag gaat over de schorsing van het kanaal Polen.

Minister Jo Vandeurzen: Dat blijft geschorst.

Lorin Parys (N-VA): Dat ging ik ook zeggen: die schorsing blijft. Het is mij alleen niet duidelijk tot wanneer en waar wij nu juist de afweging gaan maken wat de impact is van wat er in Polen gebeurt. U hebt gezegd dat u de impact daarvan gaat onderzoeken. Ik zou dan graag weten welke de criteria zijn en op welke manier we gaan beoordelen of we met Polen blijven voortwerken of niet. Het is goed dat er duidelijkheid is dat de procedure van de kandidaat-adoptieouders die vandaag al een kindtoewijzing hebben, kan worden afgewerkt en tot het einde kan worden doorlopen. Dat is duidelijk aan de ene kant, onduidelijk aan de andere kant aan welke criteria dit in de toekomst zal worden getoetst.

Het gaat over nazorg en een bezorgdheid die hier veel terugkomt, waarvan we nu een casus zien die voor mij misschien een illustratie is van wat er fout loopt in wie waarvoor bevoegd is en wat er gebeurt als er een conflict optreedt. Het is niet alleen een conflict tussen adoptieouders en de autoriteiten in Polen, maar ook over onze adoptieprocedure en over de deelstaat Vlaanderen ten opzichte van de staat Polen. Wij hebben aan die mensen gezegd dat ze de adoptieprocedure correct hebben doorlopen. Het gaat dan uiteindelijk over de relatie tussen een land en Vlaanderen. De vraag is hoe we dat oplossen. Wat is het draaiboek? Hoe gaan we daarmee om? Ik denk dat er wel antwoorden over kunnen komen, minister, zonder dat er details of privacygevoelige informatie of informatie die in dit geval het belang van het kind zou kunnen schaden, in deze procedure kan worden gegeven. Het is een debat dat ik zal blijven voeren, want het is een verhaal dat jammer genoeg veel terugkomt. Het feit dat er geen draaiboek is voor crisissituaties zoals deze of zoals in Oeganda, komt steeds terug. Ik vind het belangrijk om dat in het parlement te blijven aankaarten.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het rapport van Child Focus over weglopende jongeren – 2637 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Voorzitter, minister, collega's, het rapport van Child Focus is intussen al een tijdje uitgebracht. Op 21 juni 2017 werden de resultaten van het onderzoek bekendgemaakt. Het onderzoek gaat over weglopende jongeren. Uit het rapport, opgesteld in samenwerking met de Universiteit van Luik, blijkt dat per dag gemiddeld 22 jongeren wegelopen. Steeds vaker gaat het over jonge meisjes die wegelopen van huis. In 2013 en 2014 bedroeg de verhouding ongeveer 70 procent meisjes tegenover 30 procent jongens. Tien jaar eerder was die verhouding meer in evenwicht. De meeste weglopers zijn tussen 14 en 16 jaar oud, maar 1 procent van de weglopers is tussen 6 en 9 jaar oud. Gelukkig blijven de meeste weglopers niet erg lang weg. Het onderzoek focust ook specifiek op slachtoffers van tienerpooiers, bijzonder interessant voor deze commissie dus.

Child Focus sluit het rapport af met een aantal aanbevelingen die betrekking hebben op vier verschillende aspecten. Ten eerste stelt Child Focus dat ouderschapsondersteuning problemen en wegelopen zou kunnen voorkomen. Daarnaast dienen ook de scholen gesensibiliseerd te worden. Ten derde is het volgens Child Focus ook belangrijk om de beschikbare hulpverlening zo laagdrempelig mogelijk te houden en de jongere daarbij de ruimte te geven die hij of zij nodig heeft. Ten slotte moeten ook de jonge ervaringsdeskundigen betrokken worden bij het uittekenen van een preventiebeleid.

De algemeen directeur van Child Focus gaf mee dat er nood is aan een uitgebreidere kennis over het profiel van jongeren die wegelopen van huis. Enkel zo kunnen we, volgens haar, komen tot 'een multidisciplinaire totaalbenadering voor de preventie en bestrijding van het fenomeen'. Er wordt verder ook benadrukt dat het minstens even belangrijk is om de jongeren na de weglooperperiode verder te begeleiden, zeker ook na de hereniging met het gezin.

Minister, welke maatregelen neemt u om in te spelen op de vier concrete beweegredenen van weglopers, die naar voren geschoven worden in de conclusies van het rapport? Hoe wordt de begeleiding van de jongeren na de weglooperperiode vorm gegeven? Als het gelukkig afloopt en er volgt een re-integratie, is er ook nog een vorm van hulpverlening nodig. Welke initiatieven kunt u nemen om de bekendheid van het reeds bestaande hulpverleningsaanbod bij zowel de jongeren als de ouders groter te maken? Wordt het profiel van de weglopers systematisch in kaart gebracht? Zo ja, door wie?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, we hebben al eens eerder geantwoord op toen vooral de kwantitatieve kant van de cijfers. We verwijzen naar een commissie van voor de zomervakantie, waar we het toen hadden over de samenwerking met Child Focus in het raam van de problematiek van de slachtoffers van tienerpooiers.

Het meer kwalitatieve onderzoek waar het nu over gaat, heeft vooral de verdienste een update te schetsen ruim tien jaar na het eerste onderzoek en duidelijke aandachtspunten naar voren te schuiven naar de aanpak.

Toch twee voorafgaande bedenkingen. Ten eerste moeten we opmerken dat de cijfers van Child Focus betrekking hebben op het nationale niveau. We hebben

momenteel geen zicht op Vlaamse gegevens. We hebben Child Focus wel de vraag naar een opsplitsing voor Vlaanderen gesteld. In elk geval moeten we vaststellen dat we niet over een toename kunnen spreken: in de periode 2007 tot heden zagen we weliswaar schommelingen, maar het gemiddelde over de periode bedraagt ongeveer 1100. Het aantal van 2016, 1134, ligt in die lijn.

Ten tweede is de scope breder dan weglopers uit instellingen, het gaat ook over kinderen, jongeren die weglopen van thuis enzovoort. Daarom is het belangrijk dat de aanpak zich ook situeert op een algemeen welbevinden, het belang van het bespreekbaar houden van de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren en de beschikbaarheid van snel toegankelijke jeugdhulp. Net twee zaken die in onze 2.0-aanpak die we hier ruim schetsten, op de voorgrond treden.

Aangezien we niet over gegevens op Vlaams niveau beschikken, is het moeilijk om een specifiek beleid ter zake te voeren.

Het is wel duidelijk dat we op de belangrijkste conclusies en de beweegredenen voor het weglopen ingrijpen met de versterking binnen de brede jeugdhulp. Child Focus clustert zijn aanbevelingen in vier grote groepen, of met andere woorden: op welke domeinen moeten we inzetten? Jongeren lopen weg omdat het niet meer zo goed gaat in de familie: hier het belang van het werken met de context en snelle ondersteuning aan gezinnen. Of er zijn problemen met leeftijdsgenoten: hier moeten we ook de stem van jongeren zelf inbrengen door bijvoorbeeld het betrekken van vzw Cachet op de jeugdhulp te versterken. Een derde beweegreden zijn zorgen of problemen die zich afspelen op school: hier verwijzen we naar de afstemming met onderwijs en het CLB als actor in de jeugdhulp. Tot slot, aansluitend op de thematiek van vandaag: spelen er issues rond het zich niet goed voelen in zijn vel, dus op het vlak van geestelijke gezondheid?

Het is onze overtuiging dat de werven die we voor de uitbouw van de jeugdhulp uitzetten, ook inspelen op deze beweegredenen van de weglopers. We verwijzen hiermee naar onze reactie op het intersectorale jaarverslag van de jeugdhulp. Drie werven zijn uitermate relevant zijn voor de problematiek van weglopers.

Met de uitbouw van samenwerkingsverbanden van actoren uit de brede instap en de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp is het de uitdrukkelijke bedoeling om de probleemgebonden hulp sneller in te zetten, volgens het één-gezin-één-plan-principe en waar nodig in een goede afstemming met de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Via goede afspraken tussen de aanmelders en het hulpaanbod en met een goede outreachende werking zullen we sneller op hulpvragen in kunnen spelen, waardoor we probleemescalatie, waar wegloopgedrag vaak een symptoom van is, kunnen vermijden. Voor de uitbouw van deze samenwerkingsverbanden voorzien we in 2018 en 2019 in een budget, wat we allemaal al hebben besproken. We schatten in dat we hiermee op kruissnelheid jaarlijks ongeveer drieduizend gezinnen bijkomend zullen kunnen helpen.

Ook de werf inzake jongvolwassenen is in deze context relevant. Naast de uitbreiding van de mogelijkheden inzake voortgezette hulpverlening voorzien we in een planmatiger voorbereiding en begeleiding van jongeren in de jeugdhulp en een betere overgang naar en afstemming met de volwassenhulp. Ook de link met de laagdrempelige Overkop-huizen zal een meerwaarde bieden. Via de realisatie van kleinschalige wooneenheden creëren we daarnaast een nieuwe verblijfsvorm die beter aansluit bij de realiteit en de verwachtingen van jongvolwassenen. Ik maak in 2018 en 2019 telkens 1 miljoen euro vrij om in totaal 100 dergelijk wooneenheden te creëren. We zullen met het werkveld goede praktijken naar boven halen onder andere op het vlak van motiverende en hulpacceptatieverhogende methodieken. Ook hier is het de overtuiging dat we hiermee de hulpverlening voor jongvolwassenen op een hoger niveau kunnen tillen, dat ze meer zal aansluiten bij

de leefwereld van jongeren en jongvolwassenen en dat er zich daardoor minder aan de hulpverlening zullen onttrekken.

Ten slotte installeren we in de derde werf – jeugddelinquentie en gesloten opvang – in het private aanbod van Jongerenwelzijn, naast de bestaande reguliere leefgroepen, kamertraining en de proeftuinen, een vernieuwde verblijfsvorm: het beveiligende en fuguevermijdende verblijf. Ik heb hiervoor op de begroting 2017 van het Fonds Jongerenwelzijn 600.000 euro vrijgemaakt. In september starten twee organisaties met een totale capaciteit van 13 met een specifiek aanbod voor jongeren die onder invloed van een negatieve peergroep grensoverschrijdend gedrag stellen. We denken hierbij onder meer aan de slachtoffers van tienerpooiers. Dit aanbod zal heel gestructureerd werken en vanuit een risicotaxatie de nodige toezichts- en beveiligingsmaatregelen nemen op maat van de jongere. Via intensieve begeleidings-, behandelings- en trainingsprogramma's en in samenwerking met relevante partners uit onder meer de medische en de geestelijke gezondheidszorg, wordt gewerkt aan re-integratie in de maatschappij en desgevallend de reguliere hulpverlening. Het is duidelijk dat dit aanbod zich specifiek richt op een kwetsbare doelgroep die zich kenmerkt door een manifest weglooptgedrag.

Alle organisaties, ongeacht of ze mobiel of residentieel werken, hebben enerzijds procedures voor het omgaan met weglopers en verdwijningen: het inschakelen van Child Focus en desgevallend politionele diensten, het informeren van verwijzende instanties en context, de melding als ernstige gebeurtenis aan Jongerenwelzijn enzovoort.

Anderzijds, en voor wat het pedagogische aspect betreft, is weglooptgedrag een thema in de begeleiding waar aspecten als het voorkomen en vermijden van een dergelijk gedrag, het bespreken van risico's en gevaren, maar ook de dieperliggende oorzaken aan bod komen. Vanuit het hulverleningsperspectief wordt weglooptgedrag niet als een breekpunt in de begeleiding beschouwd, maar als een gebeurtenis in de hulpverlening, die de basis vormt voor gesprek en analyse om van daaruit verdere stappen vooruit te zetten.

Wat de bekendheid van het aanbod betreft, verwijzen we naar de samenwerkingsverbanden tussen de brede instap en de rechtstreeks toegankelijke hulpverlening. Een belangrijk element hierin is de profilering van de samenwerkingsverbanden en het aanbod naar de basisvoorzieningen. Van deze basisvoorzieningen verwacht ik dat ze laagdrempelig en vindplaatsgericht gaan werken.

Wat het profiel van de weglopers betreft, is het natuurlijk, doordat dit ruimer gaat dan weglopers uit voorzieningen, de verdienste van Child Focus om hier regelmatig onderzoek naar te doen. Child Focus beschouwen we binnen de jeugdhulp – gelet ook op de lopende samenwerking – als partner bij uitstek voor overleg en de nodige opvolging van deze resultaten.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord.

U zegt in de laatste zinnen van uw antwoord dat het profiel van de weglopers systematisch in kaart zal worden gebracht door Child Focus. Ik denk niet dat dat hun taak is. Child Focus sprak in de aanbevelingen over het systematisch bijhouden van welke van de vier profielen uit het rapport bij weglopers aan de orde was. Ik neem aan dat u bedoelt dat Child Focus dit verder zal blijven bestuderen. Gaan wij er in onze integrale jeugdhulpverlening voor zorgen dat we weten, als iemand is weggelopen, in welke van de vier profielen die Child Focus heeft opgesteld, de wegloper thuishoort? Dat is een vraag. Ik begrijp dat het reglementitis zou zijn, mochten we dat opleggen, maar het is een vraag die vanuit Child Focus komt. Ik was benieuwd hoe u daarmee zult omgaan.

De cijfers over Vlaanderen zouden mij ook interesseren. Zou u ze kunnen doorsturen naar de commissie als u ze krijgt van Child Focus en als ze kunnen worden opgesplitst?

Een volgende vraag is heel specifiek. Als zo'n jongere wegloopt, dan niet uit een voorziening, maar uit een gezin, en die wordt terug geïntegreerd in zijn gezin, is er dan ook een hulpverlening die zich sowieso kenbaar maakt, die zegt bereid te zijn om hen in de volgende weken te begeleiden, gezien dat probleem en om ervoor te zorgen dat die integratie opnieuw vlot verloopt?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik was waarschijnlijk heel onbeleefd, maar ik was aan het kijken in de aanbevelingen van Child Focus waar u dat van die profielen hebt gevonden.

Lorin Parys (N-VA): Ik heb het rapport niet bij me. Ik kan ook niet zeggen op welke pagina, om eerlijk te zijn. Ze hebben gewoon een aantal profielen op-gemaakt, waarbij ze zeggen dat iemand die wegloopt onder een van die vier profielen valt. Ze vragen dat dat systematisch zou worden opgevolgd. De vraag is natuurlijk wie dat gaat doen en waar dat gaat terechtkomen.

Minister Jo Vandeurzen: Ik wil wel eens vragen aan diegene die dat jaar-verslag maakt of je dat kunt registreren, maar ik vrees dat ik het antwoord zal kennen.

Doordat ik aan het lezen was, heb ik uw derde vraag echter niet gehoord.

Lorin Parys (N-VA): Als iemand wegloopt uit een voorziening, dan is het normaal dat die terug in de hulpverlening zit, maar als iemand wegloopt uit een gezin en die wordt terug geïntegreerd, is er dan ook aan automatisme waarbij daaraan hulp wordt aangeboden, om ervoor te zorgen dat die weken na de terugkomst ook vlot verlopen?

Minister Jo Vandeurzen: Ik denk niet dat dat systematisch is, maar ga er ook van uit, opnieuw, in de opportuniteit die we nu creëren, dat men dat ook kan meenemen als men lokaal tussen al die actoren in de brede instap vindt dat daar kort op de bal moet worden gespeeld. Ik heb echter niet het gevoel dat dat nu altijd systematisch wordt opgevolgd.

Er is ook niet altijd een melding bij de hulpverlening als iemand is weggelopen.

Lorin Parys (N-VA): Voorzitter, dat waren mijn vragen. Ik heb ook geen slotbemerking.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.