



Vlaams  
Parlement

vergadering **C160**  
zittingsjaar 2014-2015

Woordelijk Verslag

## **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 10 maart 2015

## INHOUD

INTERPELLATIE van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de problemen in de kinder- en jeugdpsychiatrie – 37 (2014-2015)	3
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rechtszaak tegen het decreet Persoonsvolgende Financiering (PVF-decreet) – 1325 (2014-2015)	14
VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het tandbederf in het melkgebit van jonge kinderen – 1366 (2014-2015)	21

**INTERPELLATIE van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de problemen in de kinder- en jeugdpsychiatrie  
– 37 (2014-2015)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

**Mevrouw Freya Van den Bossche (sp-a):** Voorzitter, minister, om de zoveel tijd duikt hetzelfde probleem in het nieuws op. Het gaat om een minderjarige die bij gebrek aan een beschikbare plaats in een voorziening die voor zijn/haar leeftijd is aangepast, gedwongen wordt opgenomen in een psychiatrische voorziening voor volwassenen.

Het komt vaak voor. Het haalt veel minder vaak de krant dan het voorkomt. Uit een rondvraag in het gerechtelijk arrondissement Gent alleen al blijkt dat het om 20 tot 30 gedwongen opnames per jaar gaat van jongeren die bij volwassenen terechtkomen. In de provincie Antwerpen zijn er elke week 30 aanvragen voor crisisopvang, terwijl er maar 8 bedden zijn. In Leuven is het eenzelfde verhaal met elk jaar 360 aanvragen voor psychiatrische crisisopvang, terwijl er maar 8 crisisbedden voorhanden zijn. Het gaat dus om een groot tekort.

Dit past ook in een bredere problematiek. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) kampt 20 procent van de kinderen en jongeren in de westerse wereld met psychische problemen en stoornissen en 5 procent daarvan heeft klinische interventie nodig. Als we de percentages van de WGO op Vlaanderen en een deel van Brussel toepassen, dan komen we voor 2014 aan 265.000 jongeren met psychische problemen en stoornissen. Daarvan zijn er 66.000 die klinische interventie nodig hebben. De WGO stelt bovendien vast dat de helft van de mentale stoornissen bij volwassenen al naar boven komt voor de leeftijd van 14 jaar. Dat betekent dat snelle en adequate behandeling volgend op detectie belangrijk is, niet alleen om aan de nood van de jongere te verhelpen maar ook om het doorzetten van de problemen op langere termijn te vermijden of te verlichten.

Vlaanderen is daar duidelijk niet helemaal klaar voor. Uit een aantal schriftelijke vragen bleek dat kinderen en jongeren in 2013 gemiddeld meer dan 100 dagen moesten wachten bij een centrum voor geestelijke gezondheidszorg (cgg) vooraleer ze hulp kregen. Deze wachttijd loopt bovendien op. In 2014 heeft het agentschap Zorg en Gezondheid geklaagd over het structurele tekort aan uitstroommogelijkheden na het behandeltraject in de K-diensten, zodanig zelfs dat 25 procent van de behandeltime verloren gaat. U moet zich dat inbeelden: 25 procent van de tijd zit er een jongere in een bed die dat niet meer nodig heeft, maar nergens anders naartoe kan en daardoor geen plaats kan maken voor een andere jongere die dringender dat bed nodig heeft. Dat is een flessenhals waar u iets aan moet kunnen doen. Dankzij de doorstroommogelijkheden kunt u alvast 25 procent meer behandeltime benutten.

Ook organisaties die instaan voor thuisbegeleiding van kinderen met psychische moeilijkheden klagen over wachttijden van maanden of zelfs jaren. Ze schrappen leeftijdcohorten van hun eigen lijsten om ze later opnieuw te laten instromen, simpelweg om ervoor te zorgen dat elk kind op een bepaald moment in de tijd wel een keer wat psychische zorg of ondersteuning thuis zou krijgen omdat ze weten dat ze niemand continue begeleiding kunnen geven. Dat betekent dat problematieken die nog niet noodzakelijk betekenen dat een situatie acuut is of

een crisis kunnen worden genoemd, een grotere kans krijgen om te evolueren naar iets acuuts omdat de gewone interventie niet op tijd kan starten. Die interventie werkt niet alleen remediërend, maar soms zelfs sterk preventief.

In de gemeenschappelijke verklaring over de zorgnetwerken in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren uit 2012 wordt een deel van de problemen erkend. Men stelt dat het aanbod onvoldoende is om de behoeften te dekken. Meer dan de helft van de consultaties in de geestelijke gezondheidszorg heeft betrekking op kinderen en de prevalentie van psychiatrische problemen wordt bovendien zwaar onderschat.

Ons systeem is daar niet aan aangepast en dat leidt tot situaties zoals die waarin Astrid nu verkeert. Het gaat om uiterst kwetsbare kinderen en jongeren die behoefte hebben aan de juiste begeleiding, in de thuisomgeving als het kan maar in een voorziening als het moet. Hen plaatsen in een omgeving die niet geschikt is, is nooit de goede oplossing. Ik beseft dat dit soms gebeurt bij gebrek aan beter, maar dat mogen we niet zomaar aanvaarden. Het klopt vanzelfsprekend dat een deel van de bevoegdheden die betrekking hebben op deze situaties federale aangelegenheid zijn. Ik herinner u graag aan wat in uw eigen actieplan Jeugdhulp staat: "We organiseren ons zodanig dat kinderen, jongeren en gezinnen terechtkomen in wat ze als een jeugdhulp ervaren."

Doorschuiven van problemen tussen de beleidsniveaus is natuurlijk geen onderdeel van die ene vorm van jeugdhulp. Als kinderen of jongeren aankloppen bij een cgg, moeten ze verder worden geholpen. Als er nood is aan thuisbegeleiding, dan moeten ze die krijgen binnen een redelijke termijn. Als ze nood hebben aan opname in een gespecialiseerde voorziening, moet er een bed voor hen klaarstaan. We vinden het logisch en vanzelfsprekend dat voor een fysieke aandoening mensen snel worden geholpen. Het is onbehoorlijk dat we voor een psychische aandoening niet vinden dat dit op eenzelfde manier moet gebeuren. Er is geen reden om niet dezelfde daadkracht aan de dag te leggen en dezelfde snelheid van hulpverlening en dezelfde beschikbaarheid van bedden en zorgverstrekkers te ambiëren.

Minister, hoe denkt u op korte en middellange termijn de problemen te verhelpen waarbij kinderen en jongeren die nood hebben aan crisisopvang niet de gepaste opvang krijgen? Hoe schat u de situatie in? Er is een duidelijk meningsverschil tussen minister De Block die zegt dat er voldoende bedden zijn voor crisisopvang maar dat die niet juist worden gebruikt, en jeugdpsychiaters die zeggen dat er veel te weinig plaatsen zijn. Hoe schat u dat tekort in? Er is een interministerieel overleg aangekondigd. Bent u bereid om daarin een voortrekkersrol te spelen? Wat zullen uw voorstellen zijn? Welke stappen onderneemt u om het gebrek aan uitstroommogelijkheden uit de K-diensten weg te werken? Als het klopt wat het agentschap Zorg en Gezondheid zegt, namelijk dat 25 procent van de behandeltime daaraan opgaat, dan lijkt me daar zeer grote winst te rapen in behandelmogelijkheden.

Wat is uw inschatting van het aantal kinderen en jongeren dat jaarlijks een plaats nodig heeft in een voorziening zonder er een plaats te vinden? Hoeveel van hen komen uiteindelijk terecht in een voorziening voor volwassenen?

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

**Mevrouw Vera Jans (CD&V):** Ik sluit me aan bij dit thema over het stijgend aantal kinderen en jongeren met een serieuze psychiatrische problematiek. We hebben het al gehad over het recente voorval van een meisje van 16 jaar dat momenteel in een volwassenencentrum verblijft en de daaropvolgende polemiek. Op basis van de ziekenhuisnormering, nu een Vlaamse bevoegdheid, bestaat de

mogelijkheid om minderjarigen ouder dan 15 jaar op te nemen in de volwassenenpsychiatrie.

Wanneer kinderen of jongeren een fysiek probleem hebben, kan men altijd onmiddellijk terecht bij de huisarts en als het even kan ook bij de specialist. Gelukkig maar, want dat hoort zo. Wanneer kinderen een mentaal, psychisch of psychiatrisch probleem hebben, is het veel moeilijker om snel de gepaste zorg te krijgen. We mogen ons daar niet bij neerleggen.

Het aantal kinderen en jongeren met psychische problemen blijft toenemen. We hebben daar al meermaals vragen over gesteld en debatten over gevoerd. Een op vijf jongeren kampt met psychische problemen. Studies tonen aan dat de meeste aandoeningen ontstaan rond de leeftijd van 14 jaar. En dan is er zoiets als de behandelingskloof: men stelt vast dat er een probleem is op relatief jonge leeftijd en men moet op zoek gaan naar de juiste behandeling en zorg. Vandaar ook het belang van vroegdetectie en van preventie.

Dat er dringend nood is aan een uitbreiding van de bestaande capaciteit, is niet nieuw. Minister, dat hebt u ook al aangegeven in de beleidsnota en op andere vlakken. Maar ik wil toch wel heel duidelijk het onderscheid maken tussen enerzijds bedden en anderzijds ambulante capaciteit in de omgeving van de kinderen en jongeren. Ik ben ervan overtuigd dat geestelijke gezondheidszorg (ggz) voor kinderen en jongeren geënt moet zijn op een maatschappelijk model waarbij opname in een ziekenhuis of voorziening enkel nodig is wanneer thuisbehandeling niet mogelijk of wenselijk is. De sectoren moeten daarvoor beter op elkaar worden afgestemd. Zij moeten meer en efficiënter samenwerken. Verder is een expertiseverbreiding nodig vanuit de ggz naar de jeugdhulp, de voorzieningen en de gemeenschapsinstellingen.

Gelukkig is er de afgelopen jaren al heel wat gebeurd. In dit kader zijn de meest relevante zaken ongetwijfeld de gevallen van minderjarigen met een complexe multiproblematiek waarbij zorgpartners bij elkaar worden gebracht om zorg op maat te kunnen bieden. Het gaat over een heel aantal projecten onder meer van het psychiatrisch centrum Gent-Sleidinge, het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZ) Geel, het Libel-project in Leuven. Dat zijn goede voorbeelden van het samenbrengen van zorgpartners en het beter afstemmen van bestaande zaken om sneller en efficiënter hulp te kunnen bieden wanneer er vragen zijn.

Al wat nu nog bijkomend kan worden gedaan, sluit, zoals mevrouw Van den Bossche al zei in haar interpellatie, aan bij die gemeenschappelijke verklaring van 18 juni 2002 waarop de volledige hervorming van het aanbod van ggz voor kinderen en jongeren is geënt.

Minister, hebt u in die outreaching-projecten die al een poosje in werking zijn, al bepaalde structurele knelpunten kunnen detecteren, heel specifiek voor kinderen en jongeren, voor wat de samenwerking betreft van al die welzijnsvoorzieningen uit de regio? Hebt u daar al beleidsconclusies uit kunnen trekken?

Wat is de stand van zaken van de hervorming van de ggz voor kinderen en jongeren en van de gids waarin de noodzakelijke zorgfuncties die in elk zorgnet aanwezig moeten zijn worden beschreven?

**De voorzitter:** De heer Anseeuw heeft het woord.

**De heer Björn Anseeuw (N-VA):** Minister, de directe aanleiding van deze vraag is de verplichte opname van een minderjarig meisje op een volwassenenafdeling. De laconieke reactie van sommigen die stellen dat er bedden genoeg zijn en dus geen enkel probleem, doet wat wenkbrauwen fronsen. De ervaring van de patiënt, zijn of haar omgeving en van de mensen uit de sector staat daar haaks op. Het

gebeurt wel vaker dat minderjarigen gedwongen in een volwassenenafdeling worden opgenomen. Wanneer we weten dat een volwassenenafdeling niet altijd een geschikte omgeving is voor de opname van jongeren, is de vraag of die gedwongen opname in een niet-aangepaste omgeving wel goed is. Ik bedoel niet dat we niet langer jongeren gedwongen moeten opnemen op volwassenenafdelingen maar dat we echt werk moeten maken van een aangepaste context. Er is geen discussie over het feit dat de capaciteit moet worden uitgebreid en dat is een goede zaak.

Er moet ook een goede doorstroming zijn tussen de verschillende voorzieningen zoals thuisbegeleiding en intramurale zorg.

Dat klopt inderdaad wanneer we het hebben over de vermaatschappelijking van de zorg, mevrouw Jans had het er al kort over. Ik ga helemaal akkoord, alleen is het zo dat er grenzen aan zijn. We zien dit vandaag al bij de volwassenen. De zorg die kan worden vermaatschappelijkt, wordt vermaatschappelijkt. Het logische gevolg is dat er intramuraal een intensifiëring van de zorg optreedt. Dat maakt niet alleen de werkbaarheid soms minder vanzelfsprekend voor de mensen uit de sector zelf, het is bovendien niet altijd even gemakkelijk om de goede zorg intramuraal te blijven garanderen. Wanneer we werk maken van een vermaatschappelijking van de zorg voor minderjarigen, moeten we hier toch aandacht voor hebben. Het mag geen doekje voor het bloeden zijn waarmee we alle capaciteitsproblemen toedekken.

Een ander probleem stelt zich bij volwassenen, maar nog veel scherper bij jongeren. Veel jongeren met een verslavingsproblematiek zijn al te vaak niet welkom in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dat is een probleem. Ik begrijp dat behandelaars die keuze maken, ze doen dat in de eerste plaats om hun therapeutisch milieu te beschermen. Dat neemt natuurlijk niet weg dat er voor jongeren met die specifieke problematiek een prangende nood is die we moeten kunnen lenigen.

Ik sluit me aan bij de vragen van de collega's. Hoe willen we op korte termijn, maar eigenlijk ook op een structurele manier, tegemoetkomen aan die vele grote noden binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie?

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

**Mevrouw Freya Saeys (Open Vld):** Voorzitter, collega's, ook ik denk dat de geestelijke gezondheidszorg de uitdaging is, vandaag, maar zeker ook de komende decennia. Het is belangrijk dat we vandaag goede fundamenten leggen.

Sinds vorige legislatuur wordt ingezet op de vermaatschappelijking van de zorg. We zetten daarbij vooral in op de mobiele begeleiding, de thuisbegeleiding en de crisisinterventie. Het is een stap die werd gezet voor volwassenen. Het is tijd om dezelfde stap te zetten voor kinderen en jongeren. Zeker voor die doelgroep is het essentieel dat we waar mogelijk maximaal inzetten op zorg en begeleiding in het thuismilieu.

Minister, voor zover ik het heb begrepen, is het zo dat minister De Block eind maart op de interministeriële conferentie Volksgezondheid de gids 'Naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor jongeren en kinderen' ter goedkeuring zal voorleggen. Deze gids is een vertaling van een plan van de Wereldgezondheidsorganisatie. De opstart gebeurde al onder minister Onkelinx en ik meen dat u er als gemeenschapsminister ook aan hebt meegewerkt. Er zal bijkomend worden ingezet op de mobiele begeleiding en op netwerkcoördinatie, dus op een meer divers aanbod, extramuraal.

Bevat deze gids heel concrete acties voor jongeren en kinderen? Zult u die goedkeuren? Wilt u er samen met de federale overheid uitvoering aan geven?

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

**Minister Jo Vandeurzen:** Dames en heren, zoals u weet, is de kinder- en jeugdpsychiatrie in de eerste plaats een bevoegdheid van de federale minister van Volksgezondheid, mevrouw Maggie De Block.

Desalniettemin worden er in Vlaanderen verschillende initiatieven genomen om kinderen en jongeren met heel complexe vragen en problematieken zo goed mogelijk op te vangen en te ondersteunen. De complexe vragen zijn vaak een combinatie van verschillende problematieken op het vlak van geestelijke gezondheid en bijvoorbeeld een mentale handicap.

In de eerste plaats hebben de cgg's een ambulante aanbod voor kinderen en jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen. Ze beschikken over een aparte werking voor kinderen en jongeren, werken interdisciplinair en kunnen rekenen op de beschikbaarheid van een kinderpsychiater van wie prestaties via de nomenclatuur van het RIZIV worden vergoed. Voor andere opdrachten van de kinderpsychiater binnen deze centra, zoals teamwerking, supervisie, expertisedeling, enzovoort, valt het cgg terug op de middelen uit de enveloppe die wij als Vlaamse overheid toekennen.

We zijn ons uiteraard bewust van de grote vraag naar begeleiding van kinderen en jongeren binnen de cgg's en trachten in overleg met de sector een zo goed mogelijk antwoord te bieden op de wachttijden, onder meer door een degelijk instroom-, doorstroom- en uitstroombeleid en door het gebruiken van alternatieve methodieken zoals online hulpverlening, groepsgerichte activiteiten, enzovoort.

Daarnaast zijn er in Vlaanderen in elke provincie samenwerkingen uitgebouwd tussen de sectoren van de Integrale Jeugdhulp en de kinder- en jeugdpsychiatrie. De projecten trachten een doorgedreven samenwerking tussen de brede jeugdhulp en de kinder- en jeugdpsychiatrie te realiseren, met een onvoorwaardelijk engagement ten aanzien van de zorg voor jongeren met een zeer complexe problematiek, in het bijzonder voor zij die in de gemeenschapsinstellingen terechtkomen.

De evaluatie van deze vijf projecten wordt nu gemaakt. We kunnen u alvast meegeven dat de eerste resultaten hoopvol zijn op het gebied van zorgcontinuïteit en gedeelde zorg. Belangrijk om te melden, is dat deze projecten aansluiting zochten bij de reeds bestaande outreachprojecten van het Psychiatrisch Centrum (PC) Gent-Sleidinge en het OPZ Geel, waarin men een waaier aan ondersteuningsvormen aanbiedt aan de gemeenschapsinstellingen.

De 5 regionale projecten die we financieren, gefinancierd binnen het kader van de integrale jeugdhulp, hebben in het eerste projectjaar in totaal 232 jongeren gevat in de netwerken, waarbij er voor 139 één of meerdere kinderpsychiatrische interventies werden georganiseerd. In het outreachproject van OPZ Geel werden in 2013 in het totaal 126 jongeren uit de gemeenschapsinstelling De Kempen begeleid. In het project van PC Gent-Sleidinge zijn er in het werkjaar 2012-2013 137 jongeren begeleid uit de gemeenschapsinstelling De Zande.

Het is evenwel belangrijk om ook te vermelden dat deze projecten een heel gevarieerd takenpakket opnemen, wat niet zichtbaar is in deze cijfers. Het gaat om casusbesprekingen, een adviesfunctie, psycho-educatie ten aanzien van het personeel van de gemeenschapsinstelling, enzovoort.

Momenteel bereiden we heel concreet een oproep voor voor de erkenning en financiering van een rugzakfinanciering binnen een aantal intersectorale zorgnetwerken voor de begeleiding van jongeren met een handicap in combinatie met een kinder- en jeugdpsychiatrisch profiel waarvoor enkel de inzet van reguliere jeugdhulpverlening ontoereikend is. Vlaanderen trekt hiervoor 2.000.000 euro uit binnen het uitbreidingsbeleid voor kinderen en jongeren met een handicap. We zullen hiermee voorzien in een bijkomende financiering voor kinderen en jongeren met een zeer complexe problematiek. Daartoe zullen we met de gespecialiseerde aanbieders, zowel binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie als binnen de sector voor personen met een handicap, gerichte afspraken maken rond begeleidingsengagement en een duurzaam zorgperspectief voor deze jongeren, ook met het oog op continuïteit naar de volwassenzorg. In afwachting hiervan werden de vijf geciteerde projecten verlengd tot eind juni 2015.

Daarnaast zijn er ook de extra plaatsen in het uitbreidingsbeleid van de VAPH-voorzieningen (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap) van de voorgaande jaren. De voorbije jaren werden plaatsen met omkadering aan 100 procent toegekend bij het uitbreidingsbeleid op voorwaarde dat deze plaatsen zouden worden ingenomen door 'zware zorgnoden', bijvoorbeeld zware medische noden of gedragsproblemen (GES).

Daarnaast werd er in het uitbreidingsbeleid een stimulans gegeven voor de opname van jongeren uit de gemeenschapsinstellingen. Deze plaatsen werden dan aan 100 procent omkaderd en plus 1,7 vte's per 6 plaatsen gefinancierd. Dit zijn de zogenaamde GES-plus plaatsen. Er was wel een opnamelicht aan verbonden voor jongeren uit gemeenschapsinstellingen.

Verder loopt er, in het licht van het versterken van het gecombineerd aanbod voor adolescente meisjes met complexe problemen, sinds 1 september 2014 een overeenkomst tussen Jongerenwelzijn enerzijds, en de vzw Emmaüs, het Ziekenhuis Netwerk Antwerpen (ZNA) en het Universitair centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen (UKJA) anderzijds. Het is een overeenkomst inzake de behandeling van meisjes tussen 12 en 18 jaar met ernstige problemen in het regelen van gedrag en emoties, met mogelijk een dreigende persoonlijkheidsstoornis van het type borderline. Het project met Emmaüs en het UKJA voorziet in een behandeling van maximaal 23 meisjes.

In 2014 liepen in verschillende regio's projecten om het crisisnetwerk van de jeugdhulp en het crisisaanbod van de geestelijke gezondheidszorg dichter bij elkaar te brengen. Het project Libel in Vlaams-Brabant loopt af in april 2015. Het project C<sup>2</sup> in Oost-Vlaanderen liep af eind december 2014, net als het project Salamander in Limburg. In de loop van 2015 wordt toegewerkt naar een meer structurele aanpak van samenwerking tussen beide circuits van crisisaanbod, voortbouwend op de ervaringen uit deze projecten.

Voor de vijf projecten werd er per project in 100.000 euro voorzien. Voor het financieren van intersectorale netwerken maakt de Vlaamse overheid in 2015 dus 2 miljoen euro vrij. Het outreachproject van PC Gent-Sleidinge ontvangt jaarlijks 325.300 euro. Het project van OPZ Geel krijgt jaarlijks 335.000 euro. Het project met Emmaüs en UKJA heeft een subsidie van 138.000 euro gekregen. De Vlaamse overheid heeft voor het project Libel 120.000 euro vrijgemaakt en 40.000 euro voor het project C<sup>2</sup>. Het project Salamander was een onderdeel van het project van Jongerenwelzijn in de provincie Limburg. Vlaanderen investeert aldus, over een tijdspanne van pakweg twee jaar, ruim 3 miljoen euro extra, boven het basisaanbod in cgg's en VAPH-voorzieningen, om tegemoet te kunnen komen aan de noden van kinderen en jongeren met een complexe problematiek.



We moeten hieraan toevoegen dat binnen het reguliere circuit van integrale jeugdhulp er een bedrag beschikbaar is van 1 miljoen euro voor de zogenaamde 'knelpunt dossiers'. Dit zijn complexe hulpvragen die door de jeugdhulpregie kunnen worden gedeblokkeerd met een bijkomende incentive voor opname. Ook de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg komt hiervoor in aanmerking bij opname.

Het is de intentie van de federale overheid en de gemeenschappen om op een volgende interministeriële conferentie de gids 'Naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' goed te keuren, naar analogie met de in 2010 verschenen gids voor de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, die geoperationaliseerd werd in de zogenaamde 'projecten artikel 107' – het artikel verwijst naar de Ziekenhuiswet. Deze interministeriële conferentie is voorlopig gepland op 30 maart.

Vanuit Vlaanderen zijn we vragende partij om een integrale benadering van de zorg die aansluit bij de integrale jeugdhulp, ook in samenwerking met de kinderen en jeugdpsychiatrie, verder te ontwikkelen. In de opsomming die we u gaven van het geïnitieerde aanbod, passen we dit ook consequent toe. Hierbij wensen we de nadruk te leggen op zorgcircuits, casusoverleg, zorgcontinuïteit en gedeelde zorg.

Met de Integrale Jeugdhulp willen we kinderen en jongeren de gepaste hulp geven zodat zij op maat van hun leeftijdsfase kunnen worden geholpen. We willen verder evolueren naar een intersectoraal systeem van getrapte zorg en volgens een gedifferentieerd aanbod, gaande van zelfzorg, eerstelijns geestelijke gezondheidszorg tot psychiatrische zorg en hooggespecialiseerde zorg. We willen samen met de federale overheid bekijken hoe we kunnen zorgen dat de bedden worden gereserveerd voor de meest complexe doelgroepen en voor crisisopvang, en dat er in een sterk ambulante aanbod kan worden voorzien, waar nodig ook outreachend.

Er is volgens de programmatie mogelijkheid tot bijkomend aanbod via reconversie van K-bedden, maar ook vanuit de somatische zorg, met onder meer E-, C- en D-bedden. Dit moet evenwel gepaard gaan met de installatie van de zorgnetwerken en de om- of uitbouw van het ambulante aanbod. We zullen tijdens de interministeriële conferentie bespreken op welke manier een reconversie kan plaatsvinden en hoe we de vrijgekomen middelen zo efficiënt mogelijk inzetten voor een gedifferentieerd aanbod.

Zoals aangegeven is het voor ons belangrijk dat de netwerken in de ggz voor kinderen en jongeren aansluiting vinden bij de Integrale Jeugdhulp. Er zal dan ook rekening moeten worden gehouden bij de coördinatie van deze netwerken met de huidige Intersectorale Regionale Overlegplatforms Jeugdhulp (IROJ's).

In Vlaanderen zijn we met het decreet Integrale Jeugdhulp van 12 juli 2013 reeds gestart met een duidelijk gemeenschappelijke beleidsvoering rond alle jeugdhulp. Vertegenwoordigers van de geestelijke gezondheid zijn betrokken op het beleidsniveau in de IROJ's binnen de jeugdhulp en er is eveneens voorzien in de participatie van de FOD Volksgezondheid binnen het managementcomité Integrale Jeugdhulp op Vlaams niveau. In het besluit van de Vlaamse Regering betreffende de integrale jeugdhulp van 21 februari 2014 is immers opgenomen dat de ministers kunnen toestaan dat leidend ambtenaren van de federale overheid worden uitgenodigd om te participeren aan de vergaderingen van het managementcomité Integrale Jeugdhulp en dat in elke regio de overlegplatforms uitgebreid worden met een vertegenwoordiger van het netwerk of de netwerken geestelijke gezondheidszorg kinder- en jeugdpsychiatrie.

Hiermee is dus in de Vlaamse organisatie van de jeugdhulp reeds structureel voorzien in een verwijzing naar de netwerken zoals bedoeld in het nationaal plan of de gids die zal worden afgewerkt.

Op het aantal kinderen en jongeren die een plaats nodig hebben in een psychiatrische voorziening, op het aantal dat geen plaats vindt in een voorziening en op het aantal dat gedwongen opgenomen wordt in een psychiatrische voorziening voor volwassene, hebben wij geen zicht aangezien het een federale bevoegdheid is.

Mevrouw Jans, u had een vraag over mogelijke knelpunten in de projecten. In 2014 hebben we vijf regionale proefprojecten opgestart. Allereerst werden die projecten eind vorig jaar met een half jaar verlengd. Die beslissing is genomen om de lopende evaluatie maximaal te laten spelen en de projecten te kunnen afstemmen met het federale initiatief. Het agentschap Jongerenwelzijn subsidieert één project per provincie gericht op de samenwerking tussen de jeugdhulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg. Die projecten trachten een doorgedreven samenwerking binnen de integrale jeugdhulp te realiseren voor jongeren met complexe problematieken en in het bijzonder voor jongeren die in een gemeenschapsinstelling terechtkomen.

We kunnen al met de nodige voorzichtigheid een aantal voorlopige conclusies geven. We willen de evaluatie van de vijf projecten nog even afwachten vooraleer definitieve conclusies te trekken. Voorlopig stellen we vast dat voor zeer complexe situaties een goede afstemming en begeleiding van de zorgcontinuïteit nodig is. De netwerken hebben nu vaak de focus op het deblokken van hulpverleningsrelaties, maar kunnen ook een essentiële rol opnemen in het anticiperen op mogelijke escalatie van de problematiek. Ze kunnen met andere woorden ook een preventieve rol spelen in het vermijden dat situaties zwaardere zorg nodig maken.

Er is een justitieel en een aanklappend kader nodig voor de volwassen hulpverlening in de psychiatrie. Jongeren zouden voor hun achttiende verjaardag bijvoorbeeld na een verblijf in een gemeenschapsinstelling in units voor jongvolwassenen binnen de psychiatrie terecht moeten kunnen binnen eenzelfde aanklappend kader. Het debat over beslotenheid en geslotenheid en over de mate waarin maatregelen voor het behoud van de veiligheid van de jongeren zelf, medebewoners en personeel in reguliere voorzieningen getroffen kunnen worden, moeten we durven voeren.

Voor de projecten Libel, C<sup>2</sup> en Salamander is het moeilijk om concrete resultaten te geven. Ze bieden aan een aantal cliënten een gedeelde interventie, maar beogen met de samenwerking ook verder te gaan dan het casusniveau. Door intervisie, gedeelde interventies en veelvuldig overleg wordt een basis gelegd voor een samenwerkingsrelatie die voortbouwt op de kennis en het respect voor elkaars expertise. In 2015 zullen deze projecten een eindrapport met beleidsaanbevelingen aanleveren. We zullen die conclusies, knelpunten en goede praktijken vergelijken en de kritische succesfactoren identificeren teneinde naar een samenwerking toe te werken in alle regio's. We kijken in die context ook uit naar de voorstelling van de federale gids die het concrete actieplan moet omvatten voor de implementatie van de zorgcircuits in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

Er was nog de vaststelling dat er in de psychiatrie soms settings zijn waarbij drugproblematiek een exclusie criterium is. Daar wijst u terecht op. Zowel op het niveau van de ontwikkeling in de integrale jeugdhulp als het perspectief van het nieuwe Vlaamse drugbeleid, zullen we een evaluatie moeten maken van de wijze waarop drugverslaving een criterium is om al dan niet een opname mogelijk te maken. Als dat de toegang tot heel wat vormen van ondersteuning onmogelijk zou maken, dan moeten we daar met sector zeker een gesprek over voeren.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

**Mevrouw Freya Van den Bossche (sp-a):** Minister, het baart me zorgen dat u het in het grootste deel van uw antwoord hebt over projecten. Ik vind projecten zinvol als het over iets nieuws soortigs gaat waarvan u de efficiëntie nog moet meten en waarvan u niet weet of het zou werken. Het is goed om dat te doen. Zodra u weet dat het werkt, kunt u het op grote schaal implementeren.

Ik begrijp niet waarom u niet zegt dat er een tekort is in het reguliere aanbod aan ambulante begeleiding voor kinderen met een psychische problematiek of indien nodig een opname door mensen die daarvoor geschoold zijn. Ik begrijp niet dat u niet zegt dat er bijgebeend moet worden en dat er een deel van hier en een deel van het federale niveau moet komen. U zou moeten inschatten wat de nood is, welk budget daarvoor nodig is en een tijdslijn geven waarbinnen u denkt dit te kunnen oplossen. Dat zou een antwoord zijn van iemand die de zaken wil aanpakken. U antwoordt op mijn laatste vraag dat u geen cijfers hebt omdat het een federale aangelegenheid is. Hoe wilt u zorgen voor de juiste uitstroom en een juist ambulante aanbod voor kinderen en jongeren die uit de psychiatrie stromen, als u niet weet hoeveel er zijn? U moet die vraag toch stellen aan uw federale collega? Hoe kunt u budgetteren, hoe kunt u de komende jaren een planning maken en die uitvoeren, als u niet weet over hoeveel kinderen en jongeren het gaat? Dat is toch het eerste wat u zich moet afvragen, ongeacht waar ze ooit vertrekken. Ik ben daar geschokt door. Naar aanleiding van deze vraag had u die cijfers kunnen vragen omdat het goed is om op die basis een beleid te maken. Ik wil u aansporen om ze alsnog op te vragen. Ik zal intussen wel een federale collega vinden die het voor mij daar vraagt en ik zal het u desnoods doorgeven, maar ik begrijp niet dat u er zelf niet geïnteresseerd in bent over hoeveel kinderen en jongeren het gaat.

U hebt zeer veel gezegd over wat u al doet. U hebt het gehad over de voorbije jaren met het uitbreidingsbeleid en ik heb daar alle respect voor. U hebt inderdaad altijd veel gedaan, maar ik heb niet gehoord wat u in de toekomst zult doen. Dat is de essentie van mijn vraag. U kunt er niet aan doen dat er meer kinderen en jongeren zijn die kampen met psychische problemen, maar u bent wel diegene die daar tegenover iets moet proberen te zetten om die nood te lenigen of minstens een perspectief moet bieden op iets beter. Ik heb niet gehoord hoe u dat de komende jaren wilt aanpakken. Hoe ziet u uw aandeel daarin? Vanzelfsprekend heeft het federale niveau ook een aandeel.

U zegt dat er 2 miljoen euro is opgenomen voor rugzakfinanciering, voor jongeren met een handicap en andere problematieken. Is dat hetzelfde als wat we al kennen of gaat het om iets anders? Hoe wilt u dit verdelen over de verschillende soorten handicaps of de beperkingen die in aanmerking komen voor bepaalde begeleiding?

U hebt niet geantwoord welke stappen u wilt ondernemen om het gebrek aan uitstroommogelijkheden uit de K-diensten weg te werken. U hebt ook niet gezegd hoe groot u het tekort inschat aan bedden voor jongeren en kinderen. Misschien hangt dat samen met het feit dat u niet weet hoeveel kinderen en jongeren er kampen met een problematiek. Als dat niet klopt, had ik graag een antwoord gekregen op die vraag.

**De voorzitter:** De heer Anseeuw heeft het woord.

**De heer Björn Anseeuw (N-VA):** Minister, ik wil niet twifelen aan uw goede bedoelingen om aan oplossingen te werken, wat anderen wel durven. We delen wel de bekommernis dat Vlaanderen binnen zijn bevoegdheden alles moet doen om de nodige zorg voor jonge, bijzonder kwetsbare mensen te verzekeren. Dat is een uitdaging. Ik vind het ook jammer dat we blijkbaar niet weten hoe groot die uitdaging wel is. Dat heeft niets te maken met enige desinteresse van u, maar

met het feit dat dit land hopeloos ingewikkeld in elkaar zit. In heel veel dossiers – niet alleen binnen de sector welzijn en gezondheidszorg – stoten we op dat soort problemen. Het is een van de vele voorbeelden.

U hebt enkele aanzetten gegeven van wat mogelijk is in de toekomst, maar u hebt vooral een opsomming gegeven van wat er al gebeurt. Het meisje dat vorige week gedwongen is opgenomen, heeft daar niet zoveel boodschap aan. Het heeft haar nood alleszins niet gelenigd.

U hebt voor de toekomst de suggestie gedaan dat er een reconversie van een aantal bedden kan worden doorgevoerd. Het is belangrijk dat we die ambitie concretiseren. Hoe en wanneer willen we dat doen? Instellingen kunnen zelf voor een deel de keuze maken wat ze met de bedden willen doen, maar er moeten concrete plannen komen die goed te evalueren zijn. Ik ben voor de algemene principes van reconversie van bedden, een goede doorstroming en een goede afstemming, maar het is nu wel tijd om iets meer ambitie aan de dag te leggen die concreet wordt ingevuld.

**Minister Jo Vandeurzen:** Het begint een vast ritueel te worden in deze commissie, maar reconversie van de bedden psychiatrie is geen Vlaamse bevoegdheid. De Vlaamse minister is uiteraard betrokken in de vraag hoe we geestelijke gezondheidszorg voor jongeren in circuits en netwerken ontwikkelen. Hij overlegt daarover en bereidt de interministeriële conferentie voor.

Ik heb ook duidelijk gemaakt in mijn antwoord dat in Vlaanderen met het decreet Integrale Jeugdhulp het kader klaar is om een geïntegreerde, multidisciplinaire benadering mogelijk te maken. Het kader om dit te integreren of te laten aansluiten bij de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, is klaar. Het zal op de interministeriële conferentie onze vraag zijn om de ontwikkelingen die we willen en die in de vorige legislatuur zijn gestart, te laten aansluiten op de manier waarop de integrale jeugdhulp in Vlaanderen is geregeld.

Ik heb uiteraard aan de federale minister gevraagd wat we zullen doen met de capaciteitsvragen, zowel intramuraal als ambulante. Op de conferentie zal allicht het antwoord op die vraag zijn dat er moet worden gekeken of een nieuwe golf van reconversies van C-,D-,E- en K-bedden mogelijk is naar meer ambulante vorm van ondersteuning of naar vormen van intramurale kinderpsychiatrie. Uiteraard zullen we dan proberen afspraken te maken over hoe we dat in de praktijk begeleiden en inbedden. Als de reconversiebeweging gebeurt, dan zal dat moeten worden ingebed in regio's.

Het is evident dat er naast de medische invalshoek ook andere aspecten van hulpverlening en begeleiding zijn. De specifieke vraag over hoe wordt omgegaan met de medische zorg die worden verstrekt door kinderpsychiaters, is een puur federale kwestie. We organiseren daar uiteraard overleg over, maar de beslissing om akkoord te gaan met de nieuwe reconversieoperatie moet de federale minister nemen. Ik heb alle hoop dat we op de interministeriële conferentie tot een goede gezamenlijke aanpak kunnen komen, zoals we vorige keer met voormalig minister Onkelinx over artikel 107 ook hebben kunnen doen. Dat was juist dezelfde problematiek. De Vlaamse Gemeenschap is bevoegd voor de welzijnsaspecten, sociale begeleiding en cgg's, maar voor de terugbetaling van de zorg en de afbouw van de bedden is het aan de federale minister om het kader te creëren en de incentives te organiseren. In dat geval gaat het onder meer over de vraag hoe wordt omgegaan met de erelonen in de K-diensten. Als die worden afgebouwd en omgezet in ambulante capaciteit, hoe wordt dan omgegaan met de verloning? Dat is een complex verhaal, maar we hebben er al ervaring mee.

Het is natuurlijk waar dat we van projecten moeten overstappen naar verduurzaming. Daarom is er de laatste jaren in Vlaanderen in het kader van de

jeugdhulp een massa projecten ingeschoven in een duurzaam kader van de integrale jeugdhulp. Veel projecten hebben de omslag gemaakt naar modules in het kader van de integrale jeugdhulp.

Wat die 2 miljoen euro betreft, gaat het over recurrente, stabiele financierings-systemen. Het gaat dan over jongeren met een complexe problematiek. Ons aanknopingspunt om daar middelen in te investeren, is dat daar ook sprake is van een handicap. De vraag is niet of de Vlaamse Gemeenschap dat geld zal inzetten voor psychiatrische zorg want daar zijn wij op dit moment niet voor bevoegd. Het gaat om complexe problemen met eventueel agressie of een mentale handicap. Vanuit die invalshoek zijn wij absoluut geïnteresseerd, want die complexe situaties vragen ook een geïntegreerde ondersteuning. Vandaar dat we die middelen daarin willen investeren. Men zoekt naar netwerken en partners uit verschillende sectoren die bereid zijn om, wanneer er door het systeem van prioritering en toewijzing van budgetten sprake is van een jongere met een dergelijke complexe problematiek, de nodige continuïteit in de ondersteuning te geven.

De Vlaamse overheid heeft de laatste jaren heel wat investeringen en inspanningen geleverd om die intersectorale geïntegreerde benadering van jongeren met complexe problemen mogelijk te maken.

Ik ben het er helemaal mee eens dat we projecten moeten verduurzamen. We proberen dat stelselmatig te doen. Tijdens de volgende periode zullen veel projecten die overkomen van de federale overheid en die in het RIZIV maar ook projectmatig worden gefinancierd, een decretale of reglementaire basis moeten krijgen met het oog op de duurzaamheid.

Mevrouw Van den Bossche, u zegt dat het een schande is dat ik niet weet hoe kinderen in de kinderpsychiatrie aanwezig zijn. Iedereen hier weet dat de kernbevoegdheid kinderpsychiatrie geen Vlaamse bevoegdheid is. Dat toontje waarmee u verwijst naar de bevoegde federale minister is niet echt correct. Het is evident dat wij op dat vlak een rol spelen. We hebben de afgelopen jaren serieus geprobeerd om die rol waar te maken. We hebben, misschien als enigen in België, ook een kader om die psychiatrische zorg in te bedden in een veel breder verhaal. Dat is conceptueel rond en dat systeem functioneert ook. Ik hoop dat door die nieuwe verklaring samen te ondertekenen, we ook op dat vlak met de goede ervaring van artikel 107, die transitie naar een aangepast zorgaanbod, ook in de geestelijke gezondheidszorg, kunnen voortzetten.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

**Mevrouw Freya Van den Bossche (sp-a):** Minister, u zult dat toontje dat u niet apprecieert nog veel vaker horen. Het klopt dat ik helemaal niet begrijp dat u de bevoegdheden die u hebt niet ten volle gebruikt om te erkennen dat u er gedeeltelijk, voor wat uw bevoegdheid betreft, iets aan kunt doen en dat u geen plan maakt. Ik wijs u op een nood, maar ik erken tegelijk dat er budgettaire beperkingen zijn en dat u niet alles op een dag kunt doen.

Maar nooit, noch over kinderopvang, noch over mensen met een handicap, noch over mensen met noden, noch over de integrale jeugdzorg, legt u cijfers of een planning op lange termijn op tafel. U zegt niet welke budgetten u in welk jaar zult inzetten. U geeft ons niets. U zegt niet wat u wanneer zult doen en op welke cijfers u zich baseert. U zegt niet met welke middelen u zult werken en waar u die zult inzetten. Dat doet mij veronderstellen, minister, dat u geen groeipaden hebt, dat u weet dat u de volgende jaren niets zult kunnen doen.

Ik herinner me dat u tijdens de vorige legislatuur wel degelijk groeipaden op tafel hebt gelegd. Mensen wisten in welke richting het zou evolueren en dat er

beterschap op komst was zelfs wanneer u aan het einde van die periode niet alle noden had kunnen lenigen. En daarvoor is enig begrip, ook binnen de oppositie.

U zegt ons niet eens op basis van de cijfers wat u wel zult doen en u verwijt ons dan dat wij daar een probleem van maken. Excuseer als u een probleem hebt met die toon. Begin er maar aan te wennen want zolang uw antwoord blijft wat uw antwoord is, zal mijn toon ook dezelfde blijven.

**Minister Jo Vandeurzen:** Ik stel voor dat de commissie kennismaakt met het actieplan jeugdhulp dat de Vlaamse Regering onlangs heeft goedgekeurd. Ik heb in de plenaire vergadering herhaald dat er 3 miljoen euro naar het uitbreidingsbeleid gaat in de sector jeugdhulp en 2 miljoen euro naar de complexe dossiers van minderjarigen vanuit de sector van het VAPH. Ik heb ook gewezen op de lopende projecten om de samenwerking te stimuleren. Er is dus een plan, een concept, een budget, ook in het jaar 2015 om de stappen in dat plan uit te voeren.

**De voorzitter:** De interpellatie is afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de rechtszaak tegen het decreet Persoonsvolgende Financiering (PVF-decreet) – 1325 (2014-2015)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen):** Mijn vraag gaat over wachtlijstcijfers die we wel kennen en die duidelijk elk jaar worden opgelijst. Het gaat meer bepaald over het aantal mensen met een handicap dat wacht op zorg. Twintigduizend mensen staan op een wachtlijst voor zorg. Het kan gaan over mensen die al zorg krijgen, maar die een andere vorm van zorg nodig hebben en over mensen die nog geen zorg krijgen maar die wel vragen. Er is natuurlijk ook een grote groep die momenteel wel al zorg krijgt en een grote groep die momenteel geen zorg krijgt, niet op een wachtlijst staat maar wel een handicap heeft. Minister, in uw eigen nota gaat u uit van 120.000 mensen met een handicap die zorg of ondersteuning nodig hebben.

De wachtlijsten zijn voor veel mensen een frustratie. Er zijn al veel beloftes gedaan en perspectieven geboden. Maar nu komt er een heel sterk signaal waarbij mensen niet langer aanvaarden dat er wachtlijsten zijn. Dat heeft zich geuit in een klacht tegen het decreet Persoonsvolgende Financiering.

Men kan die klacht op verschillende manieren lezen. Daar zitten wellicht een aantal technische elementen in die aangevochten worden, maar er zitten ook een aantal politiek interessante of intrigerende elementen in. Een daarvan is het bestaan van een regionale prioriteitencommissie.

Ik heb de klacht zelf nog niet gelezen. Ik moet dus voortgaan op wat ik in de pers heb gelezen en op contacten die ik heb gehad met mensen die betrokken zijn bij het indienen van de klacht. Wanneer u in een decreet zegt dat u iedereen zorg zult aanbieden en dat u de ambitie hebt om die 120.000 mensen op een of andere manier zorg te geven, terwijl u tegelijkertijd regionale of andere prioriteitencommissies installeert, dan zegt u eigenlijk dat u daar niet in zult slagen en geeft u toe dat u niet iedereen zorg kunt bieden en dat er een prioritering nodig is. En dat is een van de zaken die worden aangeklaagd.

Men zou kunnen zeggen dat ook in de andere beleidsdomeinen prioriteiten worden gesteld. Dat is wel zo, maar hier gaat het om personen met een handicap

die we met z'n allen erkennen. Die mensen hebben een internationaal recht op ondersteuning en moeten volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij. Het is de plicht van die maatschappij om alle mogelijke drempels weg te nemen die er zijn voor mensen met een handicap om deel te nemen aan de maatschappij.

Het argument dat er momenteel niet voldoende geld is om de nodige ondersteuning te bieden, wordt internationaal niet aanvaard en mag ook niet worden aanvaard in een rijke regio als Vlaanderen.

Minister, op basis van welke elementen wordt dit decreet aangevochten? Hebt u overleg gehad met de indieners van de klacht? Hoe verliep dat?

Wat is de stand van zaken van de hervorming van de regionale prioriteitencommissies? Zult u op korte maar zeker ook op langere termijn blijven werken met prioriteitencommissies? Dat betekent dat u erkent dat u niet iedereen de beloofde zorg zult kunnen bieden.

Welke elementen zullen wel en niet worden hervormd in die prioriteitencommissies? Welke knelpunten wilt u oplossen? We hebben in de commissie al gezegd dat die commissies eenvormig moeten zijn in elke provincie. Men kan in West-Vlaanderen niet op een andere manier beoordelen dan in Vlaams-Brabant. Iedereen in Vlaanderen moet op dezelfde manier worden beoordeeld. Welke eventuele problemen van die prioriteitencommissies wilt u nog oplossen? Hoe gaat u dat dan doen en wat is de garantie dat het na die hervorming beter zal zijn?

Het gaat hier over een klacht tegen een decreet maar vooral tegen de wachtlijsten. Mensen klagen aan dat er zoiets bestaat als wachtlijsten in de zorg voor personen met een handicap. Minister, we hadden ooit een perspectief 2020 waarbij werd beloofd dat tegen 2020 iedereen zorg op maat zou krijgen. Dat perspectief wordt nu losgelaten maar welk perspectief wordt dan wel geboden? Wat is uw ambitie? Waar legt u de lat? Tegen wanneer zullen alle mensen de zorg krijgen waar ze recht op hebben?

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

**Mevrouw Freya Saeys (Open Vld):** Minister, wat zal de impact zijn van deze vordering op de uitvoering van het decreet? Tegen wanneer mogen we redelijkerwijs een uitspraak verwachten?

**De heer Bart Van Malderen (sp.a):** Minister, ik sluit me aan bij de vragen, maar ik wil beginnen met een bedenking. Het gaat opnieuw om een klacht. Er zijn er al een aantal gepasseerd tijdens de zomer en het najaar van 2014. We betreuren met z'n allen de juridisering an sich, maar dat neemt niet weg dat we ze begrijpen. Er zijn al heel wat beloftes gemaakt die telkens opnieuw niet zijn ingelost. Dat drijft mensen tot een wanhoop die finaal leidt tot een appel aan een andere macht dan de uitvoerende macht, met name de gerechtelijke macht.

Straks voeren we het bredere debat over de persoonsvolgende financiering en het basisondersteuningsbudget. Maar u hebt al bij eerdere gelegenheden aangegeven dat u in lengte van dagen geen alternatief ziet voor de wachtlijsten en inherent daaraan het bestaan van die regionale prioriteitencommissies waar veel mensen vraagtekens bij plaatsen maar die ook bijvoorbeeld in Oost-Vlaanderen heel lang niet hebben gefunctioneerd. Sommigen zijn uit die commissies gestapt, maar de spanning blijft bestaan. U hebt op een bepaald moment het initiatief genomen om de al te grote verschillen weg te werken. Wat is de stand van zaken? Mijn aanvoelen is immers dat een groot deel van het onrechtvaardigheidsgevoel daarmee te maken heeft. Men begrijpt heel vaak de beslissingen niet. Als men al begrip zou hebben voor de tekorten, dan heeft men

toch grote vraagtekens bij de manier waarop die tekorten in weerwil van het VN-verdrag worden gemanaged.

Waar staan we vandaag met het stroomlijnen, het begeleiden, het organiseren van die regionale prioriteitencommissies richting een beleid dat meer wordt gedragen?

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

**Mevrouw Vera Jans (CD&V):** Voorzitter, u hebt het gehad over de juridisering die we kunnen betreuren, maar het is ieders recht om op het even welk moment een advocaat in te roepen om iets aan te klagen. Minister, ik zal u niet vragen wanneer u welke uitspraak verwacht. Daar moeten we het hier niet over hebben.

De vraag die ik heb en die deze commissie zich misschien ook moet stellen, is of we doorgaan met het decreet. Blijft dat voor ons het uitgangspunt dat de zaken beter zal maken in de sector en waarmee we meer mensen zullen helpen met, deze legislatuur alsnog, meer geld?

We hebben zo meteen opnieuw een bespreking van uw meerjarenplan. Daarin legt u de budgetten voor de komende vijf jaar op tafel. We kunnen die zo meteen bespreken.

Voor mij is dit niet zozeer een vraag over de aard van de klacht of over de aanleiding voor het indienen van de klacht. Voor die persoon of vzw zal de klacht ongetwijfeld legitiem zijn, iedereen heeft dat recht.

Ongeacht het aantal klachten dat nog volgt en het aantal mensen dat zich slecht bejegend voelt, voor ons blijven het decreet Persoonsvolgende Financiering en de budgettering die daartegenover staat, staan voor de verandering van de sector waardoor we meer mensen zullen kunnen helpen dan vandaag en dat op een andere manier dan vroeger.

Natuurlijk kunnen we met de regionale prioriteitencommissies op een betere, een meer uniforme manier werken. Dat is logisch en noodzakelijk. Het blijft vandaag natuurlijk zo dat als er tien vragen op tafel liggen waarvan er bijvoorbeeld vijf kunnen worden behandeld, we op basis van een aantal criteria moeten zeggen welke die vijf zijn. Natuurlijk zou iedereen rond deze tafel graag kunnen zeggen dat er voor alle tien middelen zijn, dat het met een gewone chronologische aanpak lukt. Maar zolang dat niet het geval is, moeten we de beste manier vinden om te prioriteren.

Vroeger was er ook een manier voor. We hebben er samen voor gekozen om het anders te organiseren. En ik blijf voorstander van de huidige samenstelling van de regionale prioriteitencommissies waarbij ook de gebruikers betrokken zijn.

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

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, dames en heren, we hebben het beroep nog niet ontvangen. We hebben dus geen kennis van de inhoud van het beroep bij het Grondwettelijk Hof. Via de website van het Grondwettelijk Hof hebben we vernomen dat het gaat om een beroep tot gedeeltelijke vernietiging dat is ingesteld bij het Grondwettelijk Hof betreffende het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap. Het beroep werd ingesteld door de vzw 'Iedereen Bezorgd'.

We hebben uiteraard de voorbije jaren met een aantal mensen die actief zijn in die vzw, overleg gehad, maar concreet over deze zaak is er geen overleg geweest met



de indieners van de klacht. We hebben er, ik neem aan zoals u, kennis van genomen via de media. Er is ook geen overleg gepland. We wachten in eerste instantie de officiële betekening af en we zullen die uiteraard onderwerpen aan een grondige juridische analyse alvorens verdere stappen te zetten.

Het is juist dat er nog steeds een grote groep mensen op een bijkomende of adequate ondersteuning wacht binnen de VAPH-sector (Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap). Ondanks de bijkomende investeringen die reeds jaren volgehouden worden en waarin ook de komende jaren voorzien wordt, blijft er een kloof tussen vraag en aanbod bestaan. Om het op een rechtvaardige manier te doen, moeten we inderdaad werken met het regionaal overlegnetwerk gehandicaptenzorg (ROG) en met een regionale prioriteitencommissie (RPC).

Die commissies doen, binnen een context die niet evident is, op een ernstige manier hun werk. Ze spelen een belangrijke rol in de zo rechtvaardig mogelijke toewijzing van de schaarse middelen. Zoals meermaals gezegd, is het onze ambitie om met de implementatie van het decreet Persoonsvolgende Financiering de organisatie van de ondersteuning in de sector personen met een handicap zo te wijzigen dat er zich een paradigmashift voltrekt. Hierdoor zal de ondersteuning meer vraaggestuurd zijn en zullen personen meer de regie van hun leven in handen kunnen nemen.

Vandaag is het echter heel moeilijk om in te schatten wat de budgettaire gevolgen van deze systeemomslag zullen zijn. Uiteraard zullen we van bij de uitrol van dit systeem de effecten en de inzet van de middelen monitoren. Zolang we echter niet zeker zijn dat we kunnen tegemoetkomen aan alle terechte vragen naar ondersteuning, dienen we afspraken te maken rond prioritering en zullen er keuzes moeten worden gemaakt.

Zoals mevrouw Jans al opmerkte, is in het verleden gebleken dat een intersubjectieve afweging de minst onrechtvaardige wijze is om die keuzes effectief te maken.

Ondertussen heeft de Vlaamse Regering wel degelijk een besluit genomen in uitvoering van het decreet Persoonsvolgende Financiering. Met dat besluit heb ik inderdaad de zorgregie een basis gegeven. Het uitvoeringsbesluit regelt de werking van de prioriteitencommissies beter en zorgt voor meer eenvormigheid in de gebruikte criteria om de afwegingen te maken. Het besluit kon worden genomen omdat in het decreet effectief een wettelijke basis werd gecreëerd voor de werking van deze prioriteitencommissies.

Er werd gevraagd of we nu alles 'on hold' zullen zetten. Ik heb bij vorige gelegenheden al gezegd dat ik me realiseer dat we bij de implementatie van het decreet, dat een megahervorming betekent, nog heel wat discussies, grote en kleine hindernissen zullen tegenkomen. Ik sta niet achter een politiek van 'stop go'. Het gaat om dermate belangrijke zaken die door heel veel mensen worden gevraagd. Eindelijk is er een vraaggestuurd systeem, een grotere stap naar zorggarantie.

Dat er nu een persoon of organisatie het recht uitoefent om dit te onderwerpen aan een grondwettelijke toets, is geen reden om het hele systeem 'on hold' te zetten. Ik vind dat niet het juiste signaal ten opzichte van al degenen die betrokken zijn. We gaan op een zorgvuldige manier en in overleg, want dit wordt allemaal in overleg voorbereid, door met de introductie en de implementatie van het decreet.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen):** Minister, u zegt een beleid van 'stop go' te willen en dat u gewoon voortdoet. Bij iedere vraag over dit decreet wordt

geëindigd met: "we hebben nu beslist, we moeten dus voortdoen". Het is echter niet omdat iets beslist werd dat niet mag worden stilgestaan bij de impact van de keuzes. Er moet continu worden nagedacht over de vraag of het gewenste effect werd bereikt, of er geen pervers effect is en of er niet moet worden bijgesteld. Het principe 'stop go' hoeft niet te betekenen dat u op geen enkele manier kritische reflecties kunt maken.

Straks zal de paradigmashift nog ruimschoots aan bod komen. Het idee erachter is een meer persoonsvolgende financiering en het vraag- en aanbodgestuurde aspect. We volgen u daarin. Alleen heeft Groen een aantal vragen bij de manier van implementatie, maar dat komt straks aan bod.

Ik wil het nu concreet over de klacht hebben. U zegt dat u de klacht nog niet hebt ontvangen en dus niet weet wat erin staat. U zegt ook dat u eigenlijk geen contact hebt gehad naar aanleiding van de klacht. Dit is niet een organisatie die tegen een beslissing van een RPC of van het VAPH in beroep gaat, maar een organisatie die het decreet op zich aanvecht. Het is dus een ander type klacht dan de klachten die we eerder hebben besproken.

Het is één klacht, er zijn geen vijftig klachten. Als zoiets gebeurt, ga ik ervan uit dat u als minister die mensen opbelt met de vraag om het eens uit te leggen. U zegt dat u het net zoals ik via de media hebt vernomen. Mijn eerste reflex is om die mensen te bellen en om uitleg te vragen. Ik ga ervan uit dat ook u dat hebt gedaan en dat u daardoor meer inzicht hebt in wat er wel of niet in de klacht staat. De klacht is nog niet officieel gepubliceerd, maar dat betekent niet dat u ze niet kunt voorbereiden, dat u ze niet serieus moet nemen. De aspecten die de betrokkenen aanhalen, verdienen een gehoor. Ze verdienen meer dan: "we zullen wel zien wanneer dit op ons afkomt".

U zegt dat u met de RPC's tot meer eenvormigheid wilt komen. Het hangt er natuurlijk van af hoe we het zullen doen, op welke manier, met welk traject. U hebt eerder gezegd om het niet meer regionaal, maar voor heel Vlaanderen te organiseren. Ik blijf met vragen hierover zitten. Wat is de stand van zaken in de hervorming? Op welke manier beoogt u de eenvormigheid? Ik volg de redenering om de gebruikers er zeker bij te betrekken en ook dat de mensen die er nu in zetelen in ongelofelijke omstandigheden hun best doen. We willen daar absoluut geen twijfel over zaaien. De vraag is op welke manier u een en ander wilt garanderen.

De laatste keer dat we er hier in de commissie een debat over voerden, gebeurde dat naar aanleiding van een andere rechtszaak. Het Grondwettelijk Hof gaf de klacht gelijk omdat er minder elementen in de motivatie stonden dan effectief werden gebruikt na de uitleg van het VAPH. Er zijn toch een aantal elementen waarvan ik dacht dat u er meer uitleg over zou kunnen geven. Ik meende dat de hervorming al in een duidelijker traject zat, dat we al zicht hebben op waar we naartoe gaan.

U geeft ook geen antwoord op de vraag – het is natuurlijk een politieke vraag – wanneer de mensen dan wel een perspectief krijgen. U zegt dat u de prioriteitencommissies behoudt zolang er gekozen moet worden. Nogmaals, we zitten vandaag in een financiële context waarin keuzes moeten worden gemaakt, maar het is hopelijk toch nog steeds de ambitie van heel dit parlement om zo snel mogelijk naar een situatie te gaan waarin niet langer gekozen moet worden, een situatie met voldoende aanbod. Dit gaat immers niet over het inleggen van voldoende bussen, dit gaat over het feit dat mensen rechten hebben. Het zijn rechten die door de VN erkend worden en die wij ook erkend hebben als land en als regio. We moeten ze nakomen. We moeten mensen de nodige zorg geven en kansen om deel te nemen aan de maatschappij. Wij moeten de hindernissen voor

hen wegnemen. We kunnen niet aanvaarden dat we vandaag of over tien jaar zeggen dat we maar vijf op de tien terechte aanvragen kunnen behandelen. Het doel moet blijven dat we alle mensen kunnen helpen. Ik begrijp dat dit niet tegen morgen kan, ik heb ook die realiteitszin, maar we moeten er wel een termijn op zetten. Als het niet tegen 2020 is – wat al heel ver vooruit is – tegen wanneer dan wel?

**De voorzitter:** Mevrouw van der Vloet heeft het woord.

**Mevrouw Tine van der Vloet (N-VA):** Ik wil nog even terugkomen op de voorwaarden die zijn vastgesteld voor de gelijkheid in de prioriteitencommissies in de verschillende provincies. We zitten er inderdaad mee. We zullen er nog een tijd mee verder moeten.

We hebben gelezen in het voorontwerp van besluit dat er een zevental voorwaarden zijn. Ik heb er toch wat bedenkingen bij. Ik vind ze vrij vaag en voor interpretatie vatbaar. Ik heb heel grote twijfels of dit de ongelijkheid zal oplossen in de verschillende provincies. Ze gaan over de actieve zorgvraag, een gepast aanbod, een duidelijke kloof tussen de ontvangen en de noodzakelijke zorg en ondersteuning, over de huidige situatie die op korte termijn onhoudbaar is. Maar wat is een korte termijn? Het is allemaal vrij vaag. Het gaat ook over het overschrijden van de draagkracht van het sociaal netwerk. Ja, hoe bepaal je nu een draagkracht, die is toch voor iedereen anders? Hoe zal de prioriteitencommissie dit vaststellen? De voorwaarden zijn volgens mij nog te vaag om de ongelijkheid tussen de verschillende provincies weg te nemen.

**De heer Bart Van Malderen (sp.a):** Minister, mevrouw van der Vloet maait me het gras voor de voeten een beetje weg. U antwoordde op mijn bijkomende vraag door te verwijzen naar het besluit Zorgregie. Het zal u misschien verbazen, maar dat is ons bekend. De criteria die daarin staan, zijn eigenlijk de criteria die nodig zijn om überhaupt voldoende prioriteit te hebben om door de prioriteitencommissie te worden behandeld. Mijn vraag is hoe men er praktijkgericht mee omgaat om ervoor te zorgen dat van De Panne tot Maaseik binnen een schaarste, die onaanvaardbaar is, mensen toch een beetje het gevoel krijgen dat ze billijk behandeld worden.

Het is niet de rol van de mensen die erin zitten, noch van de gebruikers, noch van de aanbieders, om daarmee om te gaan. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we dit voor een stukje tegensprekelijk maken? Ik wil hier gerust eens een aparte vraag over indienen. Als ik afga op de criteria in het Zorgregiebesluit, lijkt het me dat het gewoon de basisvoorwaarden zijn om überhaupt in aanmerking te komen. Ze geven dus nog geen interne afwegingsmogelijkheid ten aanzien van andere gelijkaardige dossiers.

**Minister Jo Vandeurzen:** Dames en heren, natuurlijk moeten we bijsturen, dat is nogal evident. We kunnen het debat echter niet blijven voeren over de fundamenteën van het decreet zelf. We kunnen bijsturen op het vlak van de modaliteiten, op de manier waarop we het decreet uitvoeren.

Als men natuurlijk – en ik heb daar zelfs geen commentaar op te geven – de decretale constructie zelf wil aanvechten, gaat het niet zozeer over de vraag of we bijsturen in functie van de inzichten die ontstaan met betrekking tot de uitvoering van het decreet in de bestaande overlegforums. Het gaat dan natuurlijk over een andere vraag. Als men zegt dat men een open end-financiering wil waarin geen sprake meer is van prioriteitencommissies, dan moet ik in alle eerlijkheid zeggen dat er in het decreet naar een evenwicht is gezocht tussen recht op ondersteuning, dat is het basisondersteuningsforfait, en een meer vraaggestuurde invulling van wat in trap twee kan worden gevraagd.

Het is helemaal geen blijk van zelfgenoegzaamheid. Ik heb de indruk dat het altijd opnieuw over het basispunt gaat. Het meerjarenplan gaat ook niet over de vraag of het al dan niet een goed decreet is. Het gaat over de uitvoering van het decreet. Als u altijd opnieuw via een bocht dezelfde vragen stelt, dan kan ik niet anders dan blijven zeggen dat we het decreet zullen uitvoeren. Als het parlement een decreet heeft goedgekeurd, dan moet de minister dat uitvoeren.

Uiteraard nemen we die mensen au sérieux. Het is evident dat mensen vanuit een concrete ervaring tot actie overgaan. Niemand betwist dat de problemen ernstig zijn en dat er inspanningen moeten gebeuren. U zult zeggen dat die niet groot genoeg zijn, maar we proberen inspanningen te doen, ook in de begroting 2015.

Er zijn altijd gesprekken mogelijk, maar als het de vraag van de indiener is om het decreet terug te schroeven, dan eindigt het gesprek in grote frustratie omdat ik geen begrip heb voor dat standpunt. Ik zal het decreet uitvoeren. Diegene die het Grondwettelijk Hof heeft ingeschakeld, had misschien ook eerst kunnen overleggen. We hebben dat contact niet gehad. Nog eens, dat hoeft ook niet want men heeft het recht dit te doen.

Er was nog een vraag over de prioriteringscriteria. Het klopt dat de criteria in casussen nog moeten worden verfijnd. Het is in het reglement ook ingeschreven dat het VAPH daarvoor richtlijnen kan geven. Die worden dan gemaakt na overleg met allerlei actoren. Het inzicht dat als men moet prioriteren, men het beste kiest voor een debat tussen de verschillende perspectieven van een situatie, heeft men tot scha en schande moeten ervaren. Dat is geen optimale situatie, maar het is ervaren als zijnde de beste manier om de prioritering te organiseren. Mocht het mogelijk zijn geweest om via een gesofisticeerd inschalingsstelsel de computer te laten prioriteren, dan was het waarschijnlijk op een andere manier gebeurd. Het inzicht is gegroeid dat ondanks heel veel wetenschappelijk inzicht, het wijzer zou zijn om het op deze manier te organiseren. Dat is niet mijn verdienste, maar iets wat voor mij is ontwikkeld.

Mevrouw Van den Brandt verwijst naar andere procedures. Er zijn er een paar geweest voor de arbeidsrechtbank. Dat is de normale gang van zaken. Bepaalde zaken hebben de media gehaald omdat ze vanuit een bepaalde overtuiging een precedent wilden creëren en waarbij appel is gedaan op de burgerlijke rechters. De resultaten zijn genuanceerd, maar het klopt dat – onder meer naar aanleiding van de juridisering – de noodzaak om de werking van de prioriteitencommissies legistisch en reglementair beter te onderbouwen, werd aangevoeld. Dat is dan ook gebeurd met het decreet en met het besluit.

Ik maak me niet de illusie dat we elkaar zullen vinden in de implementatie van het decreet. Telkens als u me vragen stelt, zal ik antwoorden maar het decreet is goedgekeurd, daarin zijn keuzes gemaakt en het is mijn opdracht die uit te voeren. Bij de implementatie van die keuzes zal ik uiteraard overleg organiseren en proberen een draagvlak te creëren. Op die manier pakken we de zaak aan.

**De voorzitter:** Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

**Mevrouw Elke Van den Brandt (Groen):** Ik heb niet het gevoel dat we uitgediscussieerd zijn. Het vonnis van de arbeidsrechtbank van 4 september 2014 is de vernietiging van een beslissing van het RPC van West-Vlaanderen op basis van onvoldoende en niet-afdoende motivering. De mensen die in zo'n RPC zetelen – ik wil hen op geen enkele manier beschuldigen – moeten roeien met de riemen die ze hebben, ze moeten functioneren in een moeilijke context. We vragen dingen van hen die je niet mag vragen aan mensen, onder andere dat ze keuzes maken, en dat is hard. Ze zitten in een enorm moeilijke context.

Ik verwerp niets van wat die mensen doen, wel de manier waarop ze moeten werken en de context waarin ze dat moeten doen. RPC's moeten dus hun beslissingen motiveren aan de zorgvragers. Dit is een heel duidelijke conclusie van een rechtbank. Maar het mag ook in mensentaal, het mag duidelijk zijn. Daar is dus nog een enorme weg in af te leggen. We moeten apart terugkomen op het element van de RPC's omdat we hierover nog niet zijn uitgedebatteerd.

Ik begrijp de mensen die die klacht indienen. Ik ga akkoord met een deel van hun commentaren op het decreet en het systeem. Het gelijkheidsbeginsel waarbij mensen met dezelfde noden dezelfde zorg kunnen krijgen, waarbij iedereen kansen krijgt, wordt geschonden. We zetten geen eindtermijn, we blijven werken met RPC's en we weten niet wanneer we er ooit mee zullen stoppen. Dat is een aanfluiting van onze engagementen in de internationale context en van onze verantwoordelijkheden in deze maatschappij en de inclusie in deze maatschappij.

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

**VRAAG OM UITLEG van Caroline Croo aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het tandbederf in het melkgebit van jonge kinderen – 1366 (2014-2015)**

**Voorzitter: de heer Bart Van Malderen**

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

**Mevrouw Caroline Croo (N-VA):** Minister, in de tweede week van februari 2015 werd in verschillende pers- en televisieberichten melding gemaakt van het verhoogde tandbederf bij jonge kinderen. Omdat het soms over de aantasting van vrij grote hoeveelheden tanden gaat, blijkt zelfs een volledige narcose nodig. De wachtlijsten in het ziekenhuis zijn dan ook zeer lang.

Alhoewel de mondgezondheid er volgens professor Luc Martens op verbetert, blijven de cijfers voor tandbederf bij kleine kinderen stagneren. We zien zelfs een terugval, vooral bij allochtone kinderen. Het probleem van tandbederf bij de Vlaamse kinderen gaat veel verder dan dit en moet veel intenser worden aangepakt omdat ook peuters reeds veralgemeende cariës vertonen.

Het melkgebit is essentieel voor de opbouw van een gezond volwassen gebit en kan andere problemen voorkomen. Een gezond melkgebit is niet alleen belangrijk om tandbederf te voorkomen. De melktanden in combinatie met een gezonde voeding hebben eveneens een functie als ruimt houder bij de wisseling tot het definitief gebit, waardoor orthodontie dikwijls kan worden beperkt. Een gezond melkgebit is ook belangrijk voor de spraak- en taalontwikkeling.

In de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2014-2019 staat mondzorg niet in de lijst van prioriteiten. Volgens de leidraad van de heer Lee Jong-wook, voormalig directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), en die nog steeds geldig is, is het duidelijk: "In een goede gezondheidszorg moeten preventie, acute zorg en chronische zorg naadloos aan elkaar worden gekoppeld en worden geïnterfereerd in alle geledingen die instaan voor de volksgezondheid."

Cijfers tonen echter wel aan dat in Vlaanderen de curatieve gezondheidszorg nog steeds veel hoger is dan de preventieve. Op 12 januari 2015 was er een infosessie in het kader van de oproep naar partnerorganisaties inzake preventieve gezondheidszorg. Mondzorg kwam hier als laatste rubriek aan bod, maar met het kleinste budget. De opmerkingen die werden meegegeven, waren vrij onduidelijk.

Het preventief beleid toont duidelijk aan dat de maatregelen die momenteel worden genomen, niet voldoen. Het is nochtans door efficiënt preventief te werken, dat men de kosten van de zorg, nu maar vooral later kan drukken.

Minister, bent u van de overtuiging dat er een betere begeleiding moet zijn door Kind en Gezin van de ouders om te benadrukken dat verzorging van melktanden essentieel is? Hoe ziet u de verhouding tussen de preventieve en curatieve aanpak van deze problematiek? Zullen er maatregelen worden genomen om het verhoogde tandbederf tijdig aan te pakken bij jonge kinderen? Zo ja, welke zijn dit?

Een besparing binnen de uitgaven voor de mondzorg kan alleen worden bereikt door betere en meer preventieve campagnes bij de ouders van deze peuters en kleuters. Hoe staat u tegenover een mondzorgtraject, ingeschreven in het akkoord ziekenfonds-tandartsen 2016, voor de ouders, dat eventueel kan worden gekoppeld aan het vaccinatiebeleid?

Hieraan verbonden wil ik nog eens wijzen op het belang van mondzorgassistenten. Ze zouden een belangrijke rol kunnen spelen door hun specifieke opleiding, omdat zij onder supervisie van een tandarts een meerwaarde kunnen zijn in rvt's, CLB's, voorzieningen voor personen met een beperking, kinderopvanginitiatieven en dergelijke. Hoe ziet u hun positie binnen uw beleid?

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

**Mevrouw Freya Saeys (Open Vld):** In 2010 stelde Kind en Gezin aanbevelingen op voor de preventieve gezondheidszorg in de consultatiebureaus met betrekking tot mondhygiëne. Belangrijke elementen waren daarbij dat het poetsen geïntroduceerd moet worden vanaf de eerste melktand, dat het poetsen door de ouders een belangrijk element is omdat ze een voorbeeldfunctie hebben en dat de consumptie van frisdranken en fruitsappen beperkt moet worden omdat ze zuren bevatten die tanden aantasten. Er wordt ten slotte op gewezen dat er bijzondere aandacht moet worden besteed aan kinderen uit socio-economische zwakkere groepen, ook van allochtone afkomst en kinderen van ouders die zelf weinig zorg besteden aan mondhygiëne. Hoe werden deze aanbevelingen vertaald in de consultatiebureaus? Werd geëvalueerd wat de impact is van de specifieke aandacht voor mondhygiëne op tandbederf bij kinderen?

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

**Minister Jo Vandeurzen:** Voorzitter, dames en heren, Kind en Gezin richt zich inzake preventieve tandzorg reeds naar aanstaande en jonge ouders, maar ook naar kinderopvangvoorzieningen. Kind en Gezin zal dit ook in de toekomst blijven doen.

Prenataal wordt er gesensibiliseerd via Kind op Komst en de verschillende communicatiedragers zoals het zwangerschapsboekje, de nieuwsbrief Zwanger, de website, Kind in Beeld en dergelijke meer. Postnataal zijn er persoonlijke contacten onder de vorm van huisbezoeken en consulten waarbij preventieve mondzorg aan bod komt en communicatiedragers worden ingezet. Er is informatie voor ouders via de website, het ABC-boek en het kindboekje.

Het tandenpoetsen wordt aangeraden vanaf de doorbraak van de eerste tand. Het advies is om twee keer per dag met tandenaangepaste fluoridetandpasta te poetsen. Dit gebeurt best door de ouder tot de leeftijd van 7 jaar. Zelfs als het kind al zelf poetst, wordt napoetsen aangeraden. Ouders worden ook, los van enige problematiek, verwezen en/of toegeleid naar de tandarts op de leeftijd van 2 jaar voor regelmatige preventieve mondcontrole.

De informatie gaat niet enkel over de tandverzorging op zich, maar evengoed over preventie via voeding. Met name de afbouw van de zuigfles en de aandacht voor het risico van zoete dranken, komen aan bod.

Voor kwetsbare gezinnen werd specifiek materiaal ontwikkeld, zoals Kind in Beeld, waar met pictogrammen uitleg wordt gegeven. Via de inloopteams die werken met kansarme groepen, worden er thematische groepsbijeenkomsten gehouden waar verzorging en dus ook tandverzorging deel van uitmaakt.

Op beleidsniveau wordt er samengewerkt met de Vlaamse Vereniging van Tandartsen (VVT). Dat resulteerde onder meer in het project [www.glimlachen.be](http://www.glimlachen.be). Er is ook concrete samenwerking met het project van de Stad Gent 'Poets jij ook?' door het verspreiden van educatief materiaal via de consultatiebureaus van Kind en Gezin. Tevens is er samenwerking met de universiteiten, onder meer bij het opstellen van de Standaard Mondgezondheidszorg binnen de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB). In het verleden was er ook projectmatige samenwerking met tandartsen, zoals onder meer in het project Tandje de Voorste.

Al deze initiatieven betekenen niet dat het doel bereikt is. Uit nationale en internationale studies blijkt dat het belangrijk is om blijvend te investeren in preventieve mondzorg, vooral bij risicogroepen. Het gaat dan vooral over personen, en vooral kinderen en jongeren, met een lage socio-economische status, zorgbehoevende ouderen en personen met een beperking. Dit is ook de reden waarom we in de oproep die we lanceerden inzake partnerorganisaties onder andere voor mondzorg, deze doelgroepen expliciet opgenomen hebben. Wij hopen dan ook dat de toekomstige partnerorganisatie Preventieve Mondzorg – al dan niet of deze organisatie zich alleen richt op mondzorg – voldoende expertise en ondersteuning in het mondzorgbeleid zal kunnen aanbrengen in het algemeen en ten minste met betrekking tot de volgende topics: het optimaliseren van gegevensuitwisseling tussen tandartsen, Kind en Gezin en CLB, het ontwikkelen van methodieken gericht op personen met een lagere socio-economische status met de nadruk op kinderen en jongeren, zorgbehoevende ouderen in de thuis- en residentiële zorg en personen met een beperking, het optimaliseren van de mondhygiëne, het beter toeleiden naar de mondzorg, het optimaliseren van de organisatie van getrapte zorg en toegankelijkheid van mondzorg, en het ontwikkelen van methodieken gericht op adolescenten bij wie de mondhygiëne en de zorg dreigen te verminderen.

Ook op het federale niveau wordt ingezet op de preventieve aanpak door de gratis preventieve consulten bij de tandartsen voor kinderen tussen 0 en 18 jaar.

Het koppelen van een mondzorgtraject aan het vaccinatiebeleid is niet onmiddellijk aan de orde. Het gaat om andere momenten in de ontwikkeling waarop we ingrijpen via preventieve acties omdat die op dat ogenblik het meeste effect ressorteren. Binnen de consulten van Kind en Gezin staat tandverzorging op het programma van 9 maanden wat het gemiddelde tijdstip is van doorbraak van de eerste tand, en op 24 maanden, wanneer de ouder wordt verwezen naar de tandarts voor een eerste preventief onderzoek.

Mondzorgassistenten zouden inderdaad een belangrijke rol kunnen spelen bij het verrichten van specifieke handelingen in verschillende sectoren. Dit blijft echter vooral een federale bevoegdheid. Zowel de RIZIV-financiering voor de preventieve en curatieve mondzorg als de regelgeving voor de zorgberoepen in het KB 78 is een federale bevoegdheid.

De vragen over die richtlijnen moet ik aan Kind en Gezin stellen. U kunt me die vraag het beste bezorgen zodat ik dit kan laten opzoeken.

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

**Mevrouw Caroline Croo (N-VA):** De gratis tandheelkunde waarbij het remgeld wordt betaald door het RIZIV heeft uitgewezen dat we onze doelgroep niet bereiken. Wij zien veel te weinig jongeren tussen 12 en 18 jaar en kinderen onder 6 jaar. Wij bevelen ouders aan om niet tot 7 jaar maar tot 12 jaar mee te poetsen. Dan breken ook nog eens de 14-jaars molaren door die heel diepe groeven hebben, heel snel kapot gaan en nog veel te veel worden getrokken.

Wij zijn voorstander van een preventiecampagne maar misschien moet dat mond-zorgtraject worden gekoppeld aan iets anders uit de preventieve geneeskunde zodat de tanden beter worden gecontroleerd en de ouders veel vaker naar de tandarts zouden gaan met hun kinderen, wat nu niet gebeurt.

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