



Vlaams
Parlement

vergadering **C152**
zittingsjaar 2016-2017

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 21 februari 2017

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de terugbetaling van niet-dringend liggend ziekenvervoer verricht door diensten met een gecertificeerd label – 1037 (2016-2017)	3
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de actualisering van het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen – 1053 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de samenwerking tussen jeugdhulp en jeugdpsychiatrie – 1101 (2016-2017)	5
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hulpcontinuïteit in de integrale jeugdhulp – 1167 (2016-2017)	14
VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het onderzoek naar het vertrouwen van ouders in vaccinaties voor hun kinderen – 1181 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de twijfel van ouders over het nut van vaccinatie – 1184 (2016-2017)	
VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over maatregelen om de vaccinatiegraad bij verschillende doelgroepen te doen stijgen – 1249 (2016-2017)	22
VRAAG OM UITLEG van Tine van der Vloet aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vergoeding van de voorlopige bewindvoerders – 1253 (2016-2017)	31
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de VDIP-teams (Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische stoornissen) – 1273 (2016-2017)	33

**VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de terugbetaling van niet-dringend liggend ziekenvervoer verricht door diensten met een gecertificeerd label
– 1037 (2016-2017)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, er werden nieuwe kwaliteitsnormen voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer uitgewerkt. Het nieuwe protocolakkoord bevat een opsomming van kwaliteitseisen voor ambulancediensten, zoals een opleiding voor de ziekenvervoerders, voorschriften qua hygiëne en uitrusting van het voertuig.

De ambulancediensten hebben afgesproken dat zij zich ook gaan laten controleren en accrediteren door onafhankelijke controlediensten. De ziekenfondsen op hun beurt engageerden zich om alleen samen te werken met geaccrediteerde aanbieders.

Ondertussen stellen we op het terrein vast dat ziekenwagendiensten die een gecertificeerd label hebben, niet door de ziekenfondsen worden terugbetaald, terwijl diensten die geen gecertificeerd label hebben, wel worden terugbetaald.

Ziekenfondsen regelen de terugbetaling van het niet-dringend liggend ziekenvervoer vanuit hun aanvullende verzekering. Ze sluiten contracten af met ziekenwagendiensten tegen vrij lage tarieven. In de praktijk blijken die alleen voor korte ritten kostendekkend te zijn.

Het opkrikken van de kwaliteit van het niet-dringend liggend ziekenvervoer kan alleen maar als daar ook een correcte vergoeding tegenover staat.

Dit brengt ons in een situatie dat ziekenfondsen bij de terugbetaling van niet-dringend liggend ziekenvervoer duidelijk eerder kijken naar de kostprijs van een rit dan naar de kwaliteit van het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Bovendien lijken de contracten die ze aanbieden ertoe te leiden dat de patiënt heel vaak in de kou blijft staan en de rit zelf moet financieren.

Blijkbaar is deze problematiek al bij u aangekaart en stelde u een snelle oplossing in het vooruitzicht, maar op het terrein blijft het zo dat ziekenwagendiensten die kwaliteitseisen naleven, geen terugbetaling ontvangen.

Daarom heb ik voor u enkel vragen, minister.

De vraag om te komen tot meer kwaliteit is meteen ook een vraag naar een betere financiering van het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Hebben ziekenfondsen zich geëngageerd om daarvoor meer te betalen?

Wordt gecontroleerd of ziekenfondsen uitsluitend werken met ziekenwagendiensten die aan alle kwaliteitseisen voldoen? Hebt u over deze problematiek al overleg gepleegd met de ziekenfondsen? Zo ja, wat was het resultaat van het overleg? Zo nee, waarom niet?

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Op 27 juni 2016 ondertekenden de leden van de onafhankelijke commissie het protocol met betrekking tot de kwaliteitsnormen voor het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Daarin werden inderdaad de vereisten om te komen tot kwaliteitsvol ziekenvervoer geactualiseerd. Deze

vereisten werden geformuleerd in samenspraak met de verschillende stakeholders in de sector, de ziekenfondsen, de ambulancediensten en de gebruikers, vertegenwoordigd in de onafhankelijke commissie.

De stakeholders hebben er absoluut voor gekozen, na vele jaren van stilstand door discussies over de financiering, nu eerst en snel tot een sterke kwaliteitsverbetering van de sector te komen. Daarom hebben alle stakeholders ervoor geopteerd eerst invulling te geven aan een reeks minimale kwaliteitsvoorwaarden en pas nadien de financiering van de sector te analyseren.

Het klopt dat een correcte financiering onderdeel is van kwaliteitsvolle dienstverlening. De huidige financiering is bijzonder verschillend en weinig transparant. Ziekenwagendiensten en ziekenfondsen kwamen in de onafhankelijke commissie overeen om de huidige tarieven voor 2017 aan te houden. In 2017 zal de financiering die vereist is om kwaliteitsvolle dienstverlening te kunnen verlenen, worden onderzocht.

Het is de expliciete wens van de sector om de hernieuwde kwaliteitseisen dwingend te maken, om te vermijden dat de hernieuwde kwaliteitseisen dezelfde weg opgaan als het vroegere kwaliteitscharter. Op vraag van de sector wordt momenteel gewerkt aan een nieuw decreet niet-dringend liggend ziekenvervoer.

In afwachting van de publicatie van het decreet hebben de ziekenfondsen zich geëngageerd om de hernieuwde kwaliteitseisen in hun lastenboeken op te nemen en enkel nog samen te werken met ziekenwagendiensten die aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden voldoen. Ondanks dit engagement is er op dit ogenblik uiteraard geen absolute garantie. In de commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer worden de ziekenfondsen via de landsbonden vertegenwoordigd. De plaatselijke ziekenfondsen hebben een juridische autonomie en kunnen met andere woorden nog steeds zelf bepalen wat al dan niet door hun aanvullende verzekering wordt gedekt. De aanvullende verzekering is een terrein waar de concurrentie tussen de ziekenfondsen speelt en ziekenfondsen kunnen nog steeds, tegen de vraag van hun landsbond in, weigeren om de hernieuwde kwaliteitseisen in hun lastenboeken op te nemen.

Tot wanneer de regelgeving van kracht is, moeten de landsbonden de plaatselijke ziekenfondsen overtuigen om het engagement van de commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer na te komen. Via deze commissie ondersteunen we de landsbonden bij deze opdracht. Daarvoor hebben we ook in een brief, breed verspreid onder de verschillende diensten, meegedeeld dat problemen steeds aan de commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer kunnen worden gemeld. Het is de bedoeling in geval van klachten en in afwachting van het afdwingbaar en dus van overheidswege controleerbaar maken, ziekenfondsen en/of ziekenwagendiensten te overtuigen via de landsbond respectievelijk de beroepsvereniging.

Van de voorzitter van de commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer verneem ik dat er tot op heden geen problemen met het niet nakomen van het engagement door de ziekenfondsen zijn gemeld.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Dank voor uw antwoord, minister. Kwaliteit staat voorop, maar daar moet een goede terugbetaling tegenover staan. U zegt zelf dat de sector vraagt dat de voorwaarden dwingend worden gemaakt. De ziekenfondsen hebben dan wel beslist ze na te leven, maar ik ontvang heel wat signalen dat er op het terrein nog een en ander verkeerd loopt. Het verbaast me dan ook een beetje dat de commissie daarover geen klachten heeft ontvangen.

Mijn bijkomende vraag is op welke termijn de maatregelen dwingend zullen worden.

De voorzitter: De heer De Kort heeft het woord.

Dirk de Kort (CD&V): Minister, ook ik heb een aantal signalen gekregen, niet in verband met de kwaliteit van het niet-liggend ziekenvervoer, maar eerder over de terugbetalingen. Zullen er in het nieuwe decreet ook bepalingen over minimale vergoedingen worden opgenomen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het decreet gaat alleen over de afdwingbaarheid van de kwaliteitscriteria. De sector vraagt om daar een kader voor te maken. Dat is dus geen omvangrijk, maar een beperkt decreet om die wettelijke basis te creëren.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de actualisering van het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen – 1053 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de samenwerking tussen jeugdhulp en jeugdpsychiatrie – 1101 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, we hebben in deze commissie al heel wat vragen gehad over isolatie en fixatie in de psychiatrie. Nu nemen we in een reeks krantenartikelen kennis van andere problematische situaties die naast isolatie en fixatie bestaan, maar die er wel mee verbonden zijn.

Opvallend is dat het gaat over vragen die niet onoverkomelijk lijken en ook volledig passen in de evolutie van de zorg die zich ook in de fysieke geneeskunde heeft afgespeeld. Het gaat om de vraag naar een aanpak op maat, een aanpak die rekening houdt met de persoonlijkheid van de patiënt en niet één aanpak voor alle patiënten ongeacht hun persoonlijkheidskenmerken; om de vraag naar een plaats voor de familie bij de behandeling en het behoud van het contact met de familie tijdens de opname; om de vraag naar inspraak van de patiënt, die vaak heel goed weet wat er fout loopt; om de vraag naar de zinvolheid van de vele regeltjes waarin patiënten zich steeds moeilijker kunnen vinden.

Willy Vandamme, geen onbekende in de welzijnswereld, is gestart met een nieuwe benadering, namelijk de openhartcirkel. Elk lid van het gezin krijgt de tijd om zijn gevoelens en gedachten te uiten, de angst onder ogen te zien en op een nieuwe manier naar elkaar te kijken. Er worden tips gegeven om jongeren in een crisis te ondersteunen door een zorgend netwerk aan huis uit te bouwen.

Naar aanleiding van een eerdere vraag over fixatie, meldde u dat het Agentschap Zorg en Gezondheid en Zorginspectie het huidige referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen actualiseert.

Daarom heb ik volgende vragen, minister.

Zal er bij de actualisatie van het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen aandacht zijn voor de andere zaken die worden aangeklaagd en die natuurlijk samenhangen met de problematiek van de fixatie, namelijk de betuttelende regeltjes, de nood aan een aanpak op maat van de patiënt, een plaats voor de

familie in het behandelingsproces en inspraak van de patiënt als ervaringsdeskundige?

In welke mate heeft men al een evaluatie kunnen maken van de aanpak van de openhartcirkels? Kan men deze aanpak niet integreren in de projecten 'artikel 107'?

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Frey Van den Bossche (sp.a): Minister, een hardnekkig pijnpunt is de moeizame samenwerking tussen jeugdhulp en de residentiële jeugdpsychiatrie. Luc Deneffe, directeur van De Wissel, wijst op een systeemfout in de psychiatrie, waardoor deuren vaak gesloten blijven en kansen op herstel niet optimaal worden benut.

Er loopt heel wat mis zodra de jeugdhulp aanklopt bij de jeugdpsychiatrie. Er is sprake van een moeilijke regiewissel. Zolang de jongere in de jeugdhulp verblijft, wordt de samenwerking met de jeugdpsychiatrie ervaren als ondersteunend. Wanneer er sprake is van een langdurige opname in de jeugdpsychiatrie en de jongere tijdelijk vertrekt uit die jeugdhulp, verloopt de regiewissel niet zonder slag of stoot. Het hulpverleningstraject wordt niet langer gedeeld, maar zomaar en zonder overleg overgenomen door de jeugdpsychiatrie.

Tijdens de opname in de jeugdpsychiatrie krijgt de jeugdhulpvoorziening waarin de jongere eerst verbleef en waar er vaak een vertrouwensband is opgebouwd, bovendien vaak te horen dat ze geen contact meer mogen hebben met de jongere. Er is een resoluut contactverbod. Vaak geldt dat ook voor de familieleden. Het is dan soms aan de jeugdhulpvoorziening om uit te leggen aan de familieleden dat ze geen contact meer mogen hebben met die kinderen. Opnieuw gaat het dus om hulpverlening die wel wordt overgenomen maar niet wordt gedeeld en gaat het om het ernstig toebrengen van schade in het vertrouwen dat mensen stellen in de jeugdhulp.

Er is ook geen luisterend oor. Wanneer een jongere terugkomt uit opname, hebben ze vaak het gevoel dat de jeugdhulp hen alleen en in de steek heeft gelaten. Ze waren vaak gemotiveerd om zich te laten opnemen, maar ook al beloofden hun begeleiders dat, achteraf bleken ze geen contact meer te mogen hebben met die jongeren. Hetzelfde gevoel van in de steek gelaten te zijn, geldt natuurlijk ook bij de ouders en andere familieleden.

Door het minieme contact wordt de expertise van de mensen in de instelling waar het kind voordien verbleef, van ouders en begeleiders, van het hele netwerk rond de jongere – zowel professioneel als familiaal – niet naar waarde geschat. Het onevenwicht in kennis en expertise zit ingebakken in structuren, procedures en overlegsysteem en zet een rem op een open dialoog tussen alle betrokkenen. De realiteit wordt vaak beperkt tot een medische realiteit. Er worden allerlei protocollen gevolgd, maar er wordt voorbijgegaan aan datgene waar ook een mens nood aan heeft, simpelweg omdat die mens een mens is en daarbij enig vertrouwen en verbondenheid zoekt. Het gaat trouwens overigens vaak over jongeren bij wie al vaak eerder een breuk in vertrouwen is geweest.

Minister, erkent u de aangekaarte problematiek? Wat zult u ondernemen om de samenwerking tussen de jeugdhulpverlening en de jeugdpsychiatrie te veranderen op een manier waardoor overleg, dialoog en respect een pertinente plaats kunnen krijgen? Ik wil zeker niet zeggen – daar zult u ongetwijfeld mee beginnen – dat u de enige bent die bevoegd is in dit domein. Maar wat zult u daaraan doen binnen uw stukje? Er zijn heel wat voorbeelden van goede samenwerking tussen jeugdhulp en jeugdpsychiatrie. Plant u andere initiatieven ter zake? Wat kunt u ondernemen opdat deze alternatieven geen uitzondering blijven? Ziet u een manier om die uit te breiden als een positieve olievlek die de hele sector zal bestrijken?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dames en heren, dit zijn heel pertinente vragen. Ik herinner me het debat dat we hier hebben gehad over de integrale jeugdhulp. Toen is duidelijk gebleken dat de samenwerking tussen jeugdpsychiatrie en jeugdhulp niet altijd evident is.

Zorg en Gezondheid en Zorginspectie zijn, samen met de sector, een traject gestart inzake de actualisatie van het referentiekader van de psychiatrische ziekenhuizen (PZ). Een van de thema's die geactualiseerd worden, is het thema 'Vrijheidsbeperkende en vrijheidsberovende maatregelen'.

Bronnen van opmaak zijn hierbij onder meer de goede praktijken van een aantal psychiatrische ziekenhuizen en het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Ook buitenlandse bronnen zullen mee worden opgenomen. Ook dat is in deze commissie al eens aan bod gekomen.

Aan de hand van dit vernieuwd referentiekader willen we de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen aanmoedigen om minder en, indien het toch gebeurt, minder lang te fixeren, te isoleren en chemische fixatie uit te voeren. Indien deze vrijheidsbeperkende maatregelen toch niet kunnen worden vermeden, moet men dit meer consequent toepassen en zich houden aan bepaalde randvoorwaarden. Dit referentiekader zal aan de voorzieningen een houvast bieden in het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen. Immers, het uitgangspunt moet zijn dat isolatie en fixatie voor de cliënt en zijn/haar omgeving als heel intrusief ervaren wordt en dat dit zo weinig mogelijk mag worden toegepast, en zeker niet als strafmaatregel.

In vergelijking met het huidige referentiekader wordt de rol en de verantwoordelijkheid van de psychiater hierin ook benadrukt. Er wordt ook gewerkt aan een preventief klimaat, waardoor veel vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden vermeden. Het is belangrijk om toch nog eens te benadrukken dat er bij de opmaak van het kader, zeker als het gaat over vrijheidsberoving, niet alleen wordt ingezet op de vraag of er een beleid ten gronde is met betrekking tot de maatregel, maar dat er ook zeer sterk wordt gekeken of er wordt gewerkt aan het preventieve klimaat om fixatie te kunnen vermijden. Eigenlijk heeft de Zorginspectie het standpunt ingenomen – ik denk dat dit wordt gedeeld door de experts – dat dit op zichzelf bekijken, eigenlijk niet correct is. Het moet niet alleen in de diepte maar ook in de breedte worden bekeken. Maatregelen om dit te vermijden zijn daar zeker een belangrijk deel van. Na- en voorbesprekingen met patiënten, team, medepatiënten en familieleden worden hier tevens onder de aandacht gebracht.

Om zeker te zijn dat deze standpunten ingebouwd worden in het verdere traject van deze actualisatie, werd het Vlaams Patiëntenplatform mee betrokken bij de uitwerking. Het platform heeft dan ook het voorstel van actualisatie van referentiekader ontvangen en bemerkingen geformuleerd. Die worden meegenomen in het overleg. Ook bij de uitwerking van andere thema's van het referentiekader zullen deze voorstellen worden voorgelegd aan patiënten- en familievertegenwoordigers zodat de behandeling van de patiënten op hun maat kan gebeuren.

Intussen is de Zorginspectie gestart met thematische inspecties inzake vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en minderjarigen in K-afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen. Van deze thematische inspecties mag tegen de zomer van 2017 een beleidsrapport worden verwacht. De inhoud van dit beleidsrapport zal het referentiekader inzake vrijheidsbeperkende maatregelen voeden voor zowel de doelgroep kinderen en jongeren als de doelgroep volwassenen. Het is de doelstelling om dit kort na de zomer definitief te laten landen.

We zijn op de hoogte van het initiatief dat door de heer Willy Vandamme is opgestart. Dit initiatief, met name de openhartcirkel, inspireert zich op de projecten van positieve heroriëntering in de jeugdzorg, waarvan de heer Vandamme, in zijn professionele leven directeur van de Kortrijkse vzw Oranjehuis, de initiator was. Deze projecten worden nu uitgerold over de hele Vlaamse jeugdzorg. Het is belangrijk om dat nog eens te onderlijnen. We hebben de methodiek van positieve heroriëntering behouden, en die wordt nu veralgemeend uitgerold.

Aan de basis van de openhartcirkel ligt de benadering dat hij zijn medewerkers aanmoedigde om, in plaats van jongeren in crisis ergens buitenshuis te laten plaatsen, in dialoog te blijven gaan met de jongere en zijn gezin. Zo konden heel wat doorverwijzingen naar andere voorzieningen voorkomen worden.

Gefinancierd door het Agentschap Jongerenwelzijn hebben we de intentie om een eenmalige flexibele projectsubsidie toe te kennen aan dit initiatief om rond een aantal trajecten – we denken een vijftiental – te experimenteren. De concrete modaliteiten moeten nog bekeken worden. We vinden het belangrijk dat deze concrete uitwerking zo maximaal mogelijk in samenwerking met de geestelijke gezondheid en de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren en volwassen gebeurt.

Aangezien het werkingsgebied van de heer Vandamme zich momenteel situeert in de provincie West-Vlaanderen, is er reeds een overleg geweest met het netwerk WINGG, het netwerk hervorming kinderen en jongeren in West-Vlaanderen. Op 1 februari vond al een gesprek plaats met de initiatiefnemers, het Agentschap Jongerenwelzijn en medewerkers van mijn kabinet. We nodigen de heer Vandamme ook uit op mijn kabinet en dit in aanwezigheid van de Vlaamse adjunct-federale coördinator, mevrouw Karolien Weemaes, verantwoordelijke op federaal niveau voor de ggz. Zij is verantwoordelijk voor de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren. Er is met haar een gesprek geweest zodat ook zij meer in de diepte geïnformeerd is over deze waardevolle aanpak en zij deze aanpak verder kan communiceren naar andere netwerken kinderen en jongeren. We kijken dus wel degelijk hoe we ermee aan de slag kunnen. We zullen starten in West-Vlaanderen en de aansluiting op wat federaal in de netwerken kinderen en jongeren is opgestart, wordt daarin verzekerd.

Mevrouw Van den Bossche, het is juist dat de samenwerking tussen jeugdpsychiatrie en jeugdhulp in het verleden niet altijd op de meest constructieve manier gebeurde. De laatste tijd is er echter een kentering waar te nemen. Er zijn heel wat waardevolle initiatieven die zich situeren op het kruispunt van jeugdhulp en jeugdpsychiatrie, en dit zowel op beleidsmatig als op inhoudelijk vlak. Die zorgen ervoor dat de samenwerking tussen beide sectoren als steeds positiever ervaren wordt door de stakeholders.

Ik geef een paar voorbeelden. Er vindt op regelmatige basis een gestructureerd overleg plaats tussen beide beleidsdomeinen, net om verwante thematieken te kunnen aankaarten en gezamenlijke oplossingen te kunnen bedenken. Dit betreft de taskforce ggz en jeugdhulp. Hierbij zijn tevens de collega's van de FOD Volksgezondheid aanwezig, zowel op het niveau van de administratie als op het niveau van het federale kabinet. Er is dus een structureel platform om beter te kunnen samenwerken.

In het nieuwe geestelijkegezondheidsbeleid kinderen en jongeren worden er verschillende programma's uitgewerkt. Een daarvan betreft het programma crisiszorg, waarbij de crisismeldpunten van de integrale jeugdhulp een cruciale plaats innemen. Het is hierbij de doelstelling dat de meldpunten vanuit integrale jeugdhulp en de aanmeldingen voor de mobiele crisiswerkingen die binnen dit programma worden uitgebouwd, worden geïntegreerd. Deze trajecten zijn

momenteel lopende. In een aantal provincies zijn we er ondertussen effectief in geslaagd dat er een telefoonnummer is voor een crisismelding, of die nu gaat over jeugdhulp of over jeugd-of kinderpsychiatrie. De aansluiting tussen het federaal ontwikkelde netwerk en de integrale jeugdhulp wordt daarin zeer concreet gerealiseerd.

Vanuit de vzw Emmaüs is er een mooie samenwerking tussen het UKIJA Antwerpen en Van Celst, een voorziening uit jongerenwelzijn voor jongeren met een psychische kwetsbaarheid. Ook dat hebben we behoorlijk sterk gefinancierd en ondersteund om dat op de rails te krijgen.

Door het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel en het psychiatrisch ziekenhuis Gent-Sleidinge wordt er outreachend gewerkt naar respectievelijk de gemeenschapsinstelling De Markt in Mol en de gemeenschapsinstellingen in Beernem en Ruiselede. De doelgroep betreft jongeren met een psychiatrische problematiek.

De intersectorale zorgnetwerken zijn ondertussen in alle drie de regio's actief. We maakten hiervoor 2 miljoen euro vrij voor een verregaande casusgerichte samenwerking tussen de jeugdhulpactoren en de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dat is toch een belangrijk bedrag dat we daarvoor hebben gemobiliseerd. Dat is ondertussen in alle regio's operationeel.

In juni 2016 lanceerden we de oproep betreffende de mogelijkheden van reconversie naar verblijven voor adolescenten met sterk verhoogde psychische wetsbaarheid. Hierbij is het de doelstelling om bijkomende capaciteit te creëren voor kinderen en jongeren met psychische of psychiatrische problemen – k-plaatsen, dag of nacht – in elke provincie, en dit in samenwerking met andere welzijnspartners zoals de jeugdhulp.

Om dit mogelijk te maken en om te komen tot een gedragen vraag tot reconversie werd aan de initiatiefnemers – ziekenhuizen dus – de vraag gesteld om, bij de indiening van de aanvraag, tevens een positief advies te bezorgen van het netwerk kinderen en jongeren van de provincie van de initiatiefnemer en het Intersectoraal Regionaal Overleg Jeugdhulp (IROJ).

Eind 2016 werden er in elke provincies dossiers ingediend die allemaal beschikten over bovenstaande positieve adviezen. De dossiers worden nu verder inhoudelijk uitgewerkt en dit samen met de sector van de jeugdhulp. We hebben de aanvragers absoluut verzocht om aan te geven hoe zij met welzijnssectoren dat aanbod willen ontwikkelen.

Met de publicatie van de gids en het nieuwe beleidskader binnen de geestelijke gezondheidszorg is ook de beweging ingezet naar een meer transversaal en geïntegreerd werken met andere sectoren die betrokken zijn op een jongere. Dit vraagt een paradigmashift die zijn weg moet vinden in alle geledingen. Net zoals dé jeugdhulp niet bestaat, bestaat ook dé psychiatrie niet. Er zijn verschillende werkvormen en specialismes, waarbij sommige werkvormen al veel dichterbij staan bij een samenwerking met jeugdhulp. Voor andere is een intensieve samenwerking binnen een gedeeld traject relatief nieuw.

De crisisnetwerken waarin zowel partners van de geestelijke gezondheidszorg als van de jeugdhulp participeren, kunnen zeker genoemd worden als goede praktijken, waar samenwerking vruchtbare resultaten afwerpt. Ook daar horen we wel dat een crisissituatie waarvoor ggz-hulp wordt ingeschakeld, wordt overgenomen en dat er geen feedback komt over de jongere. De netwerkcomités van de netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren namen in hun overlegorganen vertegenwoordigers van de jeugdhulp op, precies om over dit soort zaken beter te kunnen afstemmen. Er worden ook verbanden gelegd met

de IROJ's en andere vindplaatsen van overleg binnen de jeugdhulp. Deze dialoog op het terrein zal dus toelaten om goede praktijken en positieve ervaringen te delen en tegelijk de dialoog mogelijk te maken over situaties waarin de samenwerking minder optimaal verlopen is en waarin men samen tot begrip kan komen voor elkaars perspectief en oplossingen kan zoeken voor toekomstige situaties.

We zijn ervan overtuigd dat samenwerking op het terrein op casusniveau en op mesoniveau de verschillende actoren dichter tot elkaar brengt en toelaat om een beter inzicht te verwerven in de krachten en meerwaarde van gedeelde trajecten. We blijven de implementatie van de gids verder opvolgen en aansturen, om de beoogde paradigmashift in de praktijk te realiseren voor iedere jongere in Vlaanderen. Zo schept de ontwikkeling van het programma 'vroegdetectie en -interventie' dat we in het voorjaar 2017 lanceren, ook heel wat opportuniteiten om de volgende stappen in deze paradigmashift te zetten.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord. U haalt zelf aan dat men steeds meer aandacht wil besteden aan preventie, en dat is volkomen terecht. Voorkomen is nog altijd beter dan genezen. Er kunnen heel wat problemen worden voorkomen door patiënt en familie meer te betrekken en meer rekening te houden met de persoon zelf. De betuttelende regels die er nu soms gelden, wekken meer agressie en frustratie op. Deze zaken moeten mee in rekening worden gebracht. Ik ben ervan overtuigd dat ze een absolute meerwaarde kunnen betekenen.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Minister, ik ben in elk geval al blij met uw erkenning. U zegt dat het klopt dat er een probleem is en dat we veel meer moeten gaan naar gedeelde trajecten. Over het doel zijn we het eens. Ik ben daar oprecht blij mee.

U haalde een aantal goede voorbeelden aan. Die zijn er zeker, maar de vraag is hoe we die uitbreiden. Als we een paradigmashift willen en een andere mensvisie in de psychiatrie in zijn algemeenheid willen hanteren, dan moeten we andere initiatieven proberen te nemen dan enkel het bestaand gestructureerd overleg. Dat is natuurlijk een goed idee, maar het blijft vaak steken op het niveau van structuren en ambtenaren die proberen de zaken goed te organiseren.

Waar we eigenlijk naartoe moeten om een werkelijke verandering te krijgen op het terrein, is in de hoofden en de harten van de mensen te geraken die beslissen hoe ze met die jongere, met die mens omgaan. Zij kunnen beslissen of een jongere wel of geen contact mag hebben met zijn ouders of met de begeleider van de instelling waar die een goede band mee heeft en waar die nadien ook weer naartoe terugkeert. We moeten iets meer uitgaan van wat de patiënten nodig hebben. Dat is te allen tijde, ook wanneer het minder goed gaat, nabijheid van een andere mens.

Mevrouw Saeys betreft er ook de dwangmaatregelen bij zoals isolatie. Terecht is ook daar het grootste probleem het gebrek aan nabijheid van een andere mens, fysiek maar ook mentaal. Je wordt helemaal alleen gelaten. Dat is eigenlijk de rode draad in alle vragen die ik hoor: laat mensen niet alleen, laat die kinderen, laat de jongeren niet alleen. Ze hebben al vaak het gevoel er alleen voor te staan en het leven wordt hen soms al heel erg moeilijk gemaakt.

We moeten op zoek naar meer initiatieven die, zoals u zegt, dialoog op het terrein verzorgen. Ik ben het zeker met u eens dat daar waar een aantal ingrepen gebeuren, er meer wordt gesproken. Recent organiseerden wij met een aantal

mensen een studiedag. Als er dan plots 200 mensen uit de praktijk met elkaar in dialoog gaan, dan merk je dat er verschillen zijn maar dat men samen ook wel komt tot, ik zal niet zeggen volledige consensus, maar toch tot een richting die men bereid is uit te gaan. We moeten proberen om de evolutie naar een richting waarvan velen in de zorg aanvoelen dat die zinvol is om uit te gaan, een beetje te versnellen. Er zullen ook andersoortige maatregelen nodig zijn dan puur structurele protocollen. Ik denk aan simpele ontmoetingen tussen mensen die kunnen praten over waarom zij soms doen wat ze denken te moeten doen, over in welke situaties zij daartoe overgaan, over de onmacht misschien waarmee ze geconfronteerd worden, over hoe we daar anders mee kunnen omgaan, en over welke mogelijkheden we hen daartoe kunnen geven. Het gaat dus over meer dan protocollen en afspraken. Het gaat echt over hoe mensen mensen benaderen. Dat vraagt een aanpak op een ander niveau.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord

Elke Van den Brandt (Groen): Isolatie en fixatie zijn hier aan bod gekomen. We moeten daarvan af. Ik hoop dat daarover consensus bestaat. Het is belangrijk om te beseffen dat er in die voorzieningen bereidheid is tot een paradigmashift. Die is naar mijn aanvoelen zeker aanwezig, maar dan moet je die voorzieningen daartoe de nodige infrastructuur geven, het nodige personeel en de nodige expertise. Dat zijn belangrijke voorwaarden om dit waar te maken. Het zal niet vanzelf komen. Als je met te weinig mensen bent in een equipe of leefgroep om iemand afzonderlijk te begeleiden, bijvoorbeeld een jongere in een crisis, dan heb je natuurlijk geen andere mogelijkheid dan dit te doen via isolatie. Er moet ook de nodige ruimte zijn om dit mogelijk te maken. Dit vraagt dus veel meer dan enkel de hoofden van de mensen omkeren. Het vraagt ook de nodige ondersteuning van het beleid om dit te kunnen waarmaken.

Over de relatie tussen kinderpsychiatrie en jeugdhulp zijn al een heel aantal relevante dingen aan bod gekomen. Recent hebben we allemaal nog een brief gekregen van een jeugdvoorziening die een noodkreet slaat. Men zegt dat het absoluut waar is dat er zoveel mogelijk ambulante zorg moet zijn en dat we moeten gaan naar vroegdetectie en preventie. Hun vaststelling is echter dat jongeren soms in een acute crisis zitten en een gevaar vormen voor zichzelf of voor hun omgeving. Ze worden dan in spoed opgenomen. Die hebben dan geen plaats om de kinderen op te vangen in de kinderpsychiatrie. Ze komen dan terug naar de voorziening, waar ze noch de ervaring noch de middelen hebben. Op die manier lopen jongeren soms zes maanden van het kastje naar de muur, bijna letterlijk. Als ze dan eindelijk na zes maanden in de kinderpsychiatrie binnen geraken, dan merken ze wel dat dit een positieve impact kan hebben.

Het is dus niet enkel een kwestie van kunnen en willen samenwerken, maar ook een kwestie van absoluut plaatstekort in de kinderpsychiatrie. Dat komt misschien omdat er te weinig doorstroming is en omdat jongeren er onterecht of fout zitten, maar het is wel een probleem voor jongeren die er nood aan hebben. Vaak is de voorwaarde dat jongeren worden teruggenomen. De kinderpsychiatrie is bereid om tijdelijk iemand uit de jeugdvoorziening op te nemen, maar die moet dan achteraf teruggeplaatst kunnen worden. Maar de jeugdvoorziening kan en mag dat niet doen. Men mag geen plaats openhouden voor iemand die tijdelijk in de psychiatrie zit, wat ongelooflijk jammer is. Het is ook voor de jongere goed dat de kinderpsychiatrie de garantie geeft dat er een uitweg is zodat de jongere niet op een wachtlijst terechtkomt.

Er zijn dus nog een aantal issues op het vlak van doorstroming die een rem zetten op samenwerking en de wil tot samenwerking.

Hoe wilt u op deze twee fronten stappen vooruitzetten?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, u hebt het zelf in uw antwoord al aangegeven: er zijn al goede voorbeelden in de integrale jeugdhulp. Er zijn ook goede voorbeelden van samenwerking tussen kinder- en jongerenpsychiatrie en de jeugdhulp. Dat is heel positief, maar het klopt wat mevrouw Van den Bossche zegt: het is belangrijk om ook in de hoofden en harten van de mensen op het terrein te kunnen kruipen om ervoor te zorgen dat ze het werk doen op een manier dat ze tegemoetkomen aan de noden van de kinderen en jongeren. Dat betekent dat we onszelf ook niet de illusie moeten aanpraten dat we met bepaalde beleidsimpulsen alles zullen oplossen. Dat alleen zal natuurlijk niet volstaan, het moet van onderuit mee gedragen worden.

Ik maak een bruggetje naar de vraag van mevrouw Saeys over het nieuwe referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen. Ik heb daar nog niet zo lang geleden zelf ook een vraag over gesteld. Het is belangrijk dat dat er komt, maar we moeten niet denken dat met een nieuw referentiekader alles opgelost is. Om het eenvoudig te zeggen: het is niet omdat iets er goed uitziet op papier, dat het in de praktijk ook dik in orde is en allemaal vlot loopt. We zullen dat moeten opvolgen. Het is inderdaad een samengaan van beleidsimpulsen en mensen op het terrein de ruimte en vrijheid geven om met de nodige expertise het werk op maat van de kinderen en jongeren te doen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Eerlijk gezegd, dit verdient een grondig debat. Ik vind de vraag – met alle respect voor de vraag over de referentiekaders, want dat is natuurlijk ook belangrijk – over de verhouding tussen jeugdpsychiatrie en jeugdhulp zeer pertinent. In Nederland heeft men dat zeer drastisch aangepakt: men heeft de jeugdpsychiatrie gewoon uit de ziekteverzekering gehaald en naar de lokale overheid geschoven.

Hoe gaan we om met de overtuiging, als men holistisch of geïntegreerd wil werken, dat we daar ook de psychiatrische competenties in moeten verwerken? Hoe maken we dat tot een systeem dat goed werkt? Nogmaals, ik herinner u aan de discussies hier over de start van de integrale jeugdhulp en de kritische bedenkingen daarop van de kinderpsychiatrie. Dat ging over de samenwerking met de jeugdhulp op het vlak van de autonomie en de impact op het traject. Er waren ook vragen over de administratieve lasten. Een deel van de vragen was terecht. Een ander deel heeft te maken met die fundamentele overtuiging – onder andere van mij en van velen hier, denk ik – dat goede jeugdhulp vertrekt van de vrager van de hulp, en dat veronderstelt een goede samenwerking tussen psychiatrie en andere hulpverleners, of ze nu komen uit de gehandicaptensector of uit de jeugdhulp.

Wat mij betreft – en ik blijf bij mijn inschatting uit mijn antwoord – zijn er ook veel inspirerende en goede zaken die bottom-up gebeuren. Maar laat ons elkaar goed verstaan, dat wil zeggen: door de overheid serieus ondersteund en gefinancierd. Bottom-up betekent niet dat men het dan alleen doet, soms is dat zo, maar vaak betekent dat minstens een projectfinanciering of een structurele financiering die de samenwerking mogelijk moet maken. Die 2 miljoen euro is misschien het meest illustratieve voorbeeld, waarmee we rugzakfinancieringen toestaan die toelaten dat de psychiatrische hulpverlening daar ook in aanwezig is.

Het voorbeeld van die k-bedden, die reconversie, is opnieuw een goed voorbeeld. We hebben er zeker over gewaakt dat, als men dat doet of daar initiatief voor neemt, men dat doet in inbedding met andere partners. Mevrouw Van den Brandt, we proberen aanbod te creëren door transities mogelijk te maken. We zijn daar trouwens niet alleen voor bevoegd, ik had het niet moeten zeggen,

maar het is ook een federale bevoegdheid natuurlijk. Ik probeer telkens opnieuw te kijken waar de links kunnen worden gelegd.

Het traject van de zorginspectie is een traject in het kader van het hand-havingsbeleid. We moeten elkaar goed verstaan. Het is omdat er een nieuwe cyclus aanbreekt van inspecties van de psychiatrische ziekenhuizen en de PAAZ-afdelingen (psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis) dat er een nieuw concept of traject wordt opgezet. Daarom wordt met de sector afgesproken op welke manier men het referentiekader kan concretiseren. Dat moet uiteraard gebeuren met het bevoegde agentschap Zorg en Gezondheid en eigenlijk maakt dat deel uit van het kwaliteitsbeleid. Wat zijn de normale redelijke verwachtingen die de overheid mag hebben in verband met de kwaliteit van de zorgverlening in de voorzieningen? In die zin is het opstellen daarvan natuurlijk belangrijk, omdat dat ook een duidelijk houvast geeft. Maar het is ook de bedoeling dat het dan ook effectief gebruikt wordt om de nieuwe inspecties te doen. Zoals gezegd: we zijn al begonnen wat de minderjarigen betreft en specifiek de vrijheidsberoving in de K-diensten. Het zal trouwens de bedoeling zijn om dat uit te breiden naar andere situaties waarin minderjarigen voorwerp zijn van vrijheidsberovende of –beperkende maatregelen.

Er zijn nog methodes om dat mogelijk te maken. Ik ben het ermee eens dat men dat in de mindset van de mensen moet brengen. Dat kan alleen maar door te zorgen dat er én regelluwte én flexibiliteit is om de financiering van een geïntegreerd traject te realiseren, ik heb daar wat voorbeelden van gegeven, én door sommige voorzieningen de kans te geven om outreachend te werken. Het is heel duidelijk dat vele voorzieningen uit de jeugdhulp en de gehandicaptensector echt vragende partij zijn voor expertise vanuit de psychiatrie. We onderzoeken hoe we de financiering goed kunnen organiseren zodat de psychiatrische expertise effectief binnengebracht kan worden. Dat is belangrijk.

We hebben een familieplatform, mevrouw Saeys, dat we financieren. Maar, natuurlijk, het is een bekend probleem in de psychiatrie en een spanningsveld: de rechten van de patiënt versus de verwachtingen van de familie, het is hier al aan bod geweest. Dat is een evenwichtsoefening tussen beroepsgeheim, het vertrouwen van de patiënt en de betrokkenheid van de familie. Dat is ook de reden waarom we een platform gefinancierd hebben. We wilden de mensen een platform geven om dat bespreekbaar te maken. Ik ben het er absoluut mee eens dat we zouden moeten zorgen dat dit voldoende evidentie krijgt in het lokale netwerk gingen en bij de betrokken actoren. Wat we daar gaan opzetten, moet dit voor gevolg hebben.

De infrastructuur is een punt dat we onder ogen moeten nemen. U weet dat dit betekent: eerst een nieuw instrument maken voor de financiering en investering in ziekenhuizen. Dat ligt nu voor bij de Raad van State. We zijn daar op weg. Maar, twee, mevrouw Van den Brandt, dat is ook een vraag die wat fundamenteeler gaat over het conceptuele: wat is een psychiatrisch ziekenhuis anno 2020? Wat zijn de infrastructurele verwachtingen voor zo'n ziekenhuis? Het zal u hopelijk niet verbazen dat we binnen Flanders' Care zo'n oefening met de ziekenhuizen aan het voorbereiden zijn. We gaan out of the box nadenken, als men dan toch in de toekomst investeringen gaat financieren, over het concept voor de volgende generatie. We mogen niet alleen maar het bekende bouwen. Als we nieuwe vormen van en de visie op geestelijke gezondheidszorg een kans willen geven, zullen we de concepten van de infrastructuur onder de loep moeten nemen. We maken deze oefening met de algemene psychiatrische ziekenhuizen.

Freya Van den Bossche (sp-a): Ik ben natuurlijk heel blij met de nieuwe inspectieronde. We gaan weer een scherper beeld krijgen van het terrein. Ik begrijp ook dat de mensen, wanneer ze langskomen om een aantal dingen na te

gaan, zelf spontaan en automatisch een aantal zaken in vraag beginnen te stellen. Er is een beetje een automatisch effect: wat men als vanzelfsprekend beschouwd, wordt toch nog eens bekeken om te zien of het de toets van de tijd doorstaat.

Er zijn nog andere ingrepen. Eén is eerder concreet, maar de meeste zijn simpelweg een vorm van mentaliteitswijziging.

Blijft de vaststelling dat wanneer jeugdhulp gaat samenwerken met jeugdpsychiatrie, de psychiatrie meestal spreekt vanuit een vorm van hiërarchie richting jeugdhulp en andere begeleiders die het kind vaak beter kennen. De ene heeft gewoon een andere achtergrond dan de andere om dat kind te begeleiden. Dat hiërarchische aspect zou daaruit moeten, omdat er geen enkele reden is waarom de psychiater het allemaal wel zou weten vanuit dat medische model en andere mensen die met het kind werken, het niet zouden weten. Als u – via de nodige aanpak, regels en kaders – die hiërarchie eruit kunt krijgen, ga alstublieft uw gang.

Soms staan regels het intermenselijke contact gewoon in de weg, ofwel omdat iets redelijk wat tijd kost om eraan te voldoen en er minder tijd overblijft voor contact, ofwel gewoon omdat het dat contact tegengaat. Ik ben blij dat u bereid bent om voor een aantal aspecten de regelluwte verder uit te breiden, om na te gaan waar we het met minder of andere regels kunnen doen. Misschien zijn er regels die meer mogelijkheden bieden aan de hulpverleners om te realiseren wat zij nodig vinden.

Er is nog veel werk. Ik wil graag het voornaamste deel van het werk zien op het terrein, zelf praten met de mensen, samen met hen kijken om samen iets te veranderen, en niet boven hun hoofden. Want dan zullen we misschien veel inspanningen gedaan hebben, maar dan zal het niet echt werken. Kijk op het terrein zelf, zoals mijn goede collega, de heer Anseeuw, waar ik het steeds vaker mee eens ben, ook zei: laten we daarop focussen. Ik denk dat dit noodzakelijk is.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hulpcontinuïteit in de integrale jeugdhulp – 1167 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp-a): Minister, kwetsbare jongeren hebben nood aan een samenhangende jeugdhulp. Nog steeds biedt het decretale kader van integrale jeugdhulp te weinig aandacht aan de conceptuele en operationele uitwerking van hulpcontinuïteit. Zo blijven doelstellingen vaag en werden geen duidelijke indicatoren bepaald die continuïteit garanderen. Dat blijkt uit een masterscriptie Agogische Wetenschappen aan de VUB van Marjon Ebraert.

Al in 1999 beschreef de Maatschappelijke beleidsnota Bijzondere Jeugdzorg het gebrek aan zorgcontinuïteit. Overheid en wetgever bleven niet blind voor dit probleem en schoven daarom in het decreet Integrale Jeugdhulp 'het waarborgen van hulpcontinuïteit binnen de jeugdhulp' naar voren als expliciete doelstelling. Er werden sindsdien heel wat inspanningen geleverd voor een jeugdhulp met minder breuklijnen: modulering, crisishulpverlening, intersectorale toegangspoort en multidisciplinaire centra moeten hun bijdrage leveren. Toch zijn resultaten niet altijd zichtbaar. Jongeren en hulpverleners blijven vragende partij om breuklijnen binnen het hulpverleningslandschap te vermijden en minstens te beperken.

Hulpcontinuïteit is een containerbegrip geworden. Iedereen weet wat het betekent, maar niemand kan nog zeggen wat het precies inhoudt. Het decreet ambieert een betere en snellere schakeling tussen de verschillende hulpaanbieders. Gedeelde uitgangspunten en transparante modules moeten helpen. Maar uit onderzoek blijkt dat het begrip hulpcontinuïteit moeilijk hanteerbaar blijft. Afhankelijk van de cliënt, hulpverlener of context krijgt het begrip andere betekenissen.

Wil men hulpcontinuïteit, dan moet men informatie uitwisselen. In de jeugdhulp blijkt dat niet evident. Integrale jeugdhulp heeft aandacht voor die informatie-uitwisseling. Het creëerde verschillende informatiesystemen: Informaticasysteem Intersectorale Toegangspoort (INSISTO), begeleiding in cijfers (BINC), leerlingen-begeleiding administratie en registratiesysteem (LARS) enzovoort. Maar die veelheid aan systemen mondt uit in een gebrek aan afgestemde en overzichtelijke registratie.

Wil men hulpcontinuïteit, dan moet men relationele breuken vermijden. Relationele continuïteit focust op de hulprelatie tussen cliënt en hulpverlener. Ook daar mogen geen breuken of gaten vallen. Dat is een hele uitdaging. Toch mag de hulp niet stilvallen. Dat kan door bruggen te bouwen tussen de voorgaande, huidige en toekomstige zorg. Een goede overdracht van dossiers is cruciaal voor die relationele continuïteit. Een hulpverlener is verantwoordelijk om het zorgdossier vast te houden totdat een andere hulpverlener het in handen neemt.

Men moet ervoor zorgen dat dit ook op het terrein gebeurt. Stel dat iemand op een wachtlijst mag staan en hulp krijgt tot een bepaalde leeftijd, en dan vier jaar moet wachten om op een nieuwe wachtlijst te kunnen staan, dan is elke vorm van continuïteit zoek. Jongeren en ouders moeten duidelijk weten wat ze kunnen verwachten binnen een hulpverleningstraject.

Wil men hulpcontinuïteit, dan is er nood aan een voortdurende match. Als de noden van de cliënt veranderen, dan moet de hulpverlening daar tijdig en passend op reageren. Met maatwerk kan het hulpaanbod gematcht en aangepast worden. Ook die beheerscontinuïteit is binnen de jeugdhulp een moeilijk punt. Om die te versterken, moet het huidige aanbod minstens vereenvoudigd worden.

Wil men hulpcontinuïteit, dan moet er altijd iemand bij de cliënt kunnen zijn. Een cliënt moet bij probleemsituaties altijd op iemand kunnen rekenen die beschikbaar en aanspreekbaar is. Contactcontinuïteit betekent dat een hulpverlener zijn cliënt nooit loslaat, ook niet op momenten dat de hulpverlening dreigt stil te vallen omdat er geen passend aanbod is. De verantwoordelijkheid voor contactname is binnen de integrale jeugdhulp te vrijblijvend. Er moet een mentaliteitswijziging komen. Een knipperlicht moet aanschieten zodra er breuken in het traject zijn. Zeker de overgang naar meerderjarigheid – we hadden het er al eerder over – is dan een belangrijk aandachtspunt.

Wil men hulpcontinuïteit, dan moet men de cliënt centraal zetten. Om breuklijnen in de hulpverlening te vermijden, moet de cliënt centraal staan. Zo werkt een hulpverleningsnetwerk beter wanneer er duidelijke adviezen vanuit het cliëntperspectief geformuleerd worden. Toch neemt men in de jeugdhulp nog te veel beslissingen boven de hoofden van de jongeren, vaak op basis van een diagnose. De jeugdhulp moet daarom opschuiven in een richting waarbij de cliënt maximaal mederegisseur is van wat over hem verteld en geschreven wordt. Het centraal stellen van de cliënt is de basis van alle vormen van continuïteit.

Minister, welke stappen zult u ondernemen om bovengeschetste knelpunten in verband met hulpcontinuïteit te verbeteren opdat hulpverleningsbreuken in de integrale jeugdhulp vermeden kunnen worden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het lijkt ons het best om de acties die al ondernomen zijn of die momenteel verder worden uitgerold om door een betere samenwerking binnen de jeugdhulp de trajectbegeleiding te verstevigen, en zo meer continuïteit te garanderen, even te overlopen.

Allereerst moeten we hierbij duidelijk verwijzen naar de recente motie van 5 oktober 2016 naar aanleiding van het debat dat we in deze commissie hadden inzake het continuïteitsvraagstuk in de jeugdhulp. We waren het er toen allen over eens dat het zorgen voor continuïteit door trajectbegeleiding in eerste instantie behoort tot het wezen van elke hulpverlener, dit natuurlijk mits duidelijke afspraken. We bekijken die trajectbegeleiding dan ook als een specifieke functie, die ook altijd in relatie staat tot bijvoorbeeld de rol van vertrouwenspersonen, de contactpersonen-aanmelders en de betrokken hulpverleners. Dat staat zo letterlijk te lezen in die motie.

Zeer concreet betekent dit dat we de keuze voor een samenwerkingsmodel binnen de jeugdhulp uitdrukkelijk moeten benadrukken en doortrekken. Het is geen optie meer om te denken in een doorverwijssysteem met breuken. Dat samenwerken over sectoren heen, levert resultaten op in complexe situaties, we zijn er ook van overtuigd dat dit ook in een vroeger stadium zo is. Preventie, vroegdetectie en rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp moeten regionaal beter op elkaar worden afgestemd.

Zoals al omschreven in de 2.0-aanpak, betekent dit een gerichte aanpak op verschillende domeinen. De acties om de continuïteit te vergroten, zijn hierin duidelijk omschreven, we gaan op die vier speerpunten verder in. Die speerpunten zijn: we maken het aanbod in het rechtstreeks toegankelijke aanbod beter bekend en overzichtelijk, we versterken de bestaande mogelijkheden of sturen bij waar nodig, we gaan voor een netwerkaanpak met duidelijke of duidelijkere verantwoordelijkheden en tot slot investeren we ook in de groei van het aanbod binnen het rechtstreeks toegankelijke en in vroegdetectie en -interventie.

Meer continuïteit betekent het realiseren van twee zeer belangrijke basiscondities: een verbeterde registratie in de jeugdhulp en het transparanter maken van het aanbod in een verbeterde sociale kaart.

Vorig jaar werd al een eerste intersectoraal jaarverslag van de jeugdhulp gepresenteerd. Dat was een eerste dergelijk verslag, maar toch niet onbelangrijk voor de evoluties in de jeugdhulp in Vlaanderen. We hebben toen ook gezegd dat dit systematisch wordt verbeterd.

Om in de toekomst net meer en betere verbindingen tussen de verschillende informaticasystemen te kunnen maken, werken de betrokken administraties nu aan 'e-Youth', dat op basis van het rijksregisternummer ook zal rapporteren over intersectorale trajecten van jongeren.

Want, laat het duidelijk zijn – en dit komt ook in de volgende vraag aan bod –: als we een realiteitsgetrouw zicht willen hebben op hoe vraag en aanbod zich binnen de jeugdhulp verhouden, dan is een gedeelde registratie op basis van een unieke identificatie, namelijk het rijksregisternummer, de enige logische optie.

E-Youth zal het mogelijk maken al beschikbare cliëntinformatie te hergebruiken, en dat komt zowel de cliënten als de hulpverleners die voor de trajectbegeleiding instaan, ten goede. We hebben net naar de kinderpsychiatrie verwezen. Als we komen tot een dossier dat consulteerbaar is, binnen alle grenzen van het beroepsgeheim, dan zullen we op dat vlak zeker een grote stap vooruit hebben gezet. Jongerenwelzijn stelde vast dat de informatie-uitwisseling binnen en buiten het agentschap beter kan en moet. Het startte daarvoor met een afstemming van de

inhoud van de verschillende, bestaande sectorale registratiesystemen, te beginnen met de gegevens die verwerkt worden in het intersectoraal jaarverslag Jeugdhulp.

Op termijn willen we e-Youth ook beschikbaar stellen voor de private jeugdhulp-aanbieders, eventueel ook in de vorm van gebruikersinterfaces, om zo kleinere spelers de kans te geven om ook elementen van e-Youth optimaal te benutten zonder hiervoor zelf informatiesystemen te moeten bouwen. Ook bieden we de mogelijkheid om bepaalde componenten als diensten ter beschikking te stellen voor mobiele apps. Dat laatste sluit perfect aan bij de bredere aanpak van online hulpverlening.

Het onderzoek hoe gebruikers zich op een veilige en verantwoorde wijze kunnen authenticeren via een mobiele interface, is intussen uitgemond in een project van het Facilitair Bedrijf van de Vlaamse Overheid. INSISTO, het systeem in de niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp zal dienen als proefproject voor de mobiele toegang.

En nu komt een zin speciaal voor collega Parys. Hier komt meteen ook de zogenaamde Hackathon opnieuw in beeld, die dan kan worden ingezet als middel tot een vereenvoudiging van de aanmelding.

We maken het aanbod in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp transparanter door de databank modulering en de Vlaamse sociale kaart op elkaar af te stemmen. Deze actie betekent zeer concreet een praktijkgerichte component, die resulteert in een regionale afstemming van het bestaande aanbod van 'begeleidingsmodules' over de verschillende sectoren heen. Met andere woorden: we leggen het aanbod dat vroeger opgedeeld was in sectoren naast elkaar om meer gemeenschappelijkheid te krijgen. Deze actie loopt in 2017 en slaat ook op heel het probleemgebonden aanbod in het rechtstreeks toegankelijke werkveld. Bovendien wordt er lokaal en bovenlokaal ingezet op meer bekendmaking van het rechtstreeks toegankelijk aanbod. Op het vlak van informatie-uitwisseling is er dus nog een belangrijke weg af te leggen, maar na de resolutie van het Vlaams Parlement zijn er zeker zaken in beweging gekomen.

Zoals we allen weten, zijn er al instrumenten om de continuïteit te garanderen. We verwijzen kort nog even naar het cliëntoverleg en de bemiddeling. De analyse was dat die te weinig bekend waren en meer ingeburgerd moeten geraken. In het jaarverslag van 2015 zagen we al de eerste resultaten van het inzetten op een betere bekendmaking. Het aantal momenten van cliëntoverleg neemt sterk toe: van 263 in 2014 naar 379 in 2015. Bij cliëntoverleg gaan jongere en ouders samen met hulpverleners in overleg, onder begeleiding van een neutrale voorzitter, om de hulp beter op elkaar af te stemmen. Bij bemiddeling wordt de dialoog tussen de betrokken partijen door een bemiddelaar hersteld. Het aantal bemiddelingen stijgt van 32 in 2014 naar 91 in 2015.

De regionale afdelingen Continuïteit en Toegang van het agentschap Jongerenwelzijn zetten nu verder in op cliëntoverleg en bemiddeling in alle op te starten of lopende hulpverleningstrajecten waarin er een nood is aan afstemming van de hulp om tot een coherent, samenhangend plan te komen.

Concreet betekent het dat de vroegere afdeling van de toegangspoort zich meer en meer profileert als een dienstverlenende actor, die ook in situaties waarin het moeilijk loopt binnen de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp kan faciliteren om deze situaties te deblokkeren.

We organiseren de regionale afdelingen als info- en aanspreekpunten binnen de jeugdhulp. Hulpverleners die nood hebben aan ondersteuning bij de oriëntatie in het jeugdhulplandschap of die vastzitten met hun traject in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, kunnen bij dat aanspreekpunt terecht. In de niet-

rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp nemen de jeugdhulpregisseurs deze rol op. Het tempo waartegen deze info- en aanspreekpunten kunnen worden gerealiseerd, koppelen we, zoals u weet, ook aan de overdracht van de provinciale personeelsleden naar het agentschap Jongerenwelzijn.

Een ander voorbeeld van het bijsturen of verduidelijken van de bestaande instrumenten is de rolverduidelijking voor onder meer de contactpersoon-aanmelders bij de intersectorale toegangspoort, de crisisjeugdhulpverlening en de gemandateerde voorzieningen. We expliciteren de opdrachten van de contactpersoon-aanmelder bij de intersectorale toegangspoort, de meldpunten crisisjeugdhulp en de gemandateerde voorzieningen. Concreet betekent het dat een aantal afspraken veralgemeend worden gemaakt.

Ook in het rechtstreeks toegankelijke werkveld moeten we komen tot een algemeen afsprakenkader, dat de rollen, functies en opdrachten van alle partijen letterlijk omschrijft.

We geven hierbij prioriteit aan de afspraken die zeer belangrijk zijn in het dichten van het net. We beschreven die ook in de 2.0-aanpak. Wie is aanspreekpunt als er een wachttijd is en wie is aanspreekpunt als er een vermoeden is van verontrusting in de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp?

We geven hiermee uitvoering aan de vraag naar het outreachend karakter van de jeugdhulpverlening in geval van samenwerking of verwijzing tussen diensten, zoals de brede instap en de rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

Die minimale afspraken worden door de intersectorale aansturing van de jeugdhulp nu zeer concreet uitgewerkt, zodat dit voorjaar een begin kan worden gemaakt met de implementatie ervan. Het is duidelijk dat we van het rechtstreeks toegankelijke jeugdhulpaanbod verwachten dat ze, ten aanzien van de brede instap, outreachend gaan werken en dat ze ook consult- en ondersteuningsopdrachten opnemen. Voor de cliënt moet het alvast duidelijk zijn wie hem welke hulp vanaf wanneer zal bieden en ook tot wie hij zich met zijn vragen gedurende eventuele wachtperiodes kan richten. Deze afspraken moeten schriftelijk worden gemaakt en aan de cliënt worden meegedeeld samen met de vermoedelijke duur van de wachttijd voor het opstarten van probleemgebonden rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

Voor het faciliteren van al die acties zullen er in 2017 ook financiële incentives aan het intersectorale regionale overleg jeugdhulp worden toegekend. Het agentschap Jongerenwelzijn maakt hiervoor dit jaar 20.000 euro per regio vrij.

Tot slot – en zeker niet onbelangrijk – zetten we in op de rol die vertrouwenspersonen kunnen spelen. Het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin breidt in samenwerking met het communicatiebureau Absoluut een campagne van rechtstreekse communicatie met minderjarigen en ouders voor. Die campagne bestaat uit een toegankelijke webpagina met informatie voor minderjarigen, ouders en opvoedingsverantwoordelijken, en een filmpje, te verspreiden via sociale media. Deze campagne wordt nog in het voorjaar gelanceerd.

Ook hulpverleners en voorzieningen worden geïnformeerd en gesensibiliseerd via de bestaande communicatiekanalen, onder andere via rechtspositie.be en de nieuwsbrief jeugdhulp. In elke regio wordt een informatiemoment voor hulpverleners en directies georganiseerd. Op jeugdhulp.be/mijn-jeugdhulp wordt ook een specifieke webpagina voor de vertrouwenspersonen zelf aangemaakt, met daaraan gekoppeld de mogelijkheid om vragen te stellen via mail. Daar wordt ook een rubriek 'veelgestelde vragen' opgenomen.

Hoewel het vinden van een vertrouwenspersoon in het eigen netwerk van de minderjarige de eerste optie is, maken we ook werk van een 'pool van

vertrouwenspersonen'. Deze pool is in eerste instantie bedoeld als vangnet voor minderjarigen die zelf geen vertrouwenspersoon vinden of kunnen aanspreken, bijvoorbeeld omdat ze weinig netwerk hebben of er geen beroep op willen doen of voor minderjarigen die zelf geen vertrouwenspersoon kunnen aanduiden bijvoorbeeld omdat ze heel jong zijn en er een belangenconflict is met de ouders én er niemand uit hun netwerk die rol kan opnemen. De pool van vertrouwenspersonen moet ook dit jaar operationeel zijn.

Wanneer een hulpvraag complexer is, meerdere levensdomeinen betreft, is het vaak nodig om meerdere hulpaanbieders in de regio te betrekken. Ook dan is samenwerking volgens een gemeenschappelijk plan essentieel om hulpcontinuïteit te creëren.

Verschillende vormen van hulp kunnen gecombineerd en in samenhang worden ingezet. Meerdere acties werden opgezet. Zoals al gezegd worden de beschikbare vormen van casusoverleg versterkt en meer bekendgemaakt. Het bestaande cliëntoverleg neemt daarin een centrale plaats in. We voorzien in een versterking van het mandaat van de hulpcoördinator die voor elk cliëntoverleg wordt aangesteld. Meestal wordt deze rol opgenomen door de hulpverlener die het dichtst bij de jongere en het gezin staat. Hij of zij behoudt het overzicht, bewaakt de uitvoering van de afspraken en is beschikbaar en aanspreekbaar. Hij of zij kan op elk moment een nieuw overleg aanvragen om de hulpverlening op te volgen of aan te passen aan de gewijzigde noden. Daarbij moet het ook mogelijk zijn een incentive uit te werken voor de hulpverlener die de rol van hulpcoördinator op zich neemt.

Duidelijk is ook dat het meer expliciteren van de verantwoordelijkheden het best rendeert in een regionale, lokale aanpak in netwerken rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, waarbij over de sectoren heen en regionaal meer geïntegreerd wordt gewerkt.

We zijn er ons ten slotte van bewust dat een belangrijke voorwaarde om continuïteit in de jeugdhulp te waarborgen bestaat in een voldoende beschikbaar, gedifferentieerd en gespreid aanbod, dat vooral ook complementair kan worden ingezet. Ook daarin zetten we stappen vooruit. Zo werden in 2016 de intersectorale netwerken voor jongeren met bijzonder complexe problematieken opgestart. Dat gaat over recurrent 2 miljoen euro.

Tijdens deze legislatuur is het rechtstreeks toegankelijke aanbod al uitgebreid met 150 modules positieve heroriëntering. Ik heb het nu alleen over de bijzondere jeugdhulp. Deze uitbreiding staat voor een bijkomende investering van ongeveer 1,5 miljoen euro. Dat betekent een bijkomend aanbod naar ongeveer 450 gezinnen.

Deze uitbreiding werd uitgevoerd samen met een beweging waarin een aanzienlijk gedeelte van de capaciteit – het volledige aanbod dagbegeleiding in groep en alle modules contextbegeleiding, met uitzondering van de meest intensieve begeleidingen – rechtstreeks toegankelijk werd gemaakt.

We mogen ook de specifieke inspanningen van eind vorig jaar niet vergeten, meer bepaald voor kinderen en jongeren met een asielachtergrond, goed voor 6,6 miljoen euro. We hebben eveneens beslist om bijkomend 1,6 miljoen te investeren in honderd plaatsen rechtstreeks toegankelijke begeleiding voor autonoom wonen voor de 16-plussers onder de niet-begeleide minderjarigen.

Verder realiseren we sinds het nieuwe Pleegzorgdecreet jaarlijks een groei van ongeveer 3 miljoen euro. We zijn ervan overtuigd dat het inzetten op pleegzorg ook doorstroming creëert in andere aanbodvormen.

In het plan voor de geestelijke gezondheidszorg dat we vorige week voorstelden, zit een aanzienlijk deel met bijzondere aandacht voor kinderen, jongeren en een zo vroeg mogelijk aanbod. Zo investeren we 600.000 euro in het programma vroegdetectie en vroeginterventie. Het zogenaamde VDIP-team helpt jonge mensen tussen 14 en 35 jaar én hun omgeving om een eerste of tweede psychose te voorkomen. Ook daarbij is de intersectorale werking met huisartsen, diensten pediatrie, consultatiebureaus voor het jonge kind, Huizen van het Kind, preventieve gezondheidszorg in het onderwijs, de CAW's, de voorzieningen van het agentschap Jongerenwelzijn en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap essentieel. Het gaat dus over een brede scope, waarbij wordt ingezet op het versterken van al deze sectoren om snel te kunnen detecteren.

We gaan ook de eerstelijns psychologische hulp voor kinderen en jongeren met een project van 400.000 euro versterken. Ook daar is het evident dat er moet worden samengewerkt met de eerste lijn.

Ik vermeld ook nog maar eens de ondersteuning van TEJO, Therapeuten voor Jongeren, met 150.000 euro. Met dat budget kunnen ze zich in Vlaanderen breed en meer en meer als zeer laagdrempelige actor op hun eigen specifieke manier richten tot kinderen en jongeren met vragen rond geestelijke gezondheid.

Ook in de sector personen met een handicap is er, zoals u wel weet, een belangrijk bedrag uitgetrokken voor de uitbreiding van de rechtstreeks toegankelijke hulp.

We proberen uit te breiden en in die uitbreiding in te zetten op meer samenwerking. We proberen de aanbevelingen over de continuïteit die het parlement heeft goedgekeurd, systematisch uit te werken. We zetten daarbij vooral in op ondersteuning van de samenwerking en afspraken op het regionale niveau en het creëren van een kader dat veel duidelijker maakt wie in een concrete casus op dit terrein de verantwoordelijkheid neemt.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Minister, ik heb geprobeerd in de zeer uitgebreide uitleg eventuele nieuwe zaken te ontdekken. U zegt dat er binnenkort een 'pool van vertrouwenspersonen' operationeel wordt. Hoe ziet u die pool precies? Hoe wilt u die operationeel maken? Hoe verhoudt de pool zich tot het initiële concept van de trajectbegeleiders? Wat mag ik daaronder precies verstaan? Dat is een niet onbelangrijke vraag. Als die pool heel erg aansluit bij het idee van de trajectbegeleiding dat altijd is vooropgesteld, maar dat het decreet niet heeft gehaald, dan is dat natuurlijk een manier om hulpverleners continuïteit te garanderen.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, ik ben blij dat we nu eens een overzicht hebben gekregen van de stappen die worden gezet. Dat is interessant. U vermeldde de vernieuwde INSISTO, een dienst continuïteit binnen de toegangspoort met lokale afdelingen. Dat zijn zaken met potentieel om voor vooruitgang te zorgen.

Mijn vraag is dan of dat alles zorgt voor een snellere doorstroming. Geraken jongeren sneller op de juiste plaats? Gaat er minder tijd naar administratie? Denk aan het vermaledijde A-document, waarvan werd gezegd dat het tot tien uur vroeg om het in te vullen. Is dat nu beter? Zijn er ook minder breuken in de jeugdhulp? Hebt u er zicht op of er op deze terreinen beterschap is? U geeft een lange opsomming van dingen die gaande zijn en die een antwoord kunnen bieden, maar volgt u ook op of ze effectief voor vooruitgang zorgen en of de maatregelen voldoende zijn om de ambities van het parlement, maar ik denk ook van uzelf waar te maken?

Dan nog een laatste vraag. U hebt opgesomd welk aanbod erbij komt. Iedere extra plek die wordt gecreëerd, is welkom, maar we weten allemaal dat het onvoldoende is om de noden echt te lenigen. Zult u een soort van behoefte-analyse maken van wat er effectief nodig is en de groeipaden om daar toe te komen? U bent nu bezig met het wegwerken van de 'wachtlIJst', maar tegelijk is het interessant de oefening te maken wat er nog nodig is, waar de tekorten zitten en hoe we ze kunnen oplossen, zodat we op lange of middellange termijn een echt beleid inzake aanbod kunnen uitstippelen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Van den Bossche, het is inderdaad de bedoeling een oproep te lanceren naar mensen die geïnteresseerd zijn om een rol als vertrouwenspersoon op te nemen. De rol wordt inhoudelijk niet gewijzigd, maar deze persoon zal natuurlijk wel bijdragen tot het bewaken van de continuïteit. Voor kinderen en jongeren die echt niemand hebben, zoeken we een groep, die we natuurlijk ook de nodige begeleiding en vorming bieden om die rol te kunnen opnemen.

Mevrouw Van den Brandt, ik heb er geen enkel probleem mee dat we een bepaalde tijd na de goedkeuring van de resolutie een stand van zaken opmaken en nagaan hoever een en andere gevorderd is. We hebben het nu natuurlijk vooral over het continuïteitsvraagstuk gehad, maar er zijn nog punten waarop we vooruitgang proberen te boeken. Op korte termijn richten we ons op een zeer goede, verbeterde analyse van wat er aan vraag en aanbod bestaat. We hebben het er onlangs ook over gehad naar aanleiding van een vraag van de heer Parys over de 'gap' tussen een openstaande plaats en een wachtende. Met het jaarverslag zullen we nog heel wat stappen moeten zetten om een heel exact beeld te krijgen van de vragen die leven. Een behoefte-raming is een beetje afhankelijk van hoeveel vragen naar vormen van jeugdhulp er in de samenleving zijn. Op dat punt zal elk jaarverslag een verbetering meebrengen.

Ik reken daarvoor natuurlijk ook op de upgrades van de informaticasystemen, het vereenvoudigde A-document en de nieuwe rol van de afdelingen. We hebben over dat laatste nu niet zoveel gesproken, maar ik heb het wel uitdrukkelijk vermeld. Het gaat niet over een beetje cosmetica. In onze administratie hebben we de taak van een afdeling, die bedoeld was om de toegangspoort tot de jeugdhulp te beheren, bijgestuurd, zodat ze nu inzet op continuïteit en toegang. We hebben daarbij natuurlijk ook geprobeerd onze administratieve posities aan te passen om meer te kunnen inzetten op het faciliteren van hét grote issue, de verbeterde continuïteit. Als u op een bepaald ogenblik daarvan een stand van zaken wil, dan nodigen we het agentschap uit en geven we tekst en uitleg bij de manier waarop de aanbevelingen van het parlement zijn geïmplementeerd. Dat is uiteraard geen probleem. U mag verwachten dat we zeer scrupuleus trachten de 2.0-aanpak te monitoren. Er is ook een nieuwe 'governance' opgezet. Ook dat is het gevolg van de besprekingen in deze commissie. Alle administraties zijn onder één aansturingscomité gebracht, dat ik zelf voorzit. Het volgt tweewekelijks de dossiers op en ondersteunt zo de vooruitgang van de integrale jeugdhulp.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Minister, uit uw uitleg blijkt dat de pool aardig in de buurt komt van de trajectbegeleiders die ooit werden voorgesteld. Het gaat niet langer alleen om het concept dat een jongere zelf iemand uit zijn omgeving aanwijst als vertrouwenspersoon, maar, als ik het goed begrijp, zult u ook een oproep doen naar mensen die bereid zijn om als vertrouwenspersoon op te treden voor jongeren die ze vooraf misschien niet kennen. Als u dat zo invult, dan komt dat voor mij heel dicht in de buurt van de trajectbegeleiding, en dat

vind ik ongelooflijk goed nieuws. Dan moet u daar vooral groot mee uitpakken en een ferme oproep lanceren, zodat heel veel mensen erop kunnen ingaan. Als het goed is, zeg ik het ook. Ik had alleen niet gedacht dat het er nog van ging komen. Ik ben dus ongelooflijk blij, minister. Lanceer een oproep, en ik zal die mee ondersteunen. Laten we dat allemaal doen. Ik ben oprecht tevreden met wat u zegt. Soms kan een mens gewoon tevreden zijn en dat, minister, hangt meestal af van uw antwoord. Er is dus een correlatie tussen beide.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het onderzoek naar het vertrouwen van ouders in vaccinaties voor hun kinderen – 1181 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de twijfel van ouders over het nut van vaccinatie – 1184 (2016-2017)

VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over maatregelen om de vaccinatiegraad bij verschillende doelgroepen te doen stijgen – 1249 (2016-2017)

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Minister, we hebben allemaal de berichtgeving gezien die aan de basis ligt van deze vragen. Soms nemen we bepaalde zaken automatisch aan en zijn we ons niet bewust van bepaalde evoluties, die een grotere impact hebben dan we op het eerste zicht vermoeden.

De Universiteit Antwerpen en de KU Leuven hebben een onderzoek gedaan naar het vertrouwen dat mensen hebben in vaccinaties. Na al die jaren blijken de cijfers niet alleen tegen te vallen, maar is de evolutie ook negatief, en dat is misschien nog belangrijker. Uit het onderzoek blijkt dat 39 procent van de ouders van jonge kinderen bezorgd is over mogelijke ernstige bijwerkingen van vaccins. Ruim 32 procent is dan weer van mening dat nieuwe vaccins meer bijwerkingen zouden hebben dan de vaccins die al langer worden gebruikt. Misschien nog het meest zorgwekkend is dat 1 op de 5 jonge moeders vindt dat kinderen niet moet worden gevaccineerd tegen ziektes die niet of bijna niet meer voorkomen. Bij zwangere vrouwen gaat het over 22 procent, en ouders van adolescenten scoren nog hoger, met bijna een kwart.

Misschien is de realiteit nog wel slechter dan de cijfers doen vermoeden, aangezien ook het aantal mensen dat weigerde aan het onderzoek mee te werken, aanzienlijk is gestegen en we kunnen aannemen dat onder de weigeraars veel mensen zitten die het minst vertrouwen in vaccinaties hebben. In die zin geven de resultaten misschien nog een vertekend beeld.

Het onderzoek gaat over vertrouwen en stelt geen vragen over concrete daden, zoals het weigeren van vaccinatie, maar het spreekt natuurlijk wel voor zich dat het hebben van vertrouwen een eerste belangrijke stap is om vaccinatie toe te staan of actief op te zoeken. Of andersom: het gebrek aan vertrouwen kan een motor zijn om vaccinaties te weigeren of niet aan bestaande programma's deel te nemen.

– *Peter Persyn treedt als voorzitter op.*

In Nederland zijn er gelijkaardige resultaten verschenen en heeft men redelijk snel de koe bij de horens gevat. Er is een extra budget voor een bijscholingsprogramma voor vaccinatoren uitgetrokken en er wordt ingegaan op het 'wereldbeeld' van ouders op dit terrein door middel van gesprekken in de diepte.

Ook u, minister, reageerde en verklaarde dat u eind april, naar aanleiding van de Europese Vaccinatieweek, een nieuwe website zult lanceren waar de burger alle informatie over infectieziektes en vaccinaties ertegen kan vinden. De site zal correcte informatie bieden en foutieve informatie tegenspreken.

Ik heb daar enkele bedenkingen bij. Collega's die afgelopen vrijdag mee op werkbezoek bij perinatale voorzieningen zijn gegaan, zullen met mij getuigen dat de mensen op het terrein zeggen dat alweer een website misschien net de kwetsbaarste groepen niet bereikt. Ik stel uitdrukkelijk de vraag naar kwetsbare groepen, al kunnen we het wantrouwen tegenover vaccins niet terugbrengen tot kwetsbaarheid. We kunnen ons afvragen of een door de overheid opgezette website doorslaggevend is om het wantrouwen te doorbreken van mensen die ernstig twijfelen aan het nut van vaccins en vragen hebben over bijwerkingen en gezondheidsproblemen door vaccins. Dat neemt niet weg dat zo'n website nuttig kan zijn voor sommige mensen die informatie zoeken, maar kan ze ook mensen met een negatieve houding overtuigen? En wat doen we met de meest kwetsbare groepen en de groepen waar de sterkste vooroordelen tegen vaccinatie leven?

Op 21 april 2012 werd tijdens een gezondheidsconferentie een voorstel van een nieuwe gezondheidsdoelstelling en bijhorend actieplan vaccinatie voor de periode 2012-2020 voorgesteld. De Vlaamse Regering keurde deze gezondheidsdoelstelling in juni 2013 goed. De hoofddoelstelling van het nieuwe actieplan was: "Tegen 2020 moet een kwaliteitsvol vaccinatiebeleid in Vlaanderen erop gericht zijn om de bevolking gedurende het hele leven doeltreffend te beschermen tegen vaccineerbare infectieziekten die een ernstige impact kunnen hebben op de levenskwaliteit." Er werden daarbij verschillende doelstellingen vastgelegd om een zo perfect mogelijk vaccinatiebeleid na te streven. Er werden verschillende doelgroepen afgebakend: kinderen, jongeren, volwassenen en 65-plussers. Voorlopig zet u, als reactie op het teruglopend vertrouwen dat uit de studie blijkt, in op een website die zich naar jonge ouders richt.

Daarom heb ik volgende vragen.

Hoe plaatst u de aangekondigde maatregel in het geheel? Is dit een schakel in een ketting en hoe verhoudt die zich tegenover de doelstellingen van het actieplan 2012-2020 om een dekkend en kwaliteitsvol vaccinatiebeleid uit te rollen?

U richt zich specifiek op het vaccineren van kinderen en het vertrouwen van de ouders, maar komen er ook maatregelen voor andere groepen die zijn afgebakend, zoals 65-plussers, mensen in de hulpverlening of risicoberoepen? Acht u bijscholing van vaccinatoren zoals het in Nederland gebeurt, nodig, met name over het correct informeren en het proberen te overtuigen van mensen van het nut van vaccins? Zult u nog andere bijkomende concrete initiatieven nemen? In welke budgettering en verdere timing hebt u voor dit project voorzien?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Minister, vorige week verspreidde het agentschap Zorg en Gezondheid nog positief nieuws met betrekking tot de vaccinatiegraad in Vlaanderen. Er is ook heel wat positief nieuws. Voor aanbevolen en gratis vaccins ligt de vaccinatiegraad tussen de 93 en 96 procent. 89,6 procent van de adolescente meisjes is ondertussen ingeënt tegen het humaan papillomavirus (HPV). Bijna 70 procent van de pas bevallen vrouwen is tijdens de zwangerschap ingeënt tegen kinkhoest en ongeveer de helft tegen griep.

Er zijn nog wel wat werkpunten. De vervolgvaccinaties tegen mazelen moeten hoger, de vaccinatiegraad voor hepatitis B bij adolescenten is gedaald en de dekking voor het rotavirus moet nog hoger.

Tegelijk waarschuwen onderzoekers van de UAntwerpen en de KU Leuven voor een groter wordend gevoel van wantrouwen van ouders ten aanzien van vaccinaties. Een op de vijf jonge moeders betwijfelt of haar kind wel nog moet worden gevaccineerd tegen ziektes die niet meer voorkomen. 39 procent van de ouders is bezorgd over ernstige bijwerkingen van vaccins. 32 procent van de ouders meent dat nieuwe vaccins risicovoller zijn dan reeds langer bestaande vaccins. 20 procent van de moeders vindt dat hun kind niet meer moet worden gevaccineerd tegen ziektes die niet meer voorkomen. Bij zwangere vrouwen is dat zelfs 22 procent en bij ouders van adolescenten 25 procent.

Ik vind deze resultaten zeer verontrustend. De onderzoekers stelden ook vast dat bijna een kwart van de gevraagde deelnemers weigerden te participeren aan het onderzoek. Van die weigeraars gaf 10 procent een negatieve houding ten opzichte van vaccinatie als reden op. De onderzoekers wijzen op gelijkaardige evoluties in het buitenland, wat mogelijk wijst op een daling van de vaccinatiegraad in de toekomst.

Er worden sinds enkele jaren heel wat negatieve boodschappen en onjuistheden over vaccinaties verspreid via sociale media, die blijkbaar toch een effect beginnen te krijgen op de houding van ouders. Minister, u beloofde actie te zullen ondernemen, onder meer het lanceren van een nieuwe website met alle informatie over infectieziekten en beschikbare vaccins.

Ik heb nog enkele vragen. Welke concrete acties zult u naast het lanceren van een website nemen om de brede bevolking en in het bijzonder jonge ouders te sensibiliseren rond het nut van vaccinaties, ook tegen ziektes die niet meer voorkomen? Jonge ouders staan in contact met allerlei organisaties, zoals de consultatiebureaus en de Huizen van het Kind. Zult u deze kanalen en eventueel sociale media gebruiken om mensen te informeren, om hen naar deze website te leiden? Zult u zorgverstrekkers zoals artsen en vroedvrouwen betrekken in deze campagne? Welke bijkomende acties zult u nemen met betrekking tot de vervolgvaccinaties tegen mazelen, de vaccinatie voor hepatitis B bij adolescenten en de dekking tegen het rotavirus?

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Ondanks de gezondheidsdoelstelling vaccinaties die werd goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 19 juni 2013 en het Vlaams Actieplan Vaccinaties 2012-2020 om deze doelstelling te bereiken, blijken nog niet alle vaccinatie doelstellingen gehaald. Het vaccinatieprogramma zorgt er alvast voor dat de vaccinatiegraad vrij hoog is, waardoor heel wat ziekten zich niet meer kunnen verspreiden bij onze baby's en jongeren. Bij de kwetsbare groepen blijkt de vaccinatiegraad toch lager te liggen dan bij andere doelgroepen. Om de eliminatie van bijvoorbeeld mazelen waar te maken, dient de vaccinatiegraad nog te verhogen naar de door de Wereldgezondheidsorganisatie vooropgestelde drempel van 95 procent.

Bij jonge kinderen moet daarvoor gefocust worden op de vaccinatiegraad voor de tweede dosis van het MBR-vaccin. Dit kan door in herinneringsstrategieën te voorzien naar ouders om te wijzen op de onvolledige vaccinatietoestand van hun kind, want zij zijn zich hier meestal niet van bewust.

Wat betreft het vertrouwen in vaccinatie blijkt de overgrote meerderheid een groot vertrouwen te hebben in het nut en de werking. Er is wel duidelijk bezorgdheid over mogelijke nevenwerkingen. Wie zijn kind niet volledig laat

vaccineren, doet dat doorgaans uit onwetendheid of vergetelheid en niet vanwege een principieel bezwaar.

Ik sluit mij alvast aan bij het gegeven dat de rol van sociale media in het verspreiden van informatie over vaccins ook beter zal moeten begrepen worden om er op gepaste wijze op te kunnen inspelen. Wat mij echter alweer opvalt, is dat opnieuw een gebrek aan optimale gegevensuitwisseling tussen gezondheidswerkers aan de basis ligt van een lagere vaccinatiegraad bij bepaalde doelgroepen. Bij zwangere vrouwen en volwassenen blijkt het gebrek aan kennis over hun eigen vaccinatiestatus aan de basis te liggen van de lagere vaccinatiegraad.

Behandelende artsen moeten worden aangemoedigd, en misschien wel verplicht, om recente en oude vaccinatiegegevens van hun patiënten in Vaccinnet in te voeren. Minister, misschien kunt u in de toekomst werk maken van geautomatiseerde oproepingsbrieven die worden verzonden vanuit Vaccinnet aangaande herhalingsvaccins of andere vaccinaties die nog niet werden toegediend. Op die manier kunnen we alle doelgroepen bereiken en hen onmiddellijk kwaliteitsvolle informatie en antwoorden op hun vragen bezorgen om het vertrouwen in vaccinaties te verbeteren.

Minister, welke maatregelen zult u nemen om behandelende artsen aan te moedigen om recente en oude vaccinatiegegevens van hun patiënten in Vaccinnet in te voeren en overweegt u om dit in de toekomst verplicht te maken? Bent u bereid werk te maken van geautomatiseerde oproepingsbrieven aangaande herhalingsvaccins of andere vaccinaties die nog niet werden toegediend, om op die manier de problemen omtrent onwetendheid en vergetelheid weg te werken?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Vooraleer ik antwoord, wil ik aan de hele wereld via internet onze welgemeende proficiat aan mevrouw Van den Brandt uitdrukken voor haar verjaardag, waarvoor ze ons net heeft getrakteerd. Dank u wel. *(Applaus)*

Dames en heren, vooraleer op uw concrete vragen in te gaan, wil ik toch benadrukken dat het Vlaamse vaccinatiebeleid een echte successtory is, en dat de vaccinatiegraad die uit de studie komt, dat ook op vele punten aantoonst.

Uiteraard zijn er ook in een succesverhaal steeds verbeter- en aandachtspunten, en ik wil natuurlijk graag uw vragen daarover beantwoorden, maar we moeten er samen wel voor zorgen dat de grote inspanningen van alle vaccinatoren en het vertrouwen van de bevolking niet worden uitgehold door louter en alleen te focussen op de nog overblijvende werkpunten. Het deel van de studie over het vertrouwen in vaccinatie, spreekt over meer dan 90 tot 95 procent van de ouders van peuters en adolescenten die het ermee eens zijn dat vaccins doeltreffend zijn en belangrijk voor de gezondheid van hun kind en de omgeving.

In het kader van het actieplan bij de gezondheidsdoelstelling vaccinaties zijn een aantal elementen opgenomen die er zeker kunnen toe bijdragen om het vertrouwen in vaccinaties te behouden of te verbeteren. Open en transparante communicatie lijkt me hierbij van essentieel belang, vandaar dat de burgerwebsite vaccinaties voorbereid wordt.

In het actieplan is er sprake van een communicatieplan met speciale aandacht voor minder goed gevaccineerde groepen. We hebben dienaangaande al campagne gevoerd in verband met het belang van griepvaccinatie bij zorgverstrekkers bijvoorbeeld, en acties ondernomen naar mazelen, bof en rubellavaccinatie bij volwassenen. Ik laat bekijken hoe we dit de volgende jaren het best kunnen voortzetten en hoe we kunnen focussen en nieuwe groepen kunnen aanspreken.

Naast campagnes hebben we al sinds enkele jaren ook een mobiel vaccinatie-team dat zich op geclusterde minder bereikte groepen zoals Roma en woonwaggebewoners focust.

Tijdens de Europese vaccinatieweek zal specifiek gefocust worden op het belang van vaccinaties bij jongvolwassenen. Dit zijn mensen die relatief veel reizen en ze vormen daarnaast ook de doelgroep van jonge ouders. Voor hen is het belangrijk te weten dat vaccinatie in het kader van de zwangerschap belangrijk is en dat voor bijvoorbeeld kinkhoest ook vaccinatie van de entourage van pasgeborenen belangrijk blijft.

Hoe de bijscholing in Nederland precies gebeurt, is mij niet bekend. Wel is de situatie in Nederland totaal anders dan hier. Daar zijn het vooral de gemeentelijke gezondheidsdiensten die voor de vaccinaties instaan.

Hier in Vlaanderen zijn er georganiseerde opleidingen, bijscholing en ondersteuning voor de vaccinatoren binnen Kind en Gezin. Voor de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's) zijn er bijscholingen via de CLB-koepels en de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ). Jaarlijks financiert de Vlaamse overheid nu ook een symposium over vaccinaties, wat de laatste jaren het Valentijn Vaccinatiesymposium in Antwerpen was. Ik wil zeker verder inzetten op dergelijke symposia die de kennis van vaccinatoren actueel houden.

Momenteel zijn er geen andere concrete initiatieven, maar ik zal de Vaccinatiekoepel en het communicatieteam van Zorg en Gezondheid vragen de nodige aandacht te blijven besteden aan de aandachtspunten en adviezen uit de vaccinatiegraadstudie. Correcte proactieve communicatie in verband met vaccinaties zoals op een georganiseerde manier voorbereid zijn op reactieve communicatie in geval van bijvoorbeeld opflakkerende niet-wetenschappelijk gefundeerde antivaccinatieberichten, blijven daarbij belangrijk.

Voorlopig noopt de nu afgeronde studie niet tot extra budget buiten waarin al jaarlijks voorzien is binnen het actieplan bij de gezondheidsdoelstelling.

Ik blijf een jaarlijks vaccinatiesymposium voor professionelen ondersteunen en middelen uittrekken voor gerichte campagnes naar bepaalde doelgroepen, zoals zwangere vrouwen en voor de jaarlijkse griepvaccinatiecampagne.

Jaarlijks wordt ter gelegenheid van de Europese Vaccinatieweek van de Wereldgezondheidsorganisatie een aspect belicht en in de kijker geplaatst. Dit jaar wordt dat in Vlaanderen het belang van vaccinatie van jongvolwassenen. In het kader van het actieplan is hiervoor in terugkerende budgetten voorzien zodat dit eigenlijk deel uitmaakt van een constant beleid.

Ter gelegenheid van de Europese Vaccinatieweek eind april 2017 wil ik een website voor burgers lanceren. Hierin zal heel wat informatie te vinden zijn. We willen focussen op het feit dat vaccinaties niet eindigen op het einde van het secundair onderwijs en extra stimuleren dat mensen weten hoe het zit met hun eigen vaccinaties, onder andere door ook Vitalink hiervoor te raadplegen. Hierbij zal ook aandacht zijn voor vaccinatie tegen ziektes die hier niet of niet meer voorkomen.

Het spreekt voor zich dat de verschillende kanalen van zorgverstrekkers mee zullen worden geïnformeerd, zowel Kind en Gezin via hun kanalen als de huisartsen en gynaecologen via hun koepels, maar ook andere vaccinatoren. Ik wil ook specifiek naar vroedvrouwen hierover informatie verstrekken, vooral dan over vaccinatie tijdens de zwangerschap. Ik vraag de Vaccinatiekoepel dit mee te behartigen in het kader van de Europese Vaccinatieweek.

Ik wil ook opmerken dat de vraagstelling 'of er nog moet worden gevaccineerd tegen ziektes die hier niet meer voorkomen' op verschillende manieren kan worden geïnterpreteerd. Als men bedoelt dat een ziekte nergens meer voorkomt, zoals pokken, dan moet er inderdaad niet meer tegen gevaccineerd worden, en dit gebeurt ook niet meer. Als het gaat om ziektes die hier niet meer voorkomen, is dit natuurlijk anders. Die vraag was echter niet verduidelijkt bij de enquêtes. Er is dus een discussie over de interpretatie van de vraag en de manier waarop mensen die hebben ingeschat. Tussen 'nergens' en 'hier' is er toch wel een verschil.

Bij de adolescenten werd de doelgroep geboren in 2000 onderzocht. Die waren vooral gevaccineerd in het schooljaar 2010-2011 tegen mazelen, bof en rubella. Uit de vaccinatiegraadstudie van 2012 bleek ook dat de vaccinatiegraad van 95 procent nog niet bereikt werd voor deze doelgroep. Dat was toen 92,5 procent. Daarom werd in het kader van de Europese Vaccinatieweek in 2013 en 2014 specifiek gewerkt rond vaccinatie van kinderen in het vijfde leerjaar, met aangepast campagnemateriaal en een klasquiz. Deze studie kon de effecten van die campagne nog niet evalueren. Dat zit nog niet mee in de recente studie. Daarnaast heb ik de laatste twee jaar ook gefocust op mazelenvaccinatie van jongvolwassenen en hiervoor ook tijdelijk extra gratis vaccins ter beschikking gesteld van de vaccinatoren.

Voor hepatitis B kwam deze doelgroep als baby in aanmerking voor vaccinatie met gratis vaccins. Het ging toen om aparte vaccins en Vaccinnet bestond nog niet. De vaccinatiedatabank van Kind en Gezin is pas van het jaar ervoor volledig in gebruik, waardoor er minder geregistreerde hepatitis B-vaccinaties in de databank gedocumenteerd waren in die tijd. Het is ook de eerste leeftijdsgroep waarbij er geen systematisch vaccinatiemoment voor hepatitis B meer was in het eerste jaar secundair onderwijs. Tegenwoordig worden baby's met een combinatievaccin gevaccineerd tegen zes ziektes waaronder hepatitis B, waardoor de vaccinatiegraad duidelijk hoger is. Je kunt dat ook zien in de babygroep, waarbij de vaccinatiegraad op 92,9 procent ligt, tegenover 84,3 procent bij de adolescentengroep.

Het rotavirusvaccin wordt voorlopig nog niet in de gratis vaccinatiekorf aangeboden, maar moet voorgeschreven worden en aangekocht worden in de apotheek. Bij de zesde staatshervorming kon het RIZIV die middelen niet doorgeven aan Vlaanderen omdat dit nog niet in de programma's van de gemeenschappen met cofinanciering voorzien was. Momenteel is deze vaccinatie onderdeel van besprekingen in een werkgroep in het kader van de interministeriële conferenties Volksgezondheid. Als de middelen die het RIZIV hieraan nu spendeert, kunnen worden gebruikt om de aankoop van deze vaccins via overheidsopdrachten te financieren, dan kunnen deze vaccins gratis gegeven worden tegelijkertijd met de andere vaccins, wat de vaccinatiegraad enkel ten goede kan komen.

Het ministerieel besluit van 29 januari 2015 tot het bepalen van het vaccinatieschema voor Vlaanderen bepaalt dat de vaccinatoren de plicht hebben om de vaccinaties toegediend met de vaccins die ze van de Vlaamse overheid verkregen hebben, te registreren in Vaccinnet. Steeds meer artsen werken met een softwarepakket dat ook via webservice de recent toegediende vaccinaties automatisch naar Vaccinnet doorgeeft.

Het lijkt me geen goed idee om artsen te verplichten om vroeger toegediende en andere vaccinaties ook in Vaccinnet in te lezen. Steeds meer artsen doen dit trouwens tegenwoordig wel al. Dit verplichten voor het verleden, lijkt me een beetje moeilijk op dit ogenblik.

Ik overweeg voorlopig nog niet om geautomatiseerde oproepingsbrieven te laten versturen in verband met herhalingsvaccinaties. Dit kan wellicht wel vanuit de softwarepakketten van sommige elektronische medische dossiers. Ook Kind en

Gezin heeft recent een applicatie in gebruik genomen waarmee ze ouders kunnen herinneren aan de nodige vaccinaties volgens het aanbevolen vaccinatieschema. Verder wordt door de centra voor leerlingenbegeleiding ook systematisch voorgesteld inhaalvaccinaties aan te bieden wanneer vastgesteld wordt dat dit nodig is.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord. Ik zie twee grote lijnen in het debat. We zijn het er allemaal over eens dat op zich onze graad en ons bereik op vlak van vaccineren als gevolg van verschillende inspanningen en verschillende werkassen, hoog zijn. Alleen blijf je vrij hardnekkig zitten met het niet bereiken van heel specifieke groepen. Ik hoor u met veel genoeg antwoorden dat we bijvoorbeeld op de Roma inzetten. Anderen blijven echter stevast buiten beeld. Ik vraag me af of het lineair doortrekken van een aantal dingen voldoende is. Er moeten volgens mij specifieke acties worden opgezet. De oorzaken kunnen vooroordelen zijn, kunnen cultureel-religieus zijn maar kunnen evengoed materieel zijn. U hebt zelf verwezen naar het feit dat bijvoorbeeld voor het rotavirus het vaccin moet worden aangekocht bij de apotheek. Voor sommigen werkt dat als een drempel of een rem. Daar zullen we een tandje bij moeten steken.

Een tweede punt betreft de evolutie van vertrouwen in vaccins. Het risico bestaat dat mensen conclusies trekken om voor hen of hun kinderen al dan niet vaccins te nemen of vervolgvaccins te laten vallen. Dat is minder een verhaal van achterstelling, maar een bijna contestaire beweging die zich afzet tegen wat men ziet als de klassieke wetenschap en waarbij men een niet-vertrouwen in en het afkeer van vaccins bijna ziet als een alternatieve levensstijl die natuurlijk heel onwettenschappelijk is, individueel en maatschappelijk grote risico's inhoudt. Dit is een vorm van 'fake news' waar onderzoeksresultaten al dan niet worden gebruikt, herschreven enzovoort. Ik vraag me sterk af of bij die mensen die vatbaar zijn voor dergelijke theorieën, een overheidswebsite afdoende is. Dat zal voor velen nuttige informatie bevatten, maar ik vraag me af of het nuttig is om vertrouwen te gaan opbouwen bij mensen die daar op een andere manier naar kijken.

Het lijkt mij goed om in te zetten op vertrouwenspersonen, u hebt verstandige dingen gezegd, u hebt artsen en gynaecologen genoemd, Kind en Gezin, vroedvrouwen. Ik had er zelf een aantal opgeschreven.

Ik vraag me af of vandaag afdoende is bijgebracht dat men een heel actieve houding moet aannemen. Men moet de argumenten bij wijze van spreken op de punt van de tong hebben op het moment dat iemand zaken uitspreekt in die zin. Men moet mensen actief bevragen naar hun houding ten aanzien van. Er bestaan volgens mij gesprekstechnieken die getraind kunnen worden en het mogelijk maken om dat thema te ontsluiten, en die zorgverstrekkers sterken in hun argumentatie en in de efficiëntie van hun betoog.

Het lijkt me dat we daar, dat leid ik toch af uit de vragen die hier gesteld zijn, toch nog een tandje kunnen bijsteken ten aanzien van het antwoord dat u hebt gegeven.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): De heer Van Malderen heeft zeer zinvolle dingen gezegd.

De minister heeft gelijk, we mogen natuurlijk niet al het negatieve zien. Het grote verhaal is positief. Er is de voorbije jaren enorm veel geïnvesteerd en ik zie ook bij hulpverleners dat er toch wel bewustzijn is. Gynaecologen informeren vrouwen standaard, net zoals huisartsen en de CLB's. dat zit wel goed.

De aanleiding voor deze vraag is mijn ongerustheid over de mentaliteitswijziging die we toch beginnen te zien bij de mensen. Dat maakt me echt heel ongerust. Ik weet niet waar dat plots vandaan komt, ik merk dat soms in de praktijk, ik weet niet waar mensen dat halen, maar het is zeer moeilijk om daarover in discussie te gaan met hen. Ze zijn zo overtuigd dat men er weinig rationele argumenten kan tegen inbrengen. Ze zijn rotsvast overtuigd. Men leest bijvoorbeeld over één geval, namelijk dat een kind meer risico loopt op autisme of zo. Uiteindelijk heeft een vaccin zoveel meer voordelen. Men kan zich beschermen tegen een dodelijke ziekte, en zo draagt men het niet over naar anderen. Het dient niet alleen voor de patiënt zelf, maar ook voor de omgeving.

Dit is een probleem. Het is niet evident om de nodige maatregelen te treffen. We moeten al het mogelijke doen. Ik vind het zeer onrustwekkend dat de cijfers altijd maar stijgen.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Minister, in uw beleidsbrief 2016 staat dat u een draaiboek zou willen uitwerken voor zorgvoorzieningen die aan de slag willen gaan met griepvaccinatie bij het personeel en dat ze dat dan ook zouden kunnen benutten. Het zou ook leuk zijn als men dat zou doen met het personeel van organisaties die werken met kwetsbare groepen en eventueel andere doelgroepen waar de vaccinatiegraad nog altijd onder de verwachtingen blijft, en dit conform de aangekondigde maatregelen uit die beleidsbrief voor zorgvoorzieningen.

Van het congres in Antwerpen vorige vrijdag heb ik vooral de voordracht van Emilie Karafillakis van de London School of Hygiene and Tropical Medicine onthouden. Ouders gaan inderdaad wel vaccineren en zijn de krachtigste verdedigers, maar ondersteun toch die gezondheidsverstrekkers om deel te nemen aan gesprekken met die ouders over vaccinatie. De beste praktijken zouden moeten worden verzameld en gedeeld en in een draaiboek gestoken. Dat was een van de conclusies van haar onderzoek.

Peter Persyn (N-VA): Ik permiteer me als voorzitter en als ervaringsdeskundige inzake vaccinatie een kleine tussenkomst. U weet dat ik een tijd in Afrika gewerkt heb in een periode waarin de vaccinatie fel teruggelopen was. Eind jaren zeventig, begin jaren tachtig lag in Congo de vaccinatiegraad boven 95 procent. Toen ik daar werkte, lag die veel lager en de afschuwelijke ziektes kwamen terug.

Dat kwam door de toenemende achteruitgang van de gezondheidsvoorzieningen en de algemene diensten. We zagen ziektes terug opduiken die wij hier vroeger ook hadden. Ik kan u verzekeren, als je iemand in agonie ziet overlijden aan tetanus, dat vergeet je niet. Ik heb er zo verschillende gezien. Spijtig genoeg zien we dat hier in België ook nog een tiental keren per jaar. Iedereen kent de beelden van de poliopatiënten, dat ziet men daar nog elke dag. Oké, die mensen slaan zich er wel door, en dat wordt ginder maatschappelijk heel anders ervaren en opgevangen. Ze hebben vaak een relatief normaal gezinsleven.

Het geheugen is kort. We vergeten dat onze grootouders en overgrootouders die ziektes ook aan den lijve ondervonden. Denk maar aan kinkhoest met dodelijke afloop of met heel zware gevolgen voor de rest van de levensperiode van het slachtoffer en de directe omgeving.

Misschien moet dat ook eens worden meegenomen naar de jonge mensen met een newagementaliteit. Omdat ze het niet meer kennen, onderschatten ze de gevaren enorm. Een kleine excursie, dat hoeft niet fysiek te zijn, maar in beeld, naar die landen, zou nuttig zijn; ik denk aan Zuidoost-Azië, landen zoals Bangladesh of Indië waar polio en allerlei andere overdraagbare infectieuze

aandoeningen nog een heel grote tol eisen. Ik denk dat ze dan twee keer gaan nadenken. Ik ga daar toch van uit.

Ik sluit me verder aan bij al de pertinente opmerkingen. Een specifieke actie naar de kwetsbare groepen kan zinvol zijn.

Ik was aanwezig op het werkbezoek vrijdag. Zoals mevrouw Saeys zegt, het gaat niet alleen over de bescherming van de kinderen zelf, ze vormen ook een gevaar voor de rest van de samenleving. Het is allemaal heel mooi om zich daaraan te onttrekken, men kan daar duizend en één verklaringen voor invoeren, maar dat zijn dus tikkende tijdbommen voor 99 procent van de omgeving. Ik denk aan jonge kinderen die nog niet gevaccineerd zijn en mensen die lange tijd niet gevaccineerd zijn. Wie geen enkele protectie heeft, vormt een groot gevaar en dat is zeer asociaal gedrag.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Laten we afspreken dat ik contact opneem met het agentschap, maar het zal waarschijnlijk kort duren om de suggesties rond een goede argumentatie voor de 'vaccinatoren' te realiseren voor deze vaccinatie-week. Ik zal nagaan of we de volgende campagne niet meer in dat perspectief kunnen organiseren.

Ik heb niet het gevoel dat de 'antivaccinatiegroep' nu brede armslag krijgt bij de bevolking. Dat is niet wat wij onthouden uit de analyse. Misschien is er wel een soort nonchalance en een gebrek aan besef wat de relevantie ervan is. Misschien moeten we de volgende campagne wat meer inzetten op dat item. Ik wil dat graag meenemen en kijken wat we kunnen doen.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp.a): Minister, ik ben u erkentelijk. Als dat gebeurt, hebben deze vragen en het onderzoek dat aan de basis ligt, nut gehad.

Zoals de heer Persyn beeldig geschetst heeft, is dit een problematiek die we niet zomaar automatisch mogen aannemen. De geschiedenis heeft ons geleerd dat we gevaarlijke kwaadaardige aandoeningen kunnen terugdringen, maar dat is nooit volledig verworven. Dat besef moet ons waakzaam maken, en ons laten beseffen dat er kwetsbare groepen zijn die nog altijd aan ons bereik ontsnappen. In de vraag aan uw administratie zou ook dat mogen worden meegenomen, minister. Mensen denken zich de luxe te kunnen permitteren vanuit hun newage- of alternatieve levensstijl zich daaraan te kunnen onttrekken. Ze vormen voor zichzelf en voor de hele samenleving een risico. De mensen versterken in hun argumentatie en het discours daartegen, lijkt me bijzonder nuttig.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Ik ben ook heel blij dat u dat gaat meenemen, minister. Opnieuw een bewustmaking zou weleens mogen gebeuren. Op dit moment zijn veel mensen nonchalant, ze denken: 'Dat is toch allemaal gepasseerd, we moeten dat niet meer doen.' Zo'n campagne zou een positief effect kunnen hebben.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): Inderdaad, het is een goed idee om dat mee te nemen.

Toch blijft de gegevensdeling de basis: alles bestaat al, het moet beter gedeeld worden. Ik hoop dat andere ouders niet tegenkomen wat ik vorig jaar tegenkwam bij het uitkuisen van mijn kasten. Ik vond wel tien fiches van mijn drie kinderen

met vaccinatiegegevens. Ik heb ze dan nog bijhouden, de meesten gooien ze zelfs weg. Als dat niet ergens geregistreerd is, ja, wie weet het dan? (*Opmerkingen*)

Mijn jongste zoon is vorig jaar nog naar Vietnam geweest en zit nu in Zuid-Afrika. Hij heeft daarvoor vaccinaties gekregen, dat vindt men nergens terug.

Minister Jo Vandeurzen: Ik had voor mijn zoon die in het buitenland zat, plots een attest nodig. De huisarts heeft dat probleemloos teruggevonden in Vitalink.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Tine van der Vloet aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de vergoeding van de voorlopige bewindvoerders – 1253 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Peter Persyn

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): Sinds september vorig jaar heb ik al heel wat vragen gesteld betreffende de vergoeding van de voorlopige bewindvoerder. In het burgerlijk wetboek staat in artikel 84 bis betreffende de voorlopige bewindvoerder en de verloning hiervoor: "De wettelijke Vrederechter kan aan de voorlopige bewindvoerder, bij een gemotiveerde beslissing, na overlegging door de voorlopige bewindvoerder van het verslag bedoeld in artikel 488 bis, C, § 3, een bezoldiging toekennen waarvan het bedrag niet hoger mag zijn dan 3% van de inkomsten van de beschermde persoon."

Mijn schriftelijke vraag hierbij was vooral of het basisondersteuningsbudget (BOB) en het persoonsvolgend budget beschouwd worden als een bezoldiging, waardoor de bewindvoerder 3 procent mag inhouden. Of wordt het beschouwd als een budget om zorg in te kopen? U antwoordde dat een vrederechter hierover beslist, en stelde dat het budget dat ter beschikking gesteld wordt om zorg in te kopen, zowel het cashbudget van de persoonsvolgende financiering als het basisondersteuningsbudget, dan ook beschouwd kunnen worden als inkomsten. Een voucher zal niet in aanmerking komen als bezoldiging voor de bewindvoerder omdat die het budget niet moet beheren.

In het antwoord op mijn vraag van 21 september 2016 zei u dat federaal minister van Justitie Geens een initiatief plande om duidelijkheid te verschaffen bij koninklijk besluit. U stelde de bevoegde minister te hebben gevraagd om hierover in overleg te gaan. Voorlopig is het dus zo dat in sommige gerechtelijke arrondissementen het persoonlijke-assistentiebudget niet als inkomen in aanmerking genomen wordt omdat de vrederechters de bezoldiging daarop niet willen toepassen en zij van oordeel zijn dat controle op het persoonlijk-assistentiebudget door de Vlaamse overheid uitgevoerd wordt. In andere gerechtelijke arrondissementen wordt het persoonlijk assistentiebudget wel als inkomen voor het bepalen van de bezoldiging in aanmerking genomen.

In uw antwoord op mijn vraag van 5 januari 2017 stelde u dat minister Geens in het voorgelegde ontwerp aan de Federale Regering de uitkeringen en tegemoetkomingen voor het betalen van zorg en bijstand in het kader van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en andere zorgbehoevenden zal uitsluiten als inkomsten die als basis dienen voor de begroting van de bezoldiging als bewindvoerder. Verder stelde u dat de administratie hierover vorming geeft aan vrederechters en bewindvoerders, en dat ook de voorzieningen en de bijstandsorganisaties de bewindvoerders kunnen bijstaan bij vragen over de transitie naar de persoonsvolgende financiering.

Minister, hebt u kennis genomen van het ontwerpvoorstel van minister Geens? Zal het ontwerp zowel het BOB, als cash en voucher uitsluiten als inkomsten voor de begroting van de bezoldiging als bewindvoerder?

Wat is de impact op uitspraken van vrederechters die in het verleden beslissingen hebben genomen waarbij de bewindvoerder wel 3 procent van de inkomsten kreeg toegekend?

Wat werd er tot nu toe concreet gedaan om de bewindvoerders en vrederechters informatie te verstrekken? Hoe werden zij betrokken bij het proces?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, zoals ik al eerder hier in de commissie heb aangegeven, heb ik minister Geens over deze problematiek aangeschreven. Hij antwoordde mij nog niet zo lang geleden dat er een koninklijk besluit in opmaak is in uitvoering van artikel 497/5 van het Burgerlijk Wetboek, en ik citeer: "In navolging van uw schrijven zal in dit Koninklijk Besluit uitdrukkelijk worden aangegeven dat uitkeringen en tegemoetkomingen voor het betalen van zorg en bijstand in het kader van de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en andere zorgbehoevenden uitgesloten worden als inkomsten die als basis dienen voor de begroting van de bezoldiging van de bewindvoerder." Dit geldt voor de persoonsvolgende financiering, dus zowel voor het basisondersteuningsbudget als voor de betalingsvarianten cash en voucher van het persoonsvolgend budget.

Vrederechters hebben een particuliere appreciatiebevoegdheid die zij rechtstreeks putten uit de wet. Gezien de onduidelijkheid in de regelgeving omtrent het in rekening brengen van het persoonsvolgend budget voor de betoelaging van bewindvoerders, stond het de vrederechters vrij hieromtrent hun appreciatiebevoegdheid uit te voeren. Vrederechters zullen geïnformeerd worden over het hoger vernoemd principe en zullen gevraagd worden voortaan hun beslissing te conformeren aan dit principe. Dat moet, zoals gezegd, gebeuren door de Federale Regering via een KB. De beslissingen van vrederechters uit het verleden kunnen alleen worden herzien indien het KB dat bepaalt en de terugwerkende kracht vermeldt.

Op 10 februari heb ik een overleg belegd met de betrokken administraties en een vertegenwoordiger van het Koninklijk Verbond van de Vrede- en Politierechters om een aantal mogelijkheden te bespreken inzake het verstrekken van informatie over de persoonsvolgende financiering aan vrederechters en bewindvoerders. Het betreft infomomenten, opleidingen, het permanent verstrekken van informatie en dergelijke. Het VAPH heeft reeds een infomoment voor een aantal vrederechters gegeven. De betrokken administraties zullen verder een voorstel voorbereiden om vrederechters en bewindvoerders te informeren en te sensibiliseren.

De voorzitter: Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

Tine van der Vloet (N-VA): Ik dank u voor uw duidelijk antwoord, minister. Ik ben blij dat zowel het BOB, cash als de voucher worden uitgesloten. Het VAPH heeft al infomomenten gegeven, maar heel wat vrederechters en advocaten of anderen die bewindvoerder zijn, hebben dat gemist. Ik heb van velen gehoord dat ze in het hele proces niet zijn meegenomen, dat ze daar nog heel weinig van gehoord hebben, dat ze met de handen in het haar zitten. De infomomenten of -brieven mogen nog wat extra aandacht krijgen. Hebt u zicht op de timing van het KB? Het is natuurlijk de Federale Regering die daarmee bezig is. Heeft minister Geens met u gesproken over de timing?

U zegt zelf dat het enkel kan worden herzien indien het KB de terugwerkende kracht bepaalt. De persoonsvolgende financiering is bijna twee maanden in

werking, het had er al eerder moeten zijn, natuurlijk, het zou goed zijn dat we daar een beetje achter zitten zodat het snel komt voor die mensen. Er moet duidelijkheid komen, zowel voor de gebruikers als voor de bewindvoerders.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Ik zal eens informeren naar de timing, want die staat niet vermeld in de brief.

Er is de koninklijke vereniging van vrederechters met een Vlaamse vleugel, maar de vrederechters staan ook onder de voorzitter van de rechtbank. Er zijn meerdere kanalen waarlangs er moet worden gewerkt en dat hebben we aangeboden aan de vrederechters.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de VDIP-teams (Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische stoornissen) – 1273 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Peter Persyn

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, VDIP-teams, voor Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische stoornissen, richten zich op relatief jonge mensen van 14 tot 35 jaar die een eerste psychose doormaakten of van wie de omgeving vermoedt dat ze een hoog risico lopen op het ontwikkelen van een psychose. Vaak zijn het mensen die hulp mijden, en daardoor een verhoogd risico op suïcide hebben, maar ook andere gezondheidsgevolgen hebben. Huisartsen, collega's, familie, leerkrachten, CLB-medewerkers enzovoort kunnen bij de VDIP-teams hun vermoeden melden en de teams zorgen voor een vroegtijdige interventie en maken opsporing mogelijk. Op die manier kan er worden gezorgd voor een zo snel en toegankelijk mogelijke opvang in de omgeving en kan er indien nodig een behandeling worden opgestart.

De jaarlijkse financiering van deze teams is ingekanteld in de enveloppen-financiering van de cgg's, de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Er zijn momenteel meerdere VDIP-teams in Vlaanderen en Brussel, maar nog niet overal. Het Actieplan Geestelijke Gezondheid zet in op vroegdetectie en interventie, in het bijzonder bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen. Dat is absoluut noodzakelijk en een goede zaak. Aangezien 75 procent van de psychische problemen voor het 25e levensjaar start, is het ongelooflijk belangrijk deze doelgroep bij vroegdetectie te betrekken.

Toen ik in de kranten las dat u 600.000 euro vrijmaakt om de werking van deze teams te versterken en uit te breiden, vond ik dat goed nieuws. Vandaag is het een dag van complimentjes, en ik hoop dat ik er ook eentje kan geven. Ik ben in de begrotingsbesprekingen op zoek gegaan naar de post waarop de 600.000 euro staat ingeschreven, maar ik vond die op het eerste gezicht niet terug. Voor mij geen probleem, indien u het budget vindt en met de begrotingscontrole in gang zet. Of misschien heb ik erover gekeken, maar het is wel belangrijk dat die 600.000 euro extra middelen zijn en niet gewoon een verschuiving binnen de cgg's waardoor die dan op andere domeinen minder slagkracht hebben. Deze centra zijn sinds 2011 ook al niet meer versterkt en zitten al ver over hun limieten.

Mijn eerste vraag is dan ook: gaat het om een nieuw budget of een verschuiving van middelen?

Mijn tweede vraag gaat over de verhouding tussen de cgg's en de teams en overlegplatformen. Momenteel zijn de cgg's de kernspelers. Blijft dat zo, blijven zij de koepel of ziet u een andere structuur?

Een derde vraag gaat over het Actieplan Geestelijke Gezondheid. Onlangs gaf u aan dat de regering een eerste lezing van het actieplan achter de rug heeft en dat u nu wacht op advies, zodat de regering een definitieve of aangepast versie kan goedkeuren. Tegelijk merken we dat het actieplan in uitvoering is. Waar zit het actieplan dus? Hebt u alle adviezen ontvangen en zal de regering binnenkort het actieplan formeel starten? Of zal het nog een tijdje duren en zet u intussen al wel de uitvoering ervan in gang?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Vooraleer ik dieper inga op de vraag, wil ik graag even het kader schetsen.

Op 30 maart 2015 hebben we de 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' mee ondertekend. Deze gids is uitgewerkt op basis van alle relevante adviezen van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, de Hoge Gezondheidsraad, binnenlandse en buitenlandse goede praktijken en in overleg met alle overheden, sectoren, beroepsgroepen, de Wereldgezondheidsorganisatie enzovoort. In de gids is een Nationaal Plan voor een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren 2015-2020 opgenomen. Met actie 22 daarvan gaan we voor het "ondersteunen van intersectoraal samenwerken in de gezondheids- en welzijnszorg bij de ontwikkeling en organisatie van gerichte vroeginterventie naar kinderen en jongeren met psychische problemen".

De uitwerking van deze actie behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen en gewesten. In de interkabinettenwerkgroep (IKW) 'taskforce ggz' werken we momenteel een gemeenschappelijke visie en het algemeen kader uit waarbinnen actie 22 door de bevoegde overheden kan worden gerealiseerd. Met die inspirerende leidraad hoopt de IKW, voor ons dus de 'taskforce ggz', een afgestemde en zo uniform mogelijke geestelijke gezondheidszorg voor alle kinderen en jongeren in België te realiseren, waarbij weliswaar steeds met regionale specificiteiten rekening wordt gehouden. De bevoegde overheden moeten dan de inhoud van de tekst concretiseren in templates, werkteksten enzovoort.

De cgg's met een VDIP-team krijgen daarvoor momenteel in het totaal een jaarlijks budget van 800.000 euro. Dat budget werd vroeger projectmatig toegekend in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie, maar is sinds 2016 onderdeel van de reguliere financiering van de cgg's.

Daarnaast is het mogelijk dat regionale partners in samenwerking met een cgg ook een bijdrage leveren. We willen 600.000 euro extra inzetten om over heel Vlaanderen een programma vroegdetectie en -interventie uit te rollen, dat weliswaar ruimere taken zal omvatten dan het oorspronkelijke VDIP-project. Het gaat wel degelijk om een extra investering, niet om een verschuiving in de financiering van de cgg's.

De bestaande VDIP-teams zijn in de cgg verankerd. We zullen de goede praktijken die vandaag bestaan, valideren en erop voortbouwen. De VDIP-teams hebben de voorbije jaren een stevige methodiek en netwerk met partners uitgebouwd en zijn een belangrijk vertrekpunt voor een programma rond vroegdetectie en -interventie.

Maar onze intentie bij het uitwerken van het programma gaat ruimer dan de huidige werking van de VDIP-teams. Er bestaan in Vlaanderen momenteel

bijvoorbeeld ook projecten rond vroeginterventie bij verslavingsproblematieken. We willen alle huidige projecten rond vroegdetectie en -interventie op elkaar afstemmen en de bestaande expertise en ervaringen meenemen in de realisatie van het programma.

Daarenboven wordt de leeftijdsrange voor dit programma duidelijk afgebakend. Ongeveer 50 procent van de psychische stoornissen bij volwassenen ontstaat immers voor de leeftijd van 14 jaar en 75 procent van de psychische problemen ontstaat voor het 25ste levensjaar. Het programma vroegdetectie en -interventie zal zich dan ook richten naar kinderen, jongeren en jongvolwassenen met de eerste voorboden van een mogelijke psychische of psychiatrische problematiek. Er gaat bijzondere aandacht naar psychose, suïcide, eetstoornissen en verslaving en dat wordt in het programma vertaald naar specifieke acties en interventies.

We vinden het daarnaast belangrijk om rekening te houden met de regionale eigenheid. Naar analogie met de andere programma's in de implementatie van het nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren zullen we een template ontwikkelen waarin we verduidelijken welke doelstelling we voor ogen hebben en binnen welk kader, zowel qua beleidsvisie als budgettair, die in elk netwerk moet worden uitgewerkt. Het is de bedoeling dat in elk netwerk samen met alle relevante partners wordt besproken hoe een programma vroegdetectie en -interventie concreet invulling krijgt in die specifieke regio. Er zal regionaal geanticipeerd moeten worden op vragen zoals: wie is er nu al actief rond vroegdetectie en -interventie en welke samenwerkingsverbanden bestaat er al op dit vlak? Welke partners missen we nog en willen we ook in de toekomst betrekken? Welke goede praktijken zijn er in onze regio voorhanden en willen we versterken? Welke accenten moeten we leggen of verder uitwerken om aan het kader van de overheid te voldoen? Hoe zal het bijkomende budget worden ingezet? Enzovoort.

Het is belangrijk om te benadrukken dat we deze template momenteel nog aan het uitwerken zijn. De intentie daartoe staat wel duidelijk in het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid en zal in 2017 worden uitgevoerd. We zullen de huidige budgettaire ruimte maximaal benutten.

Daarenboven willen we maximaal aansluiting vinden bij het preventieve gezondheidsbeleid. Vroegdetectie en een aantal modules van vroeginterventie worden vaak opgenomen buiten de sector van de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Ook dat beleid willen we versterken en beter uitbouwen. Daarbij denken we bijvoorbeeld ook aan de intergemeentelijke preventiewerkers die soms in cofinanciering worden tewerkgesteld. Het spreekt voor zich dat de cgg's vanuit hun opdracht als gespecialiseerde, ambulante geestelijke gezondheidszorgpartner een belangrijke partner zijn. We vinden het evenwel ook essentieel dat het programma wordt uitgerold binnen bestaande regionale netwerken geestelijke gezondheid kinderen en jongeren. Een intersectorale, globale en geïntegreerde visie is het uitgangspunt. Heel wat partners kunnen en moeten immers een steentje bijdragen tot de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren.

Ik begrijp niet goed waar de verwarring met de Overlegplatforms Geestelijke Gezondheid uit voortkomt. Met de Overlegplatforms hebben we afgesproken dat ze in de periode 2017-2018 volgende opdrachten zullen opnemen. Het uitbouwen van een externe ombudsfunctie, zoals vermeld in de wet op de patiëntenrechten voor de voorzieningen aangesloten bij het Overlegplatform. Het coördineren van de samenwerking, onder andere met betrekking tot participatie en ervaringsdeskundigheid, gezondheidspromotie en ziektepreventie, transitieleeftijd. Zich aanpassen aan het nieuw landschap geestelijke gezondheid. De Vlaamse Gemeenschap streeft hierbij naar coherentie en analogie tussen de verschillende netwerkcoördinatoren en de rol van de Overlegplatforms. Er is een document in opmaak om deze afstemming voor de bestaande netwerkcoördinatie geestelijke gezondheid kinderen

en jongeren, volwassenen en internering te verduidelijken. Dat zijn allemaal aparte netwerken die we dringend met elkaar in overeenstemming moeten brengen.

Dit document is reeds ter goedkeuring voorgelegd aan de IKW 'taskforce ggz' en is bezorgd aan de overlegplatforms, de netwerkcoördinatoren en de koepelorganisaties. We streven naar een zo efficiënt en effectief mogelijke ondersteuning van samenwerkingsinitiatieven op het terrein en dus ook naar een optimale afstemming tussen bestaande coördinatiefuncties. Het is de bedoeling dat de netwerkcoördinatie kinderen en jongeren een ondersteunende en coördinerende rol speelt in het tot stand komen van een gedragen en intersectorale invulling van het programma vroegdetectie en -interventie binnen elke netwerk.

Het actieplan omvat heel wat acties, sommige met het oog op uitvoering op korte termijn, andere zijn eerder gericht op nieuw beleid op iets langere termijn. Vele zaken bouwen voort op lopende beleidslijnen, bijvoorbeeld de situering in het programma vroegdetectie en -interventie binnen de gids naar een nieuw geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren. Nu het actieplan gelanceerd is, is een van de volgende taken een overzicht te maken van welke acties we op korte termijn gaan realiseren en via welke indicatoren we de implementatie van het actieplan zullen opvolgen. Dit is momenteel bezig. De timing van de verschillende acties staat nog niet vast, maar het kader is wel de huidige legislatuur 2017-2019 en we houden rekening met de gekende begroting 2017.

We zetten dus al voorbereidende stappen in het uitvoeren van sommige punten uit het actieplan. Het is immers nodig om via een zorgvuldig proces alle partners te betrekken en het actieplan met gedragenheid in het werkveld tot uitvoering te brengen. De timing zal besproken worden op het structureel overleg geestelijke gezondheid, waarop alle kernpartners aanwezig zullen zijn. De elementen die aansluiten bij de nieuwe gezondheidsdoelstelling 'gezonder leven' zullen hun eigen traject lopen, maar aansluiten op wat er verder in het actieplan Geestelijke Gezondheid zal worden gerealiseerd. Deze voorbereidende stappen beletten niet dat we het advies van de SAR afwachten om tot effectieve uitvoering van het actieplan over te gaan. Dit advies kan ook nog leiden tot bijstellingen aan het actieplan. We verwachten het advies in de volgende maand. De SAR is druk bezig met het finaliseren ervan.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kijk uit naar het definitieve plan, zodat we er hier in het parlement aan de slag mee kunnen. Ik begrijp wel dat er daaruit verschillende vragen komen naar de verschillende taken en verhoudingen. Het is goed dat er nu een verduidelijkende nota is, maar er wordt heel veel over samenwerking, coördinatie en coördinatie van de samenwerking gesproken in het actieplan. Dat roept vragen op. Toen ik het actieplan las, vroeg ik me ook af hoe de structuur eruitziet, hoe alles in elkaar past en wie waar de regie over heeft. Ik begrijp dat die vragen leven. Dat hoeft geen kritiek te zijn, maar het is wel belangrijk dat die zaken duidelijk zijn en dat alle spelers hun rol kennen en zich erkennen in de rol die hun wordt toebedeeld.

Het is een goede zaak dat de 600.000 extra erbovenop komt. Ik denk niet dat we daarmee alle noden van vroegdetectie en vroege behandeling hebben aangepakt, maar het is een belangrijke stap en een belangrijk signaal dat er prioriteit aan wordt gegeven. Ik kijk ernaar uit dat dit op korte termijn in uitrol gaat.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): In de vraagstelling wordt verwezen naar huisartsen, collega's, familie en CLB-medewerkers die melding aan die teams kunnen maken bij een vermoeden. In de praktijk merk ik zelf dat zeer veel van die

doorverwijzers niet goed zijn geïnformeerd over het bestaan van die teams. Hoe worden die mensen geïnformeerd over het bestaan van die teams? Hoe kunnen ze die best contacteren? Ik stel immers vast dat die boodschap niet goed is doorgedrongen bij artsen. We trekken daar middelen voor uit en het is dan ook belangrijk om die toehoorders goed te informeren.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp.a): Bij de uitrol van het actieplan kunnen we erachter staan dat er verduidelijking van de verschillende rollen nodig en nuttig is. Preventie en vroegdetectie van psychische problemen bij kinderen en jongvolwassenen is een kernpunt van het actieplan ggz. Daar moeten we op inzetten. De VDIP-teams zijn daar een belangrijke speler in.

Het is goed dat er 600.000 euro extra aan wordt toegekend. De bedoeling is om het breder uit te smeren over heel Vlaanderen. Is die 600.000 euro berekend op de behoefte om de VDIP-teams en de bredere werking uit te rollen over heel Vlaanderen? Of is dit een budgettair bedrag waarbij niet zeker is dat de uitrol over heel Vlaanderen kan gebeuren?

Peter Persyn (N-VA): Vanuit mijn eigen ervaring sluit ik me graag aan bij wat mevrouw Saeys zei. De outreachende teams van de 107-projecten, die nu min of meer ingeburgerd geraken, zullen natuurlijk maar tussenkomen als de detectie al is gebeurd. Ik vraag net als mevrouw Saeys om de eerstelijnsgezondheidswerkers, de mensen die heel dicht bij de gezinnen staan, extra te sensibiliseren want een keer dat de problematiek ernstig ophanden is, zitten we met een heel chronische problematiek die gezinnen voor soms tientallen jaren opzadelt met heel belangrijke zorgen. Soms blijft dat levenslang een groot probleem voor de ouders, de persoon zelf uiteraard en zijn beperkte omgeving. Ik hou een pleidooi om daar meer op in te zetten. Hiermee sluiten we ook weer aan op de discussie in de plenaire vergadering van vorige week over eerstelijnspsychologische ondersteuning. In tweede orde komt dan natuurlijk de professionele hulp van psychiatrische verpleegkundigen, van mensen die heel erg vertrouwd zijn met de problematiek. Het is een heel zware problematiek.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is uitdrukkelijk de bedoeling om met die middelen voor vroegdetectie ook in te zetten op het versterken van de actoren in de eerste lijn. Huisartsen vertrouwdschap geven met en het voorzien in facilitering en toegang tot wat meer gespecialiseerde vormen van hulp, zal daar zeker in zitten. Sensibilisering zit mee in de redenering dat als die middelen worden ingezet, ze ook moeten dienen om de eerste lijn wat beter te ondersteunen en te interveniëren met een beetje expertise die vanuit dit soort initiatieven kan worden versterkt. U hebt hopelijk kunnen merken in het uitvoerige document van de eerstelijnsconferentie dat de vraag leeft om de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn beter te structureren.

Mijnheer Bertels, het is een budgettair bedrag dat moet bijdragen tot een betere verspreiding over Vlaanderen van deze mogelijkheden.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik wil daar wel ondertiteling bij geven: "Helaas, mijnheer Bertels, het is niet genoeg voor heel Vlaanderen." Maar toch, ik wil hier niet de zuurpruim uithangen. Het is positief dat die middelen er zijn, maar we beseffen allemaal dat dit onvoldoende is om alle noden te lenigen. Het is een stapje in de goede richting, dus laat ons dat positief onthalen.

Ik hoop dat zowel u als uw collega's binnen de meerderheid bij de opmaak van de begroting de urgentie van de extra ondersteuning van geestelijke gezondheidszorg

inzien zodat we bij de volgende begrotingscontrole ook budget hebben om uitvoering te geven aan het actieplan ggz zodat we geen actuele vragen moeten krijgen over wat u gaat doen waarop u dan zult antwoorden dat u moet werken binnen het budget dat u is toegekend. We beseffen met z'n allen dat het budget voor geestelijke gezondheidszorg momenteel te laag is. Als we dat verhogen, zal dat zeer relevant en zinvol worden ingezet.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.