



Vlaams
Parlement

vergadering **C19**
zittingsjaar 2015-2016

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 13 oktober 2015

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de niet-opvolging van zelfmoordpogingen – 2910 (2014-2015)	
VRAAG OM UITLEG van Piet De Bruyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over ketenzorg bij suïcidaliteit – 2918 (2014-2015)	
GEDACHTEWISSELING over de uitvoering van de gezondheidsdoelstelling 'Preventie van zelfdoding' en over het Vlaams actieplan 2012-2020 – 4 (2015-2016)	3
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het N-VA-voorstel inzake kinderbijslag – 3034 (2014-2015)	
VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over kinderbijslag en het voorstel om de voorwaarden dienaangaande te wijzigen – 3036 (2014-2015)	
VRAAG OM UITLEG van Chris Janssens aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het voorstel van een regeringspartij om het recht op volledige kinderbijslag afhankelijk te maken van een minimum verblijfsduur in het land – 3062 (2014-2015)	
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het recht op kinderbijslag – 3064 (2014-2015)	33
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over innovatie in de kinderopvang – 3089 (2014-2015)	41
VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de bijsturing van het decreet Integrale Jeugdhulp – 13 (2015-2016)	44
VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Registratierapport 2014 van Partners in Pleegzorg – 43 (2015-2016)	48

**VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de niet-opvolging van zelfmoordpogingen
– 2910 (2014-2015)**

**VRAAG OM UITLEG van Piet De Bruyn aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over ketenzorg bij suïcidaliteit
– 2918 (2014-2015)**

**GEDACHTEWISSELING over de uitvoering van de gezondheidsdoelstelling 'Preventie van zelfdoding' en over het Vlaams actieplan 2012-2020
– 4 (2015-2016)**

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Voorzitter, collega's, bij wijze van inleiding wil ik onze dank uitdrukken omdat we tijd kunnen maken voor de gezondheidsdoelstelling voor de preventie van zelfdoding en het actieplan. Professor Portzky van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) zal straks meer uitleg geven over de epidemiologie van de suïcide en de stand van zaken in de uitvoering van het actieplan. U hebt een evaluatie gevraagd van het Vlaams actieplan Suïcidepreventie. Door de stand van zaken te overlopen, maken we een vorm van tussentijdse evaluatie in afwachting van de evaluatie van het plan dat moet worden gemaakt na de beëindiging in 2020.

Volgens de meest recente cijfers zijn in 2012 in Vlaanderen 1114 mensen overleden door suïcide. In vergelijking met 2011 overleden in 2012 1 procent minder mannen en 10 procent minder vrouwen door suïcide. De cijfers van 2013 zijn over enkele weken beschikbaar. In 2012 was de suicide rate 17,5 op 100.000 inwoners. In 2011 was dat 18,3 op 100.000.

De daling van de suïdecijfers in 2012 is veeleer onverwacht gezien de totale economische situatie waarin ook Vlaanderen zich de laatste jaren bevindt, en de invloed hiervan op de zelfdodingscijfers. Gezien de toename in de cijfers in 2011 en de gelijkaardige evoluties in de buurlanden en de andere Europese landen was de daling in de Vlaamse suïdecijfers niet echt te verwachten.

Uit wetenschappelijk onderzoek van 2009 blijkt dat elke stijging in de werkloosheid met 1 procent een stijging van 0,8 procent in het aantal suïcides als gevolg heeft. Wanneer we de werkloosheidscijfers van Vlaanderen van de voorbije jaren nagaan, dan valt op dat de cijfers in 2010 waren toegenomen, en in 2011 opnieuw waren afgenomen, terwijl in 2012 opnieuw een stijging wordt vastgesteld.

Dit lijkt niet overeen te komen met de evolutie in de suïdecijfers, waarbij in 2010 een daling werd opgemerkt, in 2011 een toename en in 2012 opnieuw een daling. We kunnen ons afvragen of de gevolgen van werkloosheid zich zo snel kunnen laten voelen en op korte tijd, in hetzelfde jaar, kunnen resulteren in mentale problemen en suïcidaliteit. Kortom, met de nodige voorzichtigheid kunnen we stellen dat er sprake is van een lichte daling, hoewel de cijfers in Vlaanderen steeds hoger liggen dan het Europese gemiddelde.

De kost van een suïcide is hoog. De kost van een suïcidepoging voor de gezondheidssector bedraagt volgens de cijfers van gezondheidseconoom Lieven Annemans 3072 euro voor de gezondheidssector alleen al. Het totaal aantal kosten, inclusief de indirecte kosten, bedraagt voor Vlaanderen 500 tot 600 miljoen euro. Zelfmoordpreventie is dus ook een dringende economische problematiek.

In de eerste plaats wil ik toelichten hoe de gezondheidsdoelstelling tot stand is gekomen en hoe het actieplan vorm kreeg. Vervolgens licht ik de gezondheidsdoelstelling toe en overloop ik kort de inhoud van het Vlaams actieplan 2012-20.

In 2002 is de eerste conferentie voor preventie van, toen nog, depressie en zelfdoding georganiseerd. Het was een van de eerste gezondheidsconferenties die pasten in het Preventiedecreet. U weet hoe dat gaat. Een gezondheidsconferentie brengt alle relevante actoren bij elkaar, de politiek, de experts, het middenveld en een vertegenwoordiging van de mensen waarover het gaat, in dit geval, vertegenwoordigers van de groepen die het risico lopen op een overlijden door zelfdoding.

Deze gezondheidsconferentie heeft geleid tot het eerste Vlaams suïcidepreventieplan in 2006, en een groot draagvlak en besef van de omvang van het gezondheidsprobleem. Dat is meteen de reden waarom er vrij snel van start kon worden gegaan met pilootprojecten, waarvan men wist dat ze pasten binnen het Vlaams actieplan gevalideerde strategieën voor de preventie van zelfdoding. De gezondheidsdoelstelling van het Vlaams beleid en het actieplan was om het aantal zelfdodingen te doen dalen met 10 procent tegen 2010.

In 2010 liep dat actieplan af en zijn we gestart met de voorbereidingen voor een nieuw actieplan. Het eerste dat we hebben gedaan, was een evaluatiestudie van het eerste Vlaams actieplan. Op basis van de beschikbare wetenschappelijke kennis, kunnen we concluderen dat het eerste actieplan inhoudelijk een goed uitgewerkt plan was, dat heeft geleid tot minder sterfte door zelfdoding. Alle belangrijke interventies waarvoor de effectiviteit wetenschappelijk werd aangetoond, zitten vervat in dat actieplan. Niettemin was het actieplan inhoudelijk nog voor verbetering vatbaar. Zo komen enkele specifieke risicogroepen waaronder jonge mannen, ouderen, personen met risicovolle beroepen zoals boeren en artsen in het eerste Vlaams actieplan nog te weinig aan bod.

De hoofddoelstelling van het eerste Vlaams actieplan werd bereikt. Zowel voor mannen als voor vrouwen nam het aantal suïcides in de periode 2000-2009 met meer dan 8 procent af. Voor de mannen daalde het aantal suïcides in die tijdsperiode met 13,2 procent en voor de vrouwen met 11 procent. Ook het aantal pogingen tot zelfdoding nam in de periode 2000-2009 voor mannen en vrouwen af met respectievelijk 7,8 en 13,3 procent.

De overige subdoelstellingen die werden geformuleerd in het kader van dat Vlaams actieplan, namelijk de prevalentie van suïcidale ideatie en het reduceren van het aantal depressies, werden niet bereikt. Naast de vele realisaties werden enkele van de doelstellingen die geformuleerd stonden in het Vlaams actieplan niet behaald, waaronder het realiseren van meer afstemming in de telefonische hulpverlening en het integreren van de deskundigheidsbevordering in de basisopleiding van relevante doelgroepen. Verder bleek de intensiteit en het bereik van enkele projecten soms ontoereikend. Zo werd het elektronisch leerpakket iTOL voor huisartsen niet uitgebreid naar andere belangrijke doelgroepen en vroegen de projecten Fit in je Hoofd en mediarijntlijnen om meer continue promotie.

De aanbevelingen vanuit het evaluatierapport van LUCAS kwamen in het kort hierop neer: meer investeren in het doorbreken van het taboe, in het werken rond specifieke risicogroepen, in het uitwerken van een degelijke communicatiestrategie, in het voeren van evaluatiestudies van de gekozen acties en niet enkel suïcidecijfers als maatstaf nemen en het betrekken van andere bevoegdheden en overheden.

Op 17 december 2011 hielden we onze tweede gezondheidsconferentie voor de preventie van zelfdoding. Deze gezondheidsconferentie werd zorgvuldig voorbereid en begeleid door een consortium van experts in de preventie van zelfdoding: de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, het Centrum ter Preventie van Zelfdoding, de Werkgroep Verder en het centrum voor geestelijke gezondheidszorg (cgg)

Suïcidepreventiewerking. Het maatschappelijke middenveld werd zo veel mogelijk betrokken bij de voorbereiding van de conferentie via sociale media, een hoorzitting, werkgroepen en provinciale terugkoppelmomenten. Er kwam ook een gezondheidseconomische evaluatie van een aantal bestaande acties en nieuwe initiatieven die in de werkgroepen werden voorgesteld.

Tot slot werden de strategieën die aan de basis lagen van het vorige actieplan geëvalueerd. Van de al bestaande strategieën werd gevonden dat die de toets van de huidige wetenschappelijke kennis en internationale praktijken goed wisten te doorstaan. Het huidige actieplan 2012-2020 bestaat zodoende uit een integratie van alle langer bestaande strategieën met aandacht voor verbreding naar andere doelgroepen en settings zoals aangegeven bij de evaluatie van het eerste plan, maar vooral ook uit nieuwe initiatieven die uit de hoorzitting, de werkgroepen en de gezondheidsconferentie zelf zijn geselecteerd.

De Inspectie van Financiën verleende voor het voorgestelde actieplan een positief advies op 25 juli 2012. De minister van Begroting verleende zijn akkoord. De gezondheidsdoelstellingen werden vervolgens voorgelegd en principieel goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 7 september. Vervolgens vroeg ik de Strategische Adviesraad voor Welzijn, Gezondheid en Gezin (SARWGG) om een advies over het ontwerp.

De SAR onderschrijft de gezondheidsdoelstelling en het bijhorende actieplan. De raad stelde dat er nog werk op de plank ligt om het actieplan te vertalen naar een goed gecoördineerde en een goede integrale aanpak van het probleem binnen de Vlaamse Gemeenschap. De raad ondersteunt dan ook de keuze die werd gemaakt voor een integrale benadering. Ze deed daarbij een aantal belangrijke aanbevelingen, bijvoorbeeld: "Het begrip gemeenschapswerk wordt te eng gezien. De raad vroeg erover te waken dat de samenwerking met de gemeenschapswerkers alle gemeenschapswerkers omvat, zodat er vooral ook op de eerste lijn wordt samengewerkt met hulpverleners die betrokken zijn bij de directe leefwereld van de kwetsbare groepen." Als voorbeeld werd de ondersteuning van dakloze mensen met schulden en mensen met ernstige relationele en opvoedingsproblemen gegeven.

Een tweede opmerking van de raad betreft een ruimere visie op de preventie van zelfdoding, waarbij niet enkel wordt vertrokken vanuit de zorg- en welzijnssector. De raad gaf aan dat alle beleidsdomeinen kunnen bijdragen tot een meer leefbare samenleving.

U weet uiteraard dat ik een groot pleitbezorger ben van dat facettenbeleid. Een brede intersectorale benadering waarbij alle welzijns- en gezondheidsorganisaties, maar ook organisaties in andere domeinen worden gesensibiliseerd om mee te werken aan het verminderen van het aantal suïcides is een cruciaal element in het beleid. Dit is in overeenstemming met de principes van het decreet van november 2003 betreffende het preventieve gezondheidsbeleid, waarin het voeren van een facettenbeleid wordt aangegeven als een belangrijk kenmerk van het Vlaamse beleid.

Het huidige Vlaams actieplan 2012-2020 werd unaniem goedgekeurd door het parlement in maart 2013. Ik wil nog eens benadrukken dat de preventie van zelfdoding een belangrijke focus moet blijven van dit actieplan. Wetenschappelijke evidentie leert ons immers dat suïcidespecifiek werken een voorwaarde is om het aantal zelfdodingen te verminderen.

Naar analogie met de zesde doelstelling van de Wereldgezondheidsorganisatie werd op de gezondheidsconferentie van december 2011 de Vlaamse gezondheidsdoelstelling als volgt voorgesteld: "De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2020 verminderd zijn met 20 procent ten opzichte van 2000." De doelstelling is gebaseerd op een voorspelling van het aantal zelfdodingen in 2020 bij ongewijzigd beleid enerzijds en op een effectiviteitsberekening

van een preventief programma anderzijds. Op basis van de sterftestatistieken van 2009 en de trend van 2000 tot 2009 kon men voorspellen dat er in 2020 in absolute aantallen 1160 zelfdodingen zouden zijn in plaats van 1174 in 2000. Dat betekent dat, als we niets zouden doen, er in 2020 ongeveer hetzelfde aantal zelfdodingen zullen zijn als in het jaar 2000. 20 procent minder zelfdodingen in 2020 betekent echter het vermijden van 220 zelfdodingen extra.

In de aanloop naar de gezondheidsconferentie suïcidepreventie van december 2011 werden al een beperkt aantal initiatieven doorgerekend op hun gezondheidseconomisch effect. Bij gezondheidseconomische analyse bleek als algemene conclusie dat bijna alle acties kosteneffectief of kostenbesparend zijn. Als men suïcide kan vermijden, zijn er uiteraard potentieel veel quality-adjusted life years (qaly's) of aan kwaliteit aangepaste levensjaren. Zo is er actie 1b, het bevorderen van sociale aansluiting bij ouderen geeft een sterk resultaat, al ligt de kost per qaly vrij dicht bij 30.000 euro, wat dicht aanleunt bij de betalingsbereidheid per qaly zoals dat in België wordt aanvaard.

De Zelfmoordlijn is doeltreffend en kosteneffectief, evenals de therapie bij personen met suïcidale gedachten.

De andere zijn quasi alle dominant met weliswaar kleine besparingen en kleine winst aan de qaly's. Uit de evaluatie bleek dat deze selectie aan acties een reductie van het aantal zelfdodingen met 11,5 procent ten opzichte van 2009 zal opleveren.

Er dient naast deze beperkte selectie nog een extra inspanning te worden gedaan om de gezondheidsdoelstelling van 20 procent te realiseren. Dat betekent het vermijden van minstens 90 zelfdodingen extra. Natuurlijk proberen we zo veel mogelijk zelfdodingen te vermijden, maar het decreet geeft ons de opdracht om onze gezondheidsdoelstelling ook meetbaar te maken.

Het Vlaams actieplan Suïcidepreventie moet hiervoor het kader scheppen. Een belangrijke vaststelling die uit het voortraject van de conferentie naar voren kwam, is dat hoewel er in Vlaanderen sinds 2006 een overkoepelend actieplan is, de perceptie bestaat dat het gaat om losstaande initiatieven. Er lijkt onvoldoende besef te zijn gecreëerd dat er wel degelijk een duurzaam beleid ten aanzien van de preventie van zelfdoding bestaat. Bekendheid met hulpverlening en weten waar je in geval van nood terecht kunt, is belangrijk voor de preventie van zelfdoding. Het huidige actieplan wil hieraan werken op twee manieren. Enerzijds is er de portaalsite Zelfmoord1813, waar informatie en online hulpverlening op de meeste efficiënte manier worden samengebracht. Anderzijds is er een aanvullende strategie met de ontwikkeling en implementatie van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van zelfdoding of de multidisciplinaire richtlijn.

Ik ga nog even kort in op de verschillende strategieën. Strategie 1 in het actieplan is het werken aan geestelijkegezondheidsbevordering met betrekking tot het individu en de maatschappij. Een aantal psychologische risicofactoren worden in verband gebracht met suïcidaal gedrag. Het versterken van de veerkracht en de zelfhulp aanmoedigen, helpen de invloed van deze risicofactoren verminderen. Die brede strategie toont aan dat de aandacht wordt uitgebreid van de verantwoordelijkheid van het individu naar een meer zorgzame samenleving.

Strategie 2 is suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en onlinehulp. Het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ), dat de Zelfmoordlijn inricht, wordt sinds 2012 erkend als organisatie met terreinwerking. De realisatie van één toegangspoort vertrekt vanuit deze crisishulp. De crisishulp die gekend is onder het nummer 1813, is overigens sinds 2013 een samenwerking tussen het CPZ en Tele-Onthaal. In een streven naar meer onlinetoepassingen, dus meer laagdrempelige en toegankelijke hulp voor mensen in een suïcidale crisis, wordt

inmiddels ook de online zelfhulp cursus 'Think Life' onderzocht en werden apps beschikbaar gesteld via het platform. U hoort daar dadelijk meer over.

Strategie 3 is het bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs. Deze strategie behoort tot een van de meest efficiënte strategieën in de preventie van zelfdoding. De opdracht van de cgg's suïcidepreventiewerking werd in 2011 al uitgebreid met de opdracht zich ook te richten op alle in de Gezondheidsconferentie geformuleerde doelgroepen in samenwerking met betrokken belangenverenigingen.

Strategie 4 bevat strategieën voor specifieke risicogroepen. Onder deze risicogroepen verstaan we onder andere suïcidepogers. Om de screening en de opvang van suïcidepogers te verankeren, werd sinds 2012 met de organisaties met terreinwerking voor de zorg voor pogers een beheersovereenkomst afgesloten. Een andere hoogrisicogroep bestaat uit mensen die kampen met suïcidale gedachten en gedrag. Er bestaat nog geen behandeling van suïcidale mensen in Vlaanderen. We dienden inmiddels een voorstel in voor een onderzoek naar de toepasbaarheid en doeltreffendheid van twee verschillende behandelingstechnieken. Het doel van de behandeling is om het suïcidale gedrag te doen verminderen, zodat het risico op zelfdoding vermindert of zelfs verdwijnt. Ook kwetsbare groepen worden gevat in de vierde strategie, zoals nabestaanden na een zelfdoding. De Werkgroep Verder wordt sinds 2012 hiervoor erkend als organisatie met terreinwerking.

In strategie 5 wordt er gesproken over de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor de preventie van zelfdoding, en professor Portzky zal u daar straks meer over vertellen.

De randvoorwaarden die worden genoemd in het actieplan, zijn het gevolg van bemerkingen uit de evaluatiestudie, de voorbereidingen van de Gezondheidsconferentie, de adviezen van een consortium aan experts en de Vlaamse werkgroep Suïcidepreventie. Die randvoorwaarden bieden een kader van uitgangspunten die de kwaliteit van de implementatie en de uitvoering van het actieplan Suïcidepreventie ten goede komen. Het gaat met name om een vermaatschappelijking van de zorg, een locoregionale verankering en een daadwerkelijke implementatie van het plan. Het gaat verder ook om een wetenschappelijke onderbouw, niet alleen van beleidslijnen of strategieën maar ook van de methodieken en de zorgvuldige evaluatie van de actie. We willen tevens gebruikmaken van innovatieve technologieën om zo een grotere impact te kunnen hebben op het gezondheidsprobleem. Door het opstellen van een communicatieplan vergroten we het bereik en de toegankelijkheid van het aanbod in de suïcidepreventie en versterken we de boodschap dat preventie van zelfdoding en hulp zoeken mogelijk is.

Door het verder versterken van een facettenbeleid wil ik ook de collega's binnen deze regering, zowel op het vlak van aandacht voor als uitvoering van de activiteit ter preventie van zelfdoding, een breed draagvlak geven. Ook het duurzaam verankeren van het beleid zodat gerealiseerde projecten met een gunstige evaluatie op een langere termijn bestendigd worden, was zo'n aandachtspunt. Verschillende acties moeten ook geïntegreerd worden bekeken, waarbij ze elkaar versterken en een complementair geheel worden. De beheersovereenkomsten met de organisaties met terreinwerking voor de zorg voor pogers, voor laagdrempelige telezorg en voor de zorg voor nabestaanden, zijn daar het gevolg van.

Ook sloten we een beheersovereenkomst met het VLESP. Dat is een samenwerking tussen CPZ en de eenheid voor zelfmoordonderzoek van de Universiteit Gent. Zij zijn sinds 1 oktober 2013 erkend als partnerorganisatie voor de preventie van zelfdoding. Het VLESP biedt informatie en advies aan, ontwikkelt methodieken en materialen, en ondersteunt de implementatie en het gebruik ervan. We werken goed samen met deze organisatie.

De medewerkers bieden niet enkel informatie aan de burgers en de intermediairs, maar ondersteunen ook de Vlaamse overheid bij het verder uitwerken van verscheidene acties van het plan, of bij het toetsen van nieuwe veelbelovende acties.

De precieze stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van het actieplan en de epidemiologie van suïcide zal nu worden toegelicht door de experts van het VLESP.

De voorzitter: Mevrouw Portzky heeft het woord.

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Geachte leden, ik zal inderdaad een toelichting geven bij de stand van zaken met betrekking tot het Vlaams actieplan. Ik zal starten met het kort schetsen van de cijfers. Vervolgens zal ik aangeven waar we ons op dit moment bevinden met het Vlaams actieplan, welke acties al allemaal zijn opgestart en welke binnenkort zullen worden opgestart.

Ik geef eerst de meest recente suïdecijfers. De minister heeft het daarnet al aangegeven: op dit moment dateren onze meest recente cijfers van 2012. Over enkele weken hebben we de nieuwe cijfers voor 2013. In 2012 overleden 1114 Vlamingen door zelfdoding, wat neerkomt op 3 Vlamingen per dag. We hebben dat omgerekend in 'rates', wat betekent dat we het hebben teruggebracht tot 100.000 inwoners, omdat we op die manier vergelijkingen kunnen maken over de jaren heen, maar ook met andere landen. Voor 2012 hadden we een suïciderate van 17,5 op 100.000 inwoners. Dat betekent dat in 2012 op 100.000 Vlamingen 17,5 Vlamingen suïcide hebben gepleegd. Voor Europa ligt dat gemiddeld op 11 op 100.000 inwoners, wat betekent dat het Vlaamse suïdecijfer anderhalf keer hoger is dan het Europese gemiddelde. Europa is wereldwijd ook het continent met de hoogste suïdecijfers, wat betekent dat we voor Vlaanderen inderdaad met hoge cijfers zitten. Dat zal u echter zeker al bekend zijn geweest. Dat is ook de reden waarom het Vlaams actieplan voor suïcidepreventie zo nodig is en was.

Kijken we dan naar de evolutie van de voorbije jaren, waarbij ons referentiecijfer het jaar 2000 is, omdat we daartegenover onze gezondheidsdoelstelling afmeten. In de grafiek ziet u voor zowel mannen als vrouwen een horizontale streep: dat is het referentiecijfer, het cijfer dat we tegen 2012 zouden moeten halen. U ziet dat er in de jaren 2006 en 2007 een daling was, zeker bij de mannen. Sinds 2008 kenden we opnieuw een toename. De grote hypothese ter zake is dat dat een gevolg is van de economische crisis. Wereldwijd blijkt uit onderzoek inderdaad dat de gevolgen van een economische crisis, met de stijging van de werkloosheid, heel duidelijk te voelen zijn in de zelfmoordcijfers. De minister heeft het daarnet ook al gezegd: uit een onderzoek in meer dan veertig landen blijkt dat, als de werkloosheidscijfers met 1 procent stijgen, de zelfmoordcijfers zullen stijgen met 0,8 procent. Je ziet dat dus eigenlijk altijd samengaan.

Het mag misschien wat vreemd klinken, maar we zijn in dat licht eigenlijk nog relatief tevreden over de evolutie van de jongste jaren. In een land als Nederland heeft men sinds 2008 immers jaar na jaar een stijging van de zelfmoordcijfers gezien. Nu heeft men daar 40 procent meer zelfdodingen. In die zin hebben wij ons eigenlijk nog wel gehandhaafd. We kunnen heel moeilijk meten of dat louter en alleen door het Vlaams actieplan komt, want bij suïcide spelen zoveel factoren mee, maar we hebben toch wel een sterk vermoeden dat het actieplan toch wel preventief en beschermend heeft gewerkt ter zake. Het is zelfs zo dat op dit moment onze Nederlandse collega's het Vlaamse voorbeeld willen volgen, en dat ze nu ook een Landelijke Agenda Suïcidepreventie hebben ontwikkeld.

In Vlaanderen zien we bij de mannen in 2012 een daling met 12 procent tegenover de cijfers van 2000. Voor de vrouwen zien we tegenover 2000 een daling met 17 procent. Nu hebben we nog wel een aantal jaren te gaan tot 2020. We

zijn voorzichtig optimistisch, rekening houdend met de hele economische situatie, maar we blijven dit uiteraard constant op de voet volgen.

Het is eigenlijk even belangrijk om de suïcidepogingen te registreren, en niet alleen de suïcides. Een van de meest aangetoonde bevindingen is immers dat de grootste en belangrijkste risicofactor voor suïcide het hebben ondernomen van een eerdere suïcidepoging is. Mensen die ooit al een poging hebben ondernomen, hebben 150 keer meer kans om te overlijden door suïcide dan mensen die nooit een poging hebben ondernomen. Die registratie is dus minstens even belangrijk. Die is ook moeilijker. De suïcidcijfers halen we immers uit de overlijdenscertificaten, maar suïcidepogingen op zich worden eigenlijk niet standaard geregistreerd. In het Vlaams actieplan is daar wel veel aandacht voor. We hebben dan ook een heel kwaliteitsvolle registratie, door samen te werken met de Vlaamse ziekenhuizen. Elke suïcidepoging die via de spoedopnames wordt aangemeld, wordt dan ook geregistreerd, in 75 procent van alle Vlaamse ziekenhuizen.

In 2014 waren er in totaal ongeveer 10.000 suïcidepogingen in Vlaanderen, wat neerkomt op ongeveer 28 pogingen per dag. We kunnen dus zeggen dat er in Vlaanderen 10 keer zoveel suïcidepogingen zijn als dat er suïcides zijn. Als we de evolutie daarvan over 15 jaar bekijken, dan zien we dat dit enorm schommelt. Dat komt eigenlijk vaak voor.

In 2008 was er een toename, vermoedelijk een gevolg van de economische crisis – al is het heel erg moeilijk om de oorzaak vast te stellen. Sindsdien blijven de cijfers eerder stabiel, met een stijging in 2011. Ik benadruk het belang van een heel goede registratie. Op dat punt staat Vlaanderen aan de wereldtop. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werkt aan een rapport waaruit blijkt dat slechts zes landen suïcidepogingen registreren. Als men ook het aantal ziekenhuizen en centra die daarbij zijn betrokken, meerekent, dan moet men besluiten dat enkel Ierland en Vlaanderen zorgen voor een echt grootschalige en kwaliteitsvolle registratie. Vlaanderen gebruikt die cijfers ook ten behoeve van een deskundige opvang van suïcidepogers, en is op dat vlak echt uniek. Elke suïcidepoging wordt uitgebreid geïnterviewd, waarbij een analyse van zijn of haar toestand wordt gemaakt en voor een empathische opvang en nazorg wordt gezorgd. Ik kom daar nog op terug.

Wat suïcidale gedachten betreft, werken we met enquêtes. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) en een onderzoek van het Centrum voor zorgonderzoek en consultancy LUCAS en Te Gek!? leren dat ongeveer 1 op 10 Vlamingen al ooit aan suïcide heeft gedacht. Ongeveer 5 procent van de Vlamingen heeft het afgelopen jaar aan suïcide gedacht. Tot zover de cijfers.

Ik geef nu een overzicht van de lopende acties. Minister Vandeuren zei al welke strategieën in het Vlaams actieplan zijn verwerkt. Er zijn er vijf: geestelijke gezondheidsbevordering; laagdrempelige telefonische en online hulp; deskundigheidsbevordering en netwerkvorming; programma's gericht op hoogrisicogroepen en multidisciplinaire richtlijnen. Deze strategieën zijn uitgewerkt op basis van internationaal wetenschappelijk onderzoek waarin is aangetoond dat ze effectief zijn. Voor innovatieve projecten verrichten we zelf onderzoek, om er zeker van te zijn dat de acties werkzaam zijn.

De eerste strategie is geestelijke gezondheidsbevordering, die erop is gericht om suïcide te voorkomen. Er zijn vijf substrategieën. Een: het versterken van individuele veerkracht en zelfzorg. Het expertisecentrum voor gezondheidspromotie en ziektepreventie VIGeZ heeft daarvoor verschillende programma's ontwikkeld, zoals 'Fit in je hoofd'. Dat is een online zelfhulptool voor omgang met stress en het verbeteren van de eigen veerkracht. 'Fit in je hoofd' zat al in het eerste actieplan, en is inmiddels helemaal vernieuwd. Er is een app en een nieuwe zelftest aan toegevoegd. Het programma 'NokNok' is bedoeld voor jongeren. De 'Goed

Gevoel Stoel' is bedoeld voor kansarmen en 'Zilverwijzer' voor ouderen. De laatste twee zijn groepsmethodieken steunend op praat sessies. De tweede strategie is het versterken van de ondersteuningsvaardigheden van ouders. Eind 2015, begin 2016 zal het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen ouders bevragen over wat ze nodig hebben bij de omgang met hun suïcidaal kind. Dat zal de basis vormen voor het uitwerken van een methodiek.

De derde substrategie is het bevorderen van sociale aansluiting. We richten ons dan vooral op ouderen. Vereenzaming is immers een heel grote risicofactor bij ouderen. In 2016 komt er een pilootstudie waarbij vooral zal worden onderzocht of werken aan netwerking werkzaam is. Een vierde substrategie is het zoeken van hulp aanmoedigen en het stigma doorbreken. Suïcide blijft een belangrijk taboe. Mensen hebben het moeilijk om de stap naar professionele hulp te zetten.

Daar werken we heel sterk samen met de Associatie Beeldvorming, Te Gek!?, de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg (VVGG) en de Logo's. Voor de Werelddag Suïcidepreventie, elk jaar op 9 september, zetten we acties op om op een positieve manier aandacht te vragen voor suïcidepreventie. Op 10 oktober is er de Werelddag Geestelijke Gezondheid. Dat was vorige zaterdag, en ook toen werden overal in Vlaanderen heel wat acties opgezet.

Een laatste substrategie is het bevorderen van een veilige omgeving. Hierbij richten wij ons op verschillende settings: school, werk, media. Er zijn heel wat acties, waaronder de preventiecoaches. Die begeleiden scholen maar ook werkplaatsen om er een beleid van geestelijke gezondheid te implementeren en toe te passen. De preventiecoaches voor de scholen waren vooral in het eerste Vlaamse actieplan actief. Ze zijn nog wat actief gebleven daarna, en ze hebben in totaal 285 scholen begeleid. Dat was dus een heel effectieve actie. Op dit moment loopt er een pilootproject, om te bekijken of dat voor werk even effectief kan verlopen.

Voor de media zijn er de mediarijclijnen. We weten dat een foute berichtgeving in de media kan leiden tot een toename van de zelfmoordcijfers. De mediawatch ziet erop toe of de mediarijclijnen goed worden toegepast.

Er zijn ook rijclijnen voor suïcidepreventie in het onderwijs of op het werk. We zijn deze rijclijnen op dit ogenblik uitgebreid aan het dissimineren.

– Katrien Schryvers treedt als voorzitter op.

De tweede strategie draait rond laagdrempelige hulp via telefoon en online. Hier hebben we heel wat verschillende methodieken en acties. De bekendste is uiteraard de Zelfmoordlijn 1813. U kunt, als er vragen zijn, zich richten tot Kirsten Pauwels, die hier naast mij zit. Zij is directrice van onder andere de Zelfmoordlijn maar ook van het Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ). Het CPZ heeft nog andere acties, onder meer 2.0, waarbij men outreachend werkt op het internet. De sociale media worden gemonitord om vanuit het CPZ in te grijpen bij onrustwekkende boodschappen. Men probeert ook de drempel naar hulpverlening te verlagen via de sociale media. De Advieslijn SuïcidePreventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners (ASPHA) zorgt ervoor dat huisartsen of andere hulpverleners via telefoon of mail advies kunnen krijgen over hoe ze moeten omgaan met suïcidale patiënten. Voor nabestaanden zijn er ook specifieke onlinemogelijkheden zoals een groepschatforum. De komende jaren zullen we ook inzetten op de ontwikkeling van een 'serious game' om jongeren te leren hoe ze moeten omgaan met suïcidale gedachten. Deze actie, die zeer innovatief is, zal een van de moeilijkste zijn om te realiseren omdat we ervoor moeten samenwerken met de IT-sector. We zijn dit volop aan het voorbereiden. We hebben ook apps. De app On Track Again is er specifiek voor jongeren na een zelfmoordpoging. De app BackUp is er voor suïcidale personen en hun omgeving. Onder tussen onderzoeken we ook de effecten van de onlinezelfhulpmodule Think Life,

die volledig gebaseerd is op therapeutische technieken. We willen weten of dit in Vlaanderen effectief werkt voor mensen met suïcidale gedachten.

Dit alles wordt gecentraliseerd op zelfmoord1813.be, de centrale toegangspoort in Vlaanderen voor vragen over de preventie van zelfdoding. Veel mensen denken dat zelfmoord1813.be er enkel en alleen is voor suïcidale personen, maar het is veel ruimer. Het omvat zeker crisishulpverlening voor suïcidale personen, maar het is er ook voor de omgeving, die er heel wat informatie kan vinden. Ook de app BackUp is voor hen. Voor nabestaanden is er heel wat informatie en hulp. Ook voor hulpverleners die met vragen zitten over suïcidale gedachten zijn er tools en methodieken. Er is informatie over beleid, en er worden vormingen aangeboden, en algemene informatie over achtergrond van zelfdoding, feiten en cijfers, wekelijkse blogberichten. Sinds de lancering in juli 2014 hebben 127.000 mensen zelfmoord1813.be bezocht. We zitten dus op een gemiddeld maandelijks aantal van 15.000 bezoekers. We vullen dit continu aan met de meest innovatieve methodieken.

De derde strategie gaat over deskundigheidsbevordering en netwerkvorming. Dit is een van de meest effectieve strategieën voor de preventie van zelfdoding. We richten ons op de deskundigen en professionelen die in aanraking komen met suïcidale mensen. We doen hun kennis en vaardigheden toenemen door middel van vorming. De suïcidepreventiewerking van de cgg's doen heel wat vormingen in heel wat diverse organisaties. Ook het CPZ verzorgt elk jaar heel wat vormingen. Ook Werkgroep Verder geeft vormingen, specifiek over postventie en rouw na zelfdoding. Dit alles is in Vlaanderen zeer goed uitgewerkt. Heel wat organisaties bieden tal van vormingen aan.

We hebben een poster ontwikkeld die we meegeven bij vormingen. Het is de bedoeling dat dit onder het GGZ-personeel en huisartsen wordt verspreid. Zo kunnen hulpverleners continu alert zijn voor suïcidale risicofactoren en signalen bij hun patiënten. De poster bevat adviezen over hoe je het kunt bevragen. Dat blijft voor het spreken een van de belangrijkste methodieken: durf het te bevragen.

Bij de vierde strategie richten we ons tot specifieke hoogrisicogroepen. Onze belangrijkste risicogroep zijn de suïcidepogers. De organisatie met terreinwerking Zorg voor Suïcidepogers is daar een heel belangrijke speler in. Hun missie is uiteraard de preventie van zelfdoding bij de hoogrisicogroep van mensen die al eerder een poging hebben ondernomen. Ze doen dat voornamelijk met twee methodieken: enerzijds door de patiënten na een poging, zodra ze op de spoedopname terechtkomen, zo deskundig mogelijke evaluatie en empathische opvang te geven en anderzijds door hen toe te leiden naar een deskundige vervolgzorg. Men gaat dus een zorgpad ontwikkelen voor de patiënt. Er zijn ook partners die dat samen met hen doen.

Zij hebben specifieke methodieken voor de volwassen suïcidepogers, maar ook voor de jonge suïcidepogers. Een belangrijk aspect is het geven van vorming en ondersteuning aan het personeel in de algemene ziekenhuizen en andere voorzieningen over hoe je het best omgaat met iemand die net een poging heeft ondernomen. Bij jongeren is dat dan gericht op jeugdhulpverleners. Dat kan binnen de kinderpsychiatrie of binnen het CLB zijn.

We hebben een specifiek instrument ontwikkeld, de IPEO, wat staat voor Instrument Psychosociale Evaluatie en Opvang. Dat is het instrument dat gebruikt wordt om pogers zo empathisch mogelijk op te vangen van in de spoedopname, en hen dan verder toe te leiden naar vervolgzorg. De kinderen- en jongerenversie heet KIPEO.

Er is voor beide doelgroepen een specifiek draaiboek om een zorgpad te ontwikkelen. Elk ziekenhuis dat meedoet, moet voor zijn eigen regio een zorgpad ontwikkelen, dat aangeeft hoe een suïcidepogers verder hulp kan ontvangen. Er zijn ook nog patiëntenfolders. Voor jongeren is er een website en de app 'On track again'. De organisatie ondersteunt ook heel sterk alle partners die betrokken zijn bij de zorg na de opname.

Andere risicogroepen zijn suïcidale personen. Daarmee bedoelen we mensen die met suïcidale gedachten kampen. Het zal u misschien verbazen, maar op dit moment is er wereldwijd geen enkele specifieke behandelingsvorm voor mensen met suïcidale gedachten. Wat op dit moment wordt gedaan, is dat de onderliggende psychiatrische problematiek, die bijna altijd aanwezig is, zoals depressie of een angststoornis, wordt behandeld met de bestaande technieken. Maar specifiek voor suïcidaliteit is er nog niets voorhanden. Dat is iets waar wij nu echt iets aan willen doen. Daarom starten we eind dit jaar met een onderzoek naar de effectiviteit van twee nieuwe behandelingsvormen: enerzijds de 'mindfulness based cognitive therapie' en anderzijds de toekomstgerichte training, die gericht is op het installeren en het opnieuw creëren van hoop bij suïcidale mensen, want de hopeloosheid is net een van de cruciale kenmerken. Het zijn twee groepstrainingen. Het onderzoek zal afgerond zijn in 2018. We hopen dan twee specifieke behandelingsvormen te hebben die we hier in Vlaanderen kunnen aanbieden aan de ggz-setting.

Nog andere kwetsbare groepen binnen het Vlaams actieplan waarvoor acties zijn ontwikkeld, zijn personen met een psychische stoornis, waarvoor het programma 'vroegdetectie en interventie van personen met psychose en andere psychische stoornissen' (VDIP). Ook de nabestaanden zijn een belangrijke doelgroep. De Werkgroep Verder is een organisatie met terreinwerking die daarop inzet. Dan zijn er nog de ouderen en de jongeren, waar we verschillende acties voor hebben.

Ook gedetineerden zijn een kwetsbare groep. Daarvoor geven de CCG-SP (Suïcidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg) vormingen. De zelfmoordlijn 1813 is nu ook opengesteld in alle Vlaamse gevangenissen. De kansarmen zijn ook een doelgroep, met vormingen, met de 'Goed Gevoel Stoel'. Ook artsen zijn een doelgroep, want ook daar zijn de suïdecijfers hoog. Domus Medica is dit jaar met een project bezig om te kijken welke preventieve acties bij huisartsen kunnen worden opgezet.

Ook de holebi- en transgenderpersonen zijn een belangrijke risicogroep. Wij zijn samen met cavia en andere organisaties volop aan de slag gegaan. We hebben een uitwisselingsdag gehad, waar heel wat concrete acties uit zijn voortgekomen. We laten voornamelijk onze vormingen op elkaar aansluiten. We vormen elkaar. We gaan die informatie ook meenemen naar onze eigen vormingen. Wij gaan dus ook veel meer informatie over de doelgroep van holebi- en transgenderpersonen opnemen, en zij gaan heel specifieke informatie over suïcidepreventie opnemen. Er zijn binnen het VLESP ook twee nieuwe onderzoeken gestart om in kaart te brengen hoe groot de problematiek van suïcide en psychische problemen is bij de groep van holebi- en transgenderpersonen.

De vijfde en laatste strategie houdt in dat we aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van zelfdoding ontwikkelen en implementeren. We zijn gestart met algemene aanbevelingen voor de preventie van suïcide, die heel breed en in verschillende settings gebruikt kunnen worden. Dat is ontwikkeld binnen een Europees project, Euregenas. Die aanbevelingen worden nu volop gedissemineerd.

Op dit moment werken we volop aan een multidisciplinaire richtlijn. Daarin zitten aanbevelingen voor hulpverleners, voor de vroegdetectie, vroeginterventie en behandeling van personen met suïcidale gedachten en suïcidaal gedrag. De bedoeling is om hulpverleners in Vlaanderen zo veel mogelijk tools en handvatten te geven om om te gaan met suïcidale personen. Dat komt er ook op vraag van de hulpverleners. In de voorbereiding van de gezondheidsconferentie werd dat zeer sterk aangegeven: geef ons alstublieft handvatten, hoe wij moeten omgaan met suïcidale patiënten.

We zijn dat nu volop aan het ontwikkelen. Het zal eind dit jaar, begin 2016 klaar zijn. Dan gaan we dat implementeren en dissemineren. We willen daar bijvoorbeeld ook een e-tool aan koppelen via Zelfmoord 1813, zodat hulpverleners echt

kunnen gaan leren door middel van casussen en dergelijke, om zo goed mogelijk met suïcidale patiënten te kunnen omgaan. Binnen die multidisciplinaire richtlijn zal er ook ruimte zijn voor de aanbevelingen voor ketenzorg voor suïcidale personen.

Dit was, heel snel, een overzicht van alle acties die op dit moment al lopen. Ik rond af met een overzicht van alle nieuwe acties die in 2016 zullen starten.

Binnen strategie 1 gaan we vooral rond de ondersteuningsvaardigheden bij ouders werken met nieuw onderzoek. We gaan ook een nieuw onderzoek doen rond het bevorderen van sociale aansluiting bij ouderen. Voor strategie 2 gaan we enerzijds Think Life verder evalueren. We gaan ook dat zelfhulpcomputerprogramma, dat serious game, uitwerken. Strategie 3 blijft gewoon lopen. We blijven zwaar inzetten op al die vormingen. Bij strategie 4 is het onderzoek naar de nieuwe behandelingsvormen nieuw, wat toch iets zeer innovatiefs en baanbrekends, ook internationaal, zal zijn. De laatste strategie zal de multidisciplinaire richtlijn zijn die vanaf 2016 door middel van een e-tool, een studiedag en een train-the-trainervorming zal worden gelanceerd.

Tot hier het overzicht en stand van zaken van het Vlaams actieplan.

De voorzitter: Ik geef nu eerst het woord aan de collega's die een vraag hebben ingediend, mevrouw Saeys en de heer De Bruyn.

Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Vooreerst wil ik u danken voor de goede uiteenzetting. Ik heb een aantal opmerkingen.

We zien dat er heel wat initiatieven zijn omtrent de online hulpverlening. De website die recent werd vernieuwd, 'Fit in je Hoofd', is daar een goed voorbeeld van. U sprak ook al over de zelfbeoordelingstest en een tienstappenplan. Er zou ook een beperkte effectevaluatie van dat tienstappenplan komen, met een pre- en posttest, om na te gaan of de veerkracht van de deelnemers is verhoogd en of men erin slaagt die tien stappen toe te passen in het dagelijkse leven en men beter kan omgaan met stress. Een belangrijke vraag is of mensen die niet zo goed scoren op die zelfbeoordelingstest, effectief starten met die tien stappen. Hebt u daar cijfers over?

De eerste resultaten van de evaluatie zouden begin oktober beschikbaar zijn. Het u daar al resultaten van? Wordt er eventueel gepeild naar de eventuele noodzaak om toch over te schakelen naar een face-to-facebegeleiding door een beroepsbeoefenaar? Gebeurt die verwijzing effectief en hoe gebeurt die?

Ik heb een vraag in verband met een antwoord op een vraag die ik in februari heb gesteld omtrent pesten. Er zou een beleidsdomeinoverschrijdende werkgroep worden opgestart onder voorzitterschap van de Vlaams Onderwijsadministratie en in samenwerking met het Vlaams Forum Kindermishandeling. Deze werkgroep zou als opdracht krijgen de diverse reeds genomen initiatieven en lacunes in de verschillende beleidsdomeinen in kaart te brengen, die te evalueren en na te gaan welke strategieën een antwoord kunnen bieden op die problematiek. Hierbij zouden de verschillende actoren worden betrokken, de kinderen en jongeren zelf, experts inzake kinderrechten en de expertise op het terrein. Die verdere aanpak inzake de KiVa-methode en andere methodes zouden worden opgenomen binnen deze beleidsdomeinoverschrijdende werkgroep. Wat is de stand van zaken van die werkgroep? Zijn de werkzaamheden al afgerond? Wat zijn de belangrijkste lacunes die zijn vastgesteld?

Toen u had over de suïcidepogingen, merkte ik op dat de cijfers tot 2014 lopen. Klopt dat?

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Dat zijn de recente cijfers die we nu al hebben, maar dat blijft doorlopen.

Freya Saeys (Open Vld): Maar van de suïcide hebt u nog geen cijfers?

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Binnen enkele weken zullen we ze hebben.

Freya Saeys (Open Vld): Registreert u ook op welke manier de poging gebeurt? Hebt u daar cijfers over? Dat kan interessant zijn.

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Wij registreren de gegevens van dat volledige instrument, van het volledige interview. Van de persoon die een poging heeft ondernomen, registreren wij alle gegevens. Wij hebben enorm veel gegevens over de pogingen, enerzijds de methode die wordt gebruikt maar anderzijds ook de achtergrond zoals de problemen die de persoon ervaart, wat de aanleiding was voor de suïcidepoging, of er een heel duidelijke doodswens was, wat de persoon zelf wil van begeleiding en wat er wordt opgestart. We hebben een enorme bron van gegevens over de suïcidepoging.

Freya Saeys (Open Vld): Zijn het enkel gegevens die u hebt vanuit een ziekenhuisopname?

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Ja, van de medisch aangemelde suïcidepogingen.

Freya Saeys (Open Vld): Wat eerstelijnszorg betreft, bijvoorbeeld de huisartsen, registreert men dat niet, he?

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Bij de huisartsenpraktijken worden ze wel geregistreerd. Daar hebben we een beetje zicht op, maar het is moeilijk te onderscheiden bij welke pogingen men wel naar het ziekenhuis gaat en welke niet. De medisch aangemelde pogingen zijn de meest sterke registratie. Van de huisartsen hebben we wel een aantal gegevens.

Freya Saeys (Open Vld): U spreekt in het actieplan over bepaalde risicogroepen. U haalde aan dat het kenniscentrum er ook de artsen in zal opnemen. Wanneer mogen we dat resultaat exact verwachten?

De voorzitter: Mevrouw Saeys, ik stel voor dat we eerst alle vragen stellen, ook die van de heer De Bruyn en eventueel andere collega's, en dan kan men ineens op alle vragen antwoorden.

Freya Saeys (Open Vld): Hebt u dat resultaat al? Als u het dan hebt, wat zijn dan de resultaten? We zien dat de federale overheid al 200.000 euro heeft vrijgemaakt om samen met de geneesheren de burn-outs aan te pakken. Het is belangrijk om burn-out te voorkomen, daar is vaak suïcide aan gekoppeld. Ik vind dat een zeer goed initiatief.

Nog een risicogroep zijn de vrouwen met een zwangerschaps- of postnatale depressie. Dat zijn toch een tienduizend vrouwen per jaar. We hebben in deze commissie recent een voorstel van resolutie goedgekeurd rond sensibilisering inzake vroegdetectie. Dat is een belangrijke groep, suïcide is bij hen de eerste doodsoorzaak.

Een zelfmoordpoging verhoogt het risico op suïcidaal gedrag met 30 procent. In het kader van het Vlaams actieplan Suïcidepreventie werd een project integrale zorg suïcidepogers opgezet. Patiënten die werden aangemeld na een suïcidepoging bij de

spoedafdelingen zullen worden opgevolgd met aandacht voor screening en evaluatie van het verdere suïciderisico om zo nieuw suïcidaal gedrag te voorkomen.

Een recent onderzoek van het socialistische ziekenfonds toont aan dat ruim een kwart van de mensen die een poging tot zelfdoding achter de rug had, drie maanden na het incident nog geen contact heeft gehad met een huisarts of een psychiater. Het socialistische ziekenfonds bestudeerde 4063 leden die een of meerdere pogingen ondernamen in 2011, 2012 en 2013 en in het ziekenhuis werden opgenomen. 15 procent van deze groep had noch voor de poging, noch erna contact met de huisarts of een psychiater. 27 procent heeft tijdens de drie maanden na de poging geen contact gehad met huisarts of psychiater.

Minister, kent u deze cijfers? Worden deze cijfers bevestigd door de cijfers van het project Integrale Zorg voor Suïcidepogers? Hebt u zicht op de reden waarom suïcidepogers na hun ontslag geen contact hebben met huisartsen of psychiaters? Worden zij vanuit ziekenhuizen dan toch niet of inadequaet doorverwezen naar nazorg? Weigeren zij nazorg?

Blijkbaar verliezen we ruim een kwart van de suïcidepogers uit het oog na hun ontslag uit het ziekenhuis. Moeten we in het kader van ons actieplan geen luik toevoegen waarbij wij vanuit preventieoogpunt huisartsen stimuleren om proactief contact opnemen met deze mensen?

De voorzitter: De heer De Bruyn heeft het woord.

Piet De Bruyn (N-VA): Ik zal proberen beknopt enkele bedenkingen en appreciaties te geven. Ik zal daar enkele vragen aan toevoegen.

Ik ben historicus van opleiding, ik geloof dat het goed is om ook eens achteruit te kijken. Twintig jaar geleden, dat is misschien al een hele tijd, werd in dit parlement hooguit occasioneel eens over preventie van zelfmoord gesproken. Er werd dan vrij geringschattend gedaan over de bijdragen die vrijwilligers daar leverden. Er werd echt de vraag gesteld: wie zegt dat die mensen dat goed doen? Hoe kunnen we dat weten? Die vraag was gekoppeld aan de discussie over financiering, erkenning en dergelijke. Dat debat heeft lang aangesleept, maar ondertussen zijn we natuurlijk al sterk in de goede richting opgeschoven. De minister heeft opgesomd wanneer de werkgroep Verder en Centrum ter Preventie van Zelfdoding zijn erkend, ook als partner van de Vlaamse overheid, om mee vorm te geven aan het beleid.

Het is de verdienste van de mensen aan de basis, de vrijwilligers, de rechtstreeks betrokkenen dat de politiek gevolgd is. Men is voortdurend blijven hameren op de noodzaak aan een betere samenwerking en preventie. De politiek heeft dat signaal een tiental jaar geleden opgepikt. Uw voorganger, Ingrid Vervotte, komt de eer toe om dat als eerste echt gecapteerd te hebben. Zij heeft beleidsmatig geprobeerd een antwoord te geven.

Minister, u hebt het eerste actieplan geschetst, wat goed was en wat beter kon. Het heeft geleid tot dit tweede actieplan, waarvan we vandaag terecht een eerste stand van zaken opmaken. Dit zal niet de laatste keer zijn, we zijn nog niet aan het afrekenen, het is eerder een oriëntatie, waar staan we, wat is gelanceerd, wat werkt en waar kan het beter. In het licht daarvan wil ik professor Portzky bedanken voor de zeer duidelijke en omvattende uitleg. De vragen die ik had voorbereid per strategie zijn al in uw toelichting aan bod gekomen. Dat is niet erg, ik heb er nog een paar over. Minister, een paar vragen zijn eerder politiek dan inhoudelijk. U speelt de bal dan maar door aan hem, professor.

De algemene cijfers kennen we. We merken een voorzichtige tendens in de goede richting. Laat ons hopen dat dat zo verder gaat. Professor Portzky, ik weet dat het moeilijk is. Op zich blijft zes miljoen een vrij kleine populatie, en toch zien we

daarbinnen verschillen, met name West-Vlaanderen steekt daar bovenuit. Nodigt dat uit om te zoeken naar een specifieke benadering voor die regio? Is dat noodzakelijk? Zo ja, wat zou dat kunnen zijn? Zijn dat die landbouwers? We kennen Boeren op een Kruispunt. Hun adviseurs worden al gevormd. Is dat een voldoende antwoord? Of moeten we durven te kijken naar een nieuwe specifieke benadering van die bijzonder kwetsbare groep?

De eerste strategie is de geestelijke gezondheidsbevordering. Er zijn heel wat initiatieven gestart. Dat kunnen we alleen maar toejuichen. Ik heb daar nog één vraag bij, die is eerder al in het kader van een schriftelijke vraag aan bod gekomen. De mediarijchlijnen hebben zich eigenlijk in eerste instantie gericht tot journalisten die verslag maken van bijvoorbeeld bekende Vlamingen die suïcide plegen, met andere woorden tot de journalistiek en niet zozeer tot fictie. We hadden voor de zomer de rampzalige – vind ik – slotuitzending van Thuis.

Het zou goed zijn dat ook bij dergelijke zaken rekening gehouden wordt met de Mediarijchlijn, zoals niet expliciet een methode in beeld brengen of daarover berichten. Het is niet aan de politiek om in te grijpen in het scenarioschrijven van fictiereeksen, maar tegelijk geeft de hoge piek van oproepen aan de zelfmoordlijn aan dat er minstens ruimte zou moeten zijn om met de schrijvers van fictie rond de tafel te zitten en na te gaan hoe mediarijchlijnen kunnen worden geïmplementeerd.

Minister, inzake de tweede strategie, laagdrempelige telefonische onlinehulp, kunt u met enige trots terugkijken op wat de voorbije jaren is gebeurd. De unieke toegangspoort 1813 is gecreëerd. Er is bloed, zweet en tranen aan voorafgegaan om organisaties, verenigingen, personen te laten samenwerken. Iedereen vindt dat iets zijn werkterrein is, en dat anderen niet te dicht moeten komen... Het is een moeizaam proces geweest, maar het is succesvol afgerond. De bekendheid van de portaalwebsite is enorm. 15.000 raadplegingen per maand, dat is best indrukwekkend.

Minister, ik hoop dat we in de toekomst de unieke toegangspoort zullen kunnen gebruiken om het belangrijke element van de ketenzorg en de rechtstreekse doorverwijzing zo vlot mogelijk te laten verlopen. Nu is het vooral een samenbrengen van bestaande expertise. Er is nog relatief weinig ondersteunend, therapeutisch handelen gelinkt aan de website. Dat zou nog een goede ontwikkeling zijn.

Ik heb geen vragen over de deskundigheidsbevordering. Of toch: de medewerkers van Boeren op een Kruispunt zijn gevormd, maar moet voor die doelgroep niet specifiek nog iets meer gebeuren? Zo ja, wat kan dat zijn?

Over het bestaan van specifieke risicogroepen verschilden we in het verleden niet echt van mening, maar er was wel wat spanning rond de vraag of een suïcidepreventiebeleid generalistisch moet zijn, of dat je doelgroepspecifiek moet werken. Het is voortdurend zoeken naar de beste combinatie. De doelgroep die ik zeer goed ken, zijn de holebi's en de transgenders. Daar leeft de vraag om iets bijkomends te doen. Ze zijn heel tevreden dat in het tweede actieplan de holebi's en transgenders als een specifieke hoogrisicogroep worden gedefinieerd, maar op het ogenblik van het lanceren van het plan stond daar nog geen concrete actie tegenover.

Collega's en ikzelf hebben, onder andere met vragen om uitleg, aangedrongen op meer actie dan alleen het benoemen van die groep. Er is dan een uitwisselingsdag gekomen, waarover de suïcide-experts en de holebi-transgenderexperts heel tevreden waren. Ze kennen elkaar nu en vertrouwen elkaar, want dat vertrouwen moest nodig groeien. Ze kunnen elkaar meer vorm en inzicht geven over hoe ze werken en wat ze al weten, maar dat biedt geen automatisch of noodzakelijk antwoord op de vraag of de suïcidepreventiestrategieën en -technieken de best denkbare zijn voor die doelgroep. Moeten we niet zoeken naar een doelgroepspecifieke benadering? Dat is ook een vraag naar middelen natuurlijk. Is er binnen het budget ruimte voor een taakopdracht of studie of onderzoek om de bestaande

expertise over suïcidepreventie en noden en behoeften bij holebi-transgenders samen te brengen in een zoektocht naar de meest adequate strategie?

Minister, ik begrijp dat u zich zult houden aan de timing die u eerder gaf, maar de ketenzorg is van cruciaal belang. Als we echt een maximaal effect willen van de zeer zinvolle bestaande initiatieven aangevuld met de nieuwe die we onderzoeken en er binnenkort zullen zijn, dan zullen we moeten voorkomen dat er gaten vallen tussen de vroegdetectie en alles wat daarop volgt. Elke doorverwijzing, elk gat tussen een behandeling en opvang verhoogt het risico dat het niet wordt opgevolgd en dus ook niet 100 procent doeltreffend zal zijn. Ik heb begrepen dat dit wordt meegenomen in de ontwikkeling van de interdisciplinaire richtlijn. We zullen moeten wachten wanneer we die kunnen voorstellen. Minister, ik kan alleen maar vragen dat u dat met alle middelen die u ter beschikking hebt, liever een maand vroeger dan een maand later dit model van ketenzorg naar voren schuift.

Minister, ik begrijp dat u het budget niet uit het hoofd kent, maar het zou interessant zijn om het naast de goedgekeurde raming te leggen. Waar staan we nu? Welk budget is in 2015 aan welke actie en strategie toegekend? Dat lijkt me zinvol, anders is het moeilijk in te schatten of de middelen adequaat worden aangewend.

Dan heb ik nog een particuliere bekommernis, met name de administratie. We kennen allemaal mevrouw Marjolijn Van den Berg, die een andere uitdaging heeft gevonden. Minister, ik zou het prettig vinden als u bevestigt dat het belang dat de administratie in de persoon van mevrouw Van den Berg aan preventie van suïcide besteedde, aan iemand anders goede zorg wordt toevertrouwd als expliciete taakstelling. Dat is absoluut noodzakelijk.

Dan heb ik nog een vraag voor mevrouw Portzky. In Nederland bestaat er een kliniek of een therapeutische setting voor suïcidepreventie voor het behandelen van suïcidale personen. Wordt dat meegenomen in de strategieën die nog worden ontwikkeld? Hebt u daar ervaring mee? Hebt u daar zicht op? Zouden we dat in Vlaanderen kunnen kopiëren? Waarom wel, waarom niet?

Minister, ik ga niet herhalen wat al is gezegd naar aanleiding van de studie van de socialistische mutualiteit. In de marge daarvan nog wel een vraag: hebt u zicht op de timing van de terugbetaling van klinisch psychologen? Uw federale collega is daarvoor bevoegd. In de algemene preventie zouden de erkenning en terugbetaling een belangrijk element kunnen zijn.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik heb enkele beschouwingen, en enkele politieke en ook technische vragen. Mijn beschouwing gaat over de keuze van de gezondheidsdoelstelling op zich. Het is heel belangrijk en nodig dat we dat richten op suïcide. Natuurlijk is suïcide een crisisfase van mensen met geestelijke gezondheidsproblemen. Het is van belang om preventief aan een goede geestelijke gezondheidszorg te werken. Dat is de eerste doelstelling. Is de gezondheidsdoelstelling op zich voldoende of moeten we die opentrekken naar een breder geestelijk gezondheidszorgbeleid waarin suïcide uiteraard een belangrijke factor is, maar ook andere aspecten van geestelijke gezondheidszorg worden opgenomen, om veel vroeger in te grijpen, maar ook om te vermijden dat we ons zouden focussen enkel op de groep mensen die tot suïcide overgaan? Dat moeten we altijd voorkomen.

Er is ook een grote groep mensen met geestelijke gezondheidsproblemen die kan worden gemist in programma's. De relevantie trek ik absoluut niet in twijfel. Het is noodzakelijk om suïcidepreventie te behouden, maar ik vraag me af of we die niet moeten opentrekken als doelstelling op zich. Minister, hoe ziet u de toekomst in de evaluatie van deze gezondheidsdoelstelling?

We stellen een goede geestelijke gezondheidszorg voorop, dat is de logische eerste stap. We weten hoe slecht we scoren. Er is nog steeds een groot taboe. Er worden veel acties opgezet om dat te doorbreken, om het bespreekbaar en toegankelijk te maken. 60 procent van de mensen zoekt geen hulp, maar als een klein aantal mensen de stap zetten en hulp zoeken, botsen ze vaak op een gebrekkig aanbod. De heer De Bruyn zei dat we moeten zorgen dat er geen gaten vallen in het zorgtraject, maar vandaag is dat de realiteit in de geestelijke gezondheidszorg. Er zijn veel tekorten en noden, het aanbod is onvoldoende, zeker voor minderjarigen.

In de centra voor geestelijke gezondheidszorg – de sector is ruimer, maar dat is toch een belangrijke factor – is er in de meeste provincies per honderd zorgzoekenden geen voltijds equivalent. In Limburg is er een halftijdse voor honderd zorgbehoevenden. Een halftijdse hulpverlener kan geen honderd mensen adequaat helpen. Er zijn enorme noden. Als je belt naar de cgg's, kun je soms niet op de wachtlijst komen omdat ze geen valse verwachtingen willen scheppen. Wat is jullie ervaring hierin? In welke mate ondermijnt het tekort in het zorgaanbod de gezondheidsdoelstelling? Als we een goede vroegdetectie en een heel toegankelijke eerste lijn hebben, is iedereen daarmee gebaat, maar zeker ook mensen met suïcidale gedachten.

Ik verbaasde me over de cijfers voor 2012. Ik vond dat heel traag gaan. Er werd me ingefluisterd dat we snel zijn in Vlaanderen, maar hoe komt het dat we nu pas cijfers hebben van 2012? Je zou zeggen dat die gegevens worden bijgehouden. We hebben toch geen twee jaar nodig om te weten dat er suïcide is. Hoe komt het dat er zoveel vertraging is met die cijfers? Zijn er manieren om dat te versnellen? Het zou interessant zijn om dat goed op te volgen.

Het is goed dat onze ziekenhuizen meewerken aan de cijfers over de pogingen. Daardoor hebben we ook goede cijfers. Ik vraag me af of de cijfers een onderschatting zijn of niet. Ik ga ervan uit dat niet elke suïcidepoging via een spoedopname in een ziekenhuis wordt opgevangen. Ik geloof dat er ook pogingen op andere manieren worden opgevangen, soms onder medische begeleiding. Weet u hoe groot de onderschatting daarvan is? Ik vind 28 per dag al dramatisch. Het zijn er 28 te veel, maar de realiteit ligt wellicht een stuk hoger.

Minister, we hebben in Vlaanderen een goed programma voor opvang. Als mensen effectief een suïcidepoging hebben gedaan, is er een goede opvang en een goed programma. Kun je uit de cijfers afleiden of mensen dank zij de goede zorg in Vlaanderen in vergelijking met andere landen minder vaak een tweede of succesvolle poging doen?

Bij de tweede strategische doelstelling vertrekken we van online en telefonische hulpverlening. Het is heel belangrijk dat we daarin stappen vooruit hebben gezet, dat we mee zijn. Fysieke hulpverlening blijft natuurlijk ook heel belangrijk. Zijn daar nog noden die we moeten versterken? U werkt met de ondersteuning van eerstelijns hulpverlening, maar is daar nog een extra portaalfunctie nodig?

De heer De Bruyn had het over een specifiek ziekenhuis zoals in Nederland. We moeten zo dicht mogelijk bij de mensen gaan staan, we moeten vooral zorgen dat er overall expertise is en dat iedere huisarts en elk cgg de instrumenten heeft veel eerder dan dat we een heel gespecialiseerde zorg hebben. Jullie hebben veel acties opgezet, maar is onze eerste lijn klaar? Hebben ze de capaciteit en de vaardigheden om daarmee om te gaan? Of blijft daar nog een grote nood?

Ik denk dat dat de grote lijnen van mijn vragen zijn. Ik heb nog één heel specifieke vraag over de focus op een aantal doelgroepen. De holebi's en transgenders worden als specifieke doelgroep erkend. De cijfers en de studies die ik heb ingekeken – en die natuurlijk nog heel schaars zijn – tonen aan dat de jonge lesbiennes, bi-meisjes en transgenders daarbinnen nog eens een extra kwetsbare groep vormen. Als er effectief concrete acties zijn, kunnen zij daarbij dan prioritaire aandacht krijgen?

Een doelgroep die niet wordt opgesomd als specifieke doelgroep, zijn mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond. We merken echter dat we vanuit de hulpverleningssector de vraag krijgen welke specifieke hulpverlening die doelgroep nodig heeft. We denken dan aan alle oorlogsvluchtelingen die er momenteel zijn. Zij hebben ongetwijfeld nood aan een andere geestelijke gezondheidszorg dan sommige andere mensen. De achtergrond van de mensen, de bagage is heel bepalend voor het type van geestelijke gezondheidszorg. Ik merk dat het geen specifieke doelgroep is. Ik vraag me af of het volgens jullie al dan niet nodig is om daar expliciet op in te zetten.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Het plan zelf is een goed plan, op vele manieren. Er is hard en lang aan gewerkt. Ook voor de start van de uitvoering heb ik alle lof.

Het is echter zo dat, ook al hoor ik hier en daar iets geruststellend, suïcide in Vlaanderen een enorm probleem blijft, niet alleen omdat de cijfers bijzonder hoog zijn, veel hoger dan in onze buurlanden, zonder dat er daarvoor een zeer aanneemelijke verklaring voor lijkt, maar ook omdat het iets is met een gigantische menselijke impact. De cijfers zijn niet goed. In het plan van mei 2015 van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie staat "dat er in de periode 2000 tot 2012 geen significante trend waarneembaar is in de cijfers en dat er vanaf 2007 bij mannen zelfs eerder sprake is van een duidelijk stijgende trend". Ik begrijp dat u dan zegt dat de cijfers elders omhoog gaan en hier niet en dat u daarom al bij al tevreden bent. U vertrekt echter van veel hogere cijfers. Ik vind dus niet dat wij daarmee tevreden mogen zijn. Het klopt dat ze niet nog verder stijgen, maar de cijfers zijn hier wel erg hoog.

Ik heb tegelijk veel lof voor het plan. Minister, ik zeg niet dat dat uw specifieke verantwoordelijkheid is. Er zijn zeer veel factoren in een maatschappij die mensen zo ver kunnen drijven. Ik denk niet dat u dat op uw eentje kunt aanpakken. Ik denk dat het een werk van velen is om de maatschappij mensvriendelijker te maken. Dat neemt echter niet weg dat ik toch denk dat we niet zo tevreden mogen zijn met de cijfers, ook al omdat hetzelfde rapport aanstipt dat tussen 2008 en 2013 de psycho-emotionele gezondheid van de Vlaming sterk is verslechterd. Eén op de drie Vlamingen ervaart psychische problemen en één op de vijf loopt een reële kans op een psychische aandoening. Dat cijfer is natuurlijk relevant in deze context. Het rapport spreekt dan ook van een significante stijging van het aantal Vlamingen dat ernstig denkt aan suïcide. Als er weinig beweging zit in de suïdecijfers, als er een groep is waarbij we het eigenlijk erger zien worden – ik haal dat uit uw eigen rapport – en als er daarnaast nog staat dat meer mensen ernstig denken aan suïcide, dan vind ik toch dat we dat blijvend verontrustend moeten vinden en dat we dat op die manier moeten blijven inpassen, zonder daarbij een soort van schuld op te werpen in gelijk welke richting.

Een van mijn vragen sluit aan bij de vraag van mevrouw Saeys over opvolging. Naargelang de studie en naargelang het rapport blijkt dat één op de tien tot één op de vier mensen met een suïdepoging geen verdere opvolging krijgen. Sommige komen op de spoed terecht en worden meteen verder gestuurd. U hebt gezegd dat iemand 150 keer meer risico loopt op een nieuwe poging als hij of zij er eerder een heeft ondernomen. Ik denk dat het dus erg belangrijk is dat elk van die mensen wordt opgevolgd. Op dat moment weet u dat het over iemand gaat waarbij het risico bijzonder groot is. Hoe wilt u dat concreet aanpakken? De registratie is nog niet volledig, het gaat over 70 procent van de ziekenhuizen. Ik denk dat elke mens die terechtkomt bij een arts en waarvan wordt vastgesteld dat die een poging heeft ondernomen, verdere opvolging verdient. Dat is een zeer belangrijk aandachtspunt. Hoe kan het dat we nog niet zover zijn? Hebt u een heel concreet plan om daar wel voor te zorgen?

Ik wil graag een aantal vergelijkingen aanhalen tussen Vlaanderen en Nederland. Ik verwijs naar het rapport van de KU Leuven, dat dieper ingaat op het grote verschil in suïcidecijfers. Wat blijkt? In de zogeheten nuldelijnshulp, bijvoorbeeld Tele-Onthaal, heeft Vlaanderen wel wat voorsprong. Ik geloof ook dat dat een belangrijke tool kan zijn bij specifieke groepen, maar dat het wel niet iets is dat zeer algemeen, overal en door iedereen in een bevolking als meest optimale middel of meest gepaste middel zal worden beschouwd. Voor een specifieke groep is dat echter zeker interessant. We hebben op dat vlak dus wat voorsprong.

Bij het zoeken naar formele hulp loopt het in Vlaanderen echter vaak mis als we vergelijken met Nederland. Het eerstelijns welzijnswerk en de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg zijn minder goed gekend en worden nog veel minder vaak gebruikt in Vlaanderen dan in Nederland. Men verklaart dat dan door de toegankelijkheid ervan en vooral door de beschikbaarheid. In Nederland is in huisartsenpraktijken en multidisciplinaire praktijken vaak een eerstelijnspsycholoog aanwezig. Dat is natuurlijk een ander systeem, maar dat lijkt daar wel soelaas te bieden. Er is ook terugbetaling van psychotherapie. Ik besef dat dat niet kan worden geregeld door de minister van Welzijn, aangezien het om een federale bevoegdheid gaat. Dat neemt echter niet weg dat door een grotere beschikbaarheid en toegankelijkheid – en dan heb ik het vooral over mensen en middelen binnen centra voor geestelijke gezondheidszorg – ook redelijk wat mensen aan een zeer haalbaar tarief kunnen worden opgevangen en geholpen in een soort van eerste- en tweedelijnsstelsel.

Daar knelt het schoentje. De doelstelling was eind 2011 op de gezondheidsconferentie Suïcidepreventie dat iedereen die er nood aan had, binnen de drie dagen terecht zou kunnen bij een cgg voor een crisisgesprek. U weet dat de wachttijden intussen sterk oplopen. Het is zelfs zo dat meerdere centra intussen een aanmeldingsstop hanteren, omdat ze het niet meer fair vinden de aanvragen nog op te schrijven aangezien de wachttijden zo hard oplopen. Mensen met iets of wat financiële middelen worden ook meteen doorgestuurd naar privépraktijken – wat begrijpelijk is – zodat men zich kan concentreren op de andere groep. Maar zelfs voor die groep lopen de wachttijden enorm op.

Ik denk dat er daar iets belangrijks aan de hand is. Je kunt natuurlijk kijken naar mensen die suïcide overwegen. Dan gaat er natuurlijk een alarmbel af, daarop moeten we onmiddellijk ingrijpen. Maar er zijn natuurlijk ook veel eerder in de tijd tekenen dat mensen zich niet goed voelen. Het kan zijn dat iemand zich aanmeldt met een geestelijke problematiek wanneer het nog niet zo erg is gesteld en dat we die dan misschien kunnen helpen met wat korter durende therapeutische ingrepen. Het zou kunnen dat het probleem groter wordt als die lang moet wachten. We zien dat we in Vlaanderen een probleem hebben op dat vlak. Mijn fractie wil daar zeer graag een oplossing voor vinden. We moeten ervoor zorgen dat mensen die zelf het signaal geven dat ze hulp nodig hebben, die hulp ook op tijd krijgen.

Ik wil daarbij niet enkel naar Vlaanderen kijken. Ook de federale overheid heeft een belangrijke rol. Vlaanderen kan echter al een deel doen. Op dat deel wacht ik.

Er is een zeer belangrijke rol voor onderwijs. Ik heb het dan niet per se louter over suïcidepreventie. Steeds meer onderzoeken wijzen uit – dat is iets van de laatste tien jaar – dat een van de meest kwalijke dingen die een kind kan meemaken in zijn ontwikkeling pesten is, het slachtoffer zijn van pestgedrag waartegen niet adequaat wordt opgetreden. Dat is een sluipend gif, iets enorm ziekmakend bij kinderen, dat in hun psychologische ontwikkeling een zeer grote impact heeft. Is het niet zinvol om, ook in het kader van suïcidepreventie, veel vroeger te beginnen kijken en denken wat de redenen zijn waarom kinderen en jongeren soms de weg kwijtraken? Soms zijn er een aantal genetische kwetsbaarheden, maar heel vaak zijn er omgevingsfactoren. Ik denk dat er, veel ruimer dan de

bevoegdheden van deze minister, omgevingsfactoren zijn, waaronder het schoolse leven, minstens 8 uur per dag, waarvoor wij aandacht zouden moeten hebben.

Misschien zou het interessant zijn om over dit thema van gedachten te wisselen met de minister van Onderwijs? Ik heb het dan breder over gewoon psychische gezondheid en welbevinden bij leerlingen, niet noodzakelijk uitmondend in suïcidepogingen. Ik denk dat daar een belangrijke tool kan liggen om te werken aan welzijn en veerkracht van leerlingen.

– *Bart Van Malderen treedt als voorzitter op.*

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Er is al veel gezegd. Twee of drie jaar geleden hebben wij dit, in de aanloop naar het plan, uitgebreid besproken in de commissie. We hebben ook uitgebreid hoorzittingen gehouden met heel wat betrokken organisaties die zeer interessant waren. Ik denk dat dit plan met de vijf strategieën, de strategieën en acties heel uitvoerig is. Als ik uw toelichting hoor, mevrouw Portzky, vind ik het indrukwekkend op hoeveel terreinen men in dit kader werkzaam is. Dat is natuurlijk ook nodig. Het is geen zaak van welzijn alleen of van een beperkt segment, geestelijke gezondheidszorg, alleen: het is iets dat we heel algemeen moeten aanpakken en waarbij veel mensen en organisaties moeten worden betrokken.

Elke zelfdoding is er één te veel. Dat is natuurlijk een open deur intrappen. Elke poging is er één te veel. Zelfs pogingen die niet worden geregistreerd, gaan gepaard met enorm veel miserie, niet alleen voor de mensen zelf die een suïcidepoging overwegen of die suïcidale gedachten hebben, maar voor heel de omgeving. Dat weegt heel, heel zwaar, vaak elke dag opnieuw. Het geeft de hele omgeving en de personen zelf een enorm gevoel van onmacht om om te gaan met die gevoelens of om in uw omgeving en familie om te gaan met iemand die suïcidale gedachten heeft. Ook daar is ondersteuning nodig, niet alleen aan de mensen die die suïcidegedachten hebben of een poging hebben ondernomen, maar ook aan de omgeving. Daarvoor is bespreekbaarheid ontzettend belangrijk. Gelukkig is er ter zake al heel wat geëvolueerd dankzij de acties die Vlaanderen hiervoor heeft opgezet. Het blijft echter een aandachtspunt.

Ik heb nog een aantal specifieke vragen over de acties die u hebt opgezet en die u jaar na jaar actualiseert. Eerst wil ik het hebben over de acties in verband met deskundigheidsbevordering bij hulpverleners. We denken dan heel vaak aan hulpverleners in de welzijnssector. Dat is natuurlijk terecht. Ik denk echter ook aan hulpverleners in de justitiële omgeving. U noemt ze ook heel specifiek: politie, parket en dergelijke. Het gaat over suïcidepogers zelf die op een bepaalde manier moeten worden opgevangen. Ook daar is veel werk aan de winkel wat de omgeving betreft. Hoe spreekt men mensen in de omgeving aan? Hoe meldt men slecht nieuws? De manier waarop dat gebeurt, is ontzettend belangrijk. Het kan trauma's vergroten of kan voor heling zorgen door begrip te tonen. Welke acties worden er specifiek in dat kader genomen?

We hebben niet lang geleden in de commissie een uitgebreide bespreking gehouden over onlinehulpverlening. Het is iets dat ontzettend evolueert, zeker met betrekking tot die suïcidepreventie. Het heeft het enorme voordeel dat mensen anoniem contact kunnen opnemen. Dat is tegelijkertijd het nadeel. We weten moeilijk wat er nadien gebeurt met mensen die in een crisissituatie online contact hebben gezocht voor informatie. Hoe gaan jullie daarmee om? Worden daar vragen rond gesteld? Ik begrijp dat registratie ter zake natuurlijk ontzettend moeilijk is, maar het zou wel enorm interessant zijn om daarover meer te weten te komen.

Er zijn in het verleden wel eens problemen geweest met betrekking tot de bereikbaarheid van de Zelfmoordlijn. We weten natuurlijk dat een omroep gemiddeld

ook wel heel lang duurt. Het is ook heel belangrijk bij welke hulpverlener men terecht komt. Die mensen moeten heel goed worden gescreend en opgeleid. Dat is geen eenvoudige opdracht. Ik doe echt mijn petje af voor de mensen die zich daarbij inzetten als vrijwilliger.

Zijn de problemen die er een tijd geleden waren, ondertussen opgelost? Zijn er ondertussen voldoende vrijwilligers op die piekmomenten, of is daar nog bijkomende inzet nodig?

Dan is er huisartsenlijn Advies Suicide Preventie voor Huisartsen en Andere hulpverleners (ASPHA). Ik heb daar in het verleden diverse keren vragen over gesteld. De eerste jaren waarin die lijn actief was, was het succes daarvan eigenlijk zeer beperkt, ondanks het feit dat we weten dat veel huisartsen vragen hebben, en dat ze zelf ook een risicogroep vormen. Er is dan een uitbreiding gebeurd naar andere hulpverleners. Wat zeggen de cijfers vandaag? Hebt u daar een zicht op? Is ter zake toch nog een bijsturing nodig?

Ik heb vorig jaar een antwoord gekregen op een schriftelijke vraag over het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO). Toen bleek dat veertien ziekenhuizen daar nog niet mee werkten. Het betrof dan bijvoorbeeld vooral ziekenhuizen die geen psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis (PAAZ) hebben. Misschien is dat kort door de bocht, maar als je logisch denkt, zou je zeggen dat mensen die daar terechtkomen, eigenlijk minder kans hebben op een goede opvolging dan mensen die in een ander ziekenhuis terechtkomen. Het lijkt me dus toch belangrijk dat alle ziekenhuizen daarmee werken. Minister, ik weet dat u in 2013 alle ziekenhuizen die niet deelnamen, hebt aangeschreven, om hun uitdrukkelijk te vragen of ze daar toch niet aan wilden meedoen. Toen zijn er een aantal toch op de kar gesprongen. Wat zijn vandaag de cijfers ter zake, en is er ook nog een bijkomende inspanning nodig om ziekenhuizen die daar nog niet aan meewerken, toch nog over de streep te krijgen?

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik sluit me aan bij de lofbetuigingen voor de uiteenzettingen, en ook bij wat al is gezegd door de andere sprekers. Ik heb een specifieke vraag over de ouderen. We hadden hier vrijdag ook een symposium over de geestelijke gezondheidszorg, ingericht door de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid. De minister heeft daar gesproken als inleider, en nadien sprak Lieven Annemans. Minister, ik heb u daarnet het bedrag horen noemen van 30.000 euro voor één galy voor ouderen, dacht ik. We weten dat het heel moeilijk is om bij ouderen die veerkracht op te wekken. Veerkracht opwekken, proberen de copingmechanismen aan te zwengelen, van jong tot oud: dat was ook de rode draad vrijdag. Bij ouderen is dat echter natuurlijk veel gemakkelijker gezegd dan gedaan. Minister, graag had ik van u wat meer uitleg over die aanpak bij ouderen, als dat mogelijk is. Eventueel mag dat schriftelijk nadien. Dat is immers toch wel heel moeilijk, terwijl die oudere populatie in aantal toeneemt. We zien dat veel maatregelen veeleer gericht zijn op een jonger publiek. Hoe wordt daarmee omgegaan? Kunt u die 30.000 euro per galy toelichten? Is dat voornamelijk personeelsinzet of is dat een bundeling van maatregelen?

De voorzitter: Mevrouw Portzky heeft het woord.

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Ik begin met de vraag over Fit in je Hoofd, en meer specifiek de vraag wanneer de resultaten met betrekking tot die evaluatie en die zelftest beschikbaar zijn. Oktober was inderdaad vooropgesteld. Ik weet dat men bij VIGeZ nu volop die resultaten aan het verwerken is, maar ze zijn op dit moment nog niet volledig klaar. We staan echter ook voortdurend in verbinding met VIGeZ. Dat

wordt dus opgevolgd. Misschien zullen die eerste resultaten veeleer eind deze maand, begin november beschikbaar zijn.

Mevrouw Kirsten Pauwels, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ): Misschien kan ik zelf ook nog even een aanvulling geven met betrekking tot de vraag of mensen die laag scoren op die veerkrachttest, ook daadwerkelijk doorgaan in het programma. Het is zo dat mensen die laag scoren, ook worden aangemoedigd om meteen een ander pad te volgen en de stap te zetten naar hulpverlening. Fit in je Hoofd is echt bedoeld als universele preventie, en eigenlijk niet voor mensen die al zware problemen hebben. We hebben er bij de ontwikkeling ook wel zo goed mogelijk op toegezien dat mensen die zeer slecht scoren, ook meteen de aanmoediging krijgen om, bijvoorbeeld, met de resultaten naar een hulpverlener te stappen, naar de huisarts te gaan, en niet bij Fit in je Hoofd te blijven.

We zijn natuurlijk ook benieuwd wat de resultaten zullen zijn bij die groep, maar in ieder geval wordt dat wel zeer actief gestuurd richting hulpverlening.

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Dan was er de vraag over de huisartsen en het project van Domus Medica. Dit project loopt tot eind 2015, dus ik vermoed dat we begin 2016 die resultaten zullen hebben. We hebben nu al de eerste resultaten binnengekregen met betrekking tot de cijfers. Tot op heden waren er eigenlijk nog geen specifieke zelfmoordcijfers voor huisartsen. Dit heeft men nu al volop verwerkt, zodat we al enigszins een zicht hebben op de cijfers, maar die moeten ook nog worden omgezet naar rates, dus het is eigenlijk nog wel wat te vroeg om daar iets over te zeggen.

Op de vraag of de doelgroep van vrouwen met een postnatale depressie ook niet een belangrijke risicogroep is, kunnen we alleen maar bevestigend antwoorden. We weten dat daar ook sprake is van een risico op suïcidaliteit. Daarom bekijken we momenteel volop wat mogelijke acties en methodieken zijn. Screening zit daar zeker bij. We zijn zeker aan het bekijken om dat toch zo veel mogelijk ook al standaard uit te voeren binnen de eerste dagen na de bevalling, met dan ook nog begeleidingsmogelijkheden. Daarvan zijn we zeker een voorstander. Er zijn ook gesprekken opgestart met het Huis van het Kind, om te bekijken welke mogelijkheden er daar zijn om ouders op te vangen. Er werd dus absoluut heel terecht opgemerkt dat dit ook een belangrijke doelgroep moet zijn. Die stond in het begin nog niet in het Vlaams actieplan, maar eigenlijk is dat een groep die er nu ook wel zal bijkomen.

Het klopt dat er regionale verschillen zijn. We weten dat Oost- en West-Vlaanderen altijd hogere zelfmoordcijfers hebben. Mensen kijken vooral naar West-Vlaanderen, maar eigenlijk wisselt het toch wel vaak af met Oost-Vlaanderen: het ene jaar is het West-Vlaanderen, het andere Oost-Vlaanderen. De hogere cijfers zijn dus inderdaad iets meer in het westen te vinden. Er is nog geen onderzoek gevoerd naar de factoren die dat risico zouden vergroten bij de Oost- en West-Vlaamingen. Op dit moment zijn het vooral hypothesen. Zo weten we op basis van andere wetenschappelijke onderzoeken bijvoorbeeld dat de mate waarin iemand communiceert over zijn problemen belangrijk is. We vermoeden dat West-Vlaamingen op dat punt iets meer gesloten zijn, Oost-Vlaamingen misschien ook. We vergelijken ook wel vaak met Limburg: daar zijn de zelfmoordcijfers het laagst. We vermoeden dat de Limburgers het op dat vlak beter doen. We hebben ook de locoregionale werkingen. Alle organisaties die daarbij zijn betrokken, zijn ook zeer goed op de hoogte van hun eigen regio, en van wat mogelijke specifieke factoren zijn. Wat West-Vlaanderen betreft, weten we inderdaad dat de boeren een belangrijke doelgroep vormen. We vermoeden ook dat in West-Vlaanderen meespeelt dat in bepaalde regio's de sociale aansluiting niet zo groot is, omdat je daar vaak nog heel kleine dorpen hebt, die ver weg van alles liggen. Die sociale aansluiting en de vereenzaming zijn toch ook wel belangrijk. We hopen ook dat het project met betrekking tot netwerkvorming locoregionaal zeker ook belangrijk kan zijn ter zake.

Het is een absoluut terechte opmerking dat de mediarijhtlijnen niet alleen belangrijk zijn voor alles wat te maken heeft met werkelijk gebeurde suïcides, maar ook voor fictie. Voor alle duidelijkheid, toen de mediarijhtlijnen werden ont-wikkeld, zijn we er niet van uitgegaan dat die enkel bedoeld zijn voor het be-richten over werkelijke suïcides. Alle onderzoeken geven aan dat berichten over suïcide op een goede manier moet gebeuren, zowel voor fictie als voor non-fictie. We hebben immers ook gegevens waaruit blijkt dat pure fictiereeksen de suïcidecijfers kunnen verhogen. Dat was wat ons betrof dus zeker niet enkel voor non-fictie, maar de journalisten hebben dat er enigszins zelf van gemaakt. We zetten er nu dus vooral heel sterk op in om die journalisten duidelijk te maken dat dit voor alles geldt. We hebben ondertussen ook specifieke theaterrijhtlijnen uitgeschreven, om ook nog eens duidelijk te maken dat het ook daar belangrijk is dat suïcides op een goede manier worden weergegeven, zeker omdat heel wat theaterstukken ook voor jongeren zijn bedoeld, en dat is eigenlijk de meest kwetsbare groep als het om media gaat. Voor alle zekerheid hebben we die dus ook specifiek uitgeschreven. We benadrukken momenteel dus extra dat het evengoed voor fictie geldt.

Dan ging het over Zelfmoord1813 en de mate waarin dat ook als een poort voor ketenzorg kan dienen, met de vraag of die stap naar therapeutisch handelen, naar face to face niet nog kan worden gezet. Dat is inderdaad een doelstelling die we zeker nog hebben voor Zelfmoord1813, absoluut. Dat zal uiteraard ook wel de moeilijkste stap zijn om te realiseren. We bekijken momenteel volop of we ergens met tussenstappen moeten werken. We hopen dat we, ook door het onderzoek naar die nieuwe behandelingsvormen, daarna twee effectieve groeps-therapieën hebben, die bijvoorbeeld de tussenstap kunnen zijn om in eerste instantie op korte termijn in een crisis suïcidale mensen te helpen, waarna verder kan worden doorgeschakeld. Dat staat echter zeker in onze planning voor de komende jaren.

Dan was er ook de vraag in hoeverre het suïcidepreventiebeleid veeleer genera-listisch moet zijn, of ook gericht op doelgroepen, zoals de doelgroep van de hole-bi- en transgenderpersonen. Moeten we hen ook niet specifiek als een doelgroep nemen en er diverse acties op richten? We proberen eigenlijk zo veel mogelijk de beide te doen. De eerste opzet is alle acties zo breed mogelijk te maken en erop in te zetten dat al die acties voor iedereen kunnen gelden. Bijvoorbeeld Zelf-moord1813 moet echt voor iedereen toegankelijk zijn. We hebben ook aan onze collega's in de holebi- en transgenderverenigingen gevraagd om Zelfmoord1813 grondig te screenen, om na te gaan of dat nog moet worden aangepast, zodat hun doelgroep zich ook aangesproken voelt. Ze hebben dat ondertussen gedaan. We hebben ook kleine aanpassingen gedaan, om er zeker van te zijn dat die doelgroep zich ook aangesproken voelt. Dat is dus ons eerste doel: ervoor zorgen zo veel mogelijk acties te hebben die voor iedereen gelden.

In tweede instantie bekijken we waar het nodig is dat er nog iets extra komt. Uit het onderzoek dat we nu hebben opgestart naar de psychische problemen, en specifiek de suïcidaliteit, bij holebi- en transgenderpersonen zullen we eigenlijk meer indicaties moeten krijgen over wat er nodig is. Zijn er nog extra acties no-dig? Welke zijn die heel specifieke risicofactoren die we niet bereiken via ons al-gemene beleid? We wachten de resultaten van dat onderzoek dus af.

Dan was er de ketenzorg, met de bekommernis dat het toch wel heel belangrijk is om dat op te volgen. Ook het belang daarvan kunnen we voor 100 procent be-amen. Het is inderdaad nodig dat elke suïcidepoging op alle momenten heel goed wordt opgevolgd, dat er geen gaten zijn. Dat zal absoluut enerzijds een onder-deel zijn van die multidisciplinaire richtlijn, waarin we een algemeen kader zullen uittekenen, en specifieke handvaten zullen aangeven hoe een optimaal keten-zorgpad voor een suïcidepoging eruitziet.

Dat wordt in de zorg voor pogers al opgenomen. Elk meewerkend ziekenhuis heeft een eigen zorgpad om in de regio de pogers zo goed mogelijk te begeleiden. Er zal zwaar worden op ingezet.

De mensen van de Nederlandse polykliniek waren op het symposium van 2014 aanwezig. In die regio werkt dat centrum erg goed. Er werken psychiaters, verpleegkundigen en psychologen die bij de mensen aan huis gaan. We weten wel nog niet hoe effectief hun werking is. Onderzoek daarover is nog niet verricht. We volgen die werking wel op. We willen dat elke hulpverlener, op welke lijn ook, kan omgaan met de suïcidale personen. De vraag rijst dan of een specifiek op het probleem gericht centrum werkzaam kan zijn. We willen in elk geval meer resultaten kennen van de werking in Nederland.

Waarom focussen we bij de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen enkel op zelfmoord? De vraag is terecht. Op de eerste gezondheidsconferentie van 2002 bleek duidelijk dat suïcide het meest urgente probleem is. De gevolgen zijn het zwaarst. De cijfers uit de overlijdenscertificaten zijn ondubbelzinnig. De cijfers zijn duidelijk en jaar na jaar op te volgen. Dat betekent niet dat we ons enkel richten op suïcide. Suïcide is slechts het eindpunt. Bij de preventie van zelfdoding gaan we immers uit van het zogenaamde UZI-model, waarmee we universeel, heel breed gaan werken om te voorkomen dat er geestelijke gezondheidsproblemen zouden ontstaan. We doen dat door de Vlaming veerkrachtiger te maken en tools te geven om met stress om te gaan, en door ouders te ondersteunen. De volgende stap is selectieve preventie, gericht op mensen met psychische problemen en een verhoogd risico op suïcidaliteit: de nabestaanden, personen met een psychose of een postnatale depressie. De kleinste groep betreft de suïcidale mensen.

In het project zullen we de twee nieuwe behandelingsvormen onderzoeken. De bijkomende bedoeling is ook om aan het probleem van de wachtlijsten te kunnen verhelpen. Het betreft twee groepsmethodieken waarbij de behandeling acht tot tien weken duurt. Ze staan dus toe om op korte termijn bij een grote groep mensen acute suïcidaliteit aan te pakken, hopen dat dit toestaat om de instroom van die mensen naar groepstherapieën sneller te laten gebeuren.

De zelfmoordcijfers zijn slechts tot 2012 beschikbaar. In vergelijking met andere landen doen we het niet slecht. Nederland beschikt sinds kort over de cijfers voor 2014. Ook Ierland heeft die voor 2014. Maar dat is het dan zo ongeveer. Binnen enkele weken zullen wij de cijfers voor 2013 krijgen. Wij zitten dus niet slecht, al is het natuurlijk wel zo dat ook wij de cijfers voor 2014 al zouden willen hebben. De administratie maakt ons duidelijk dat de opvraging van de cijfers via de overlijdenscertificaten geen eenvoudige zaak is. Dat gebeurt op federaal niveau, voor zowel Vlaanderen als Wallonië. Het verklaart waarom het wat moeizamer gaat.

Zijn de cijfers over de suïcidepogingen een onderschatting? Dat is zeker zo. Het betreft uitsluitend de bij medici gemelde pogingen. In 35 tot 40 procent van de suïcidepoginggevallen loopt men geen of amper iets op. Het is dus niet zo dat enkel de pogingen met zware gevolgen worden gemeld. Veel huisartsen zullen toch geen risico's nemen en naar een spoedafdeling doorverwijzen. Samengevat: er is zeker een onderschatting, en dat is wellicht bij suïcidepogingen van jongeren nog iets meer het geval. Een op zeven gevallen van zelfbeschadigend gedrag is nergens gekend, zo blijkt uit onze eigen registratie.

Het is moeilijk te zeggen of de opvang van suïcidepogers ervoor zorgt dat er geen tweede of derde poging komt. Dat is moeilijk te zeggen, want de registratie is anoniem en vertrouwelijk. We kunnen de mensen die worden opgevangen, nadien niet opvolgen. We registreren wel of het om een eerste, tweede of derde poging gaat. Het aantal daalt toch lichtjes naarmate het om meer pogingen gaat. De opgevangen mensen waarvan het niet de eerste poging is, daalde lichtjes,

van 56 procent van het totale aantal opgevangen gevallen naar 52 procent. Meer informatie hebben we niet.

Wat suïcidepreventie betreft, hebben we geen gegevens om te zeggen dat iedereen actief op de eerste lijn er klaar voor is. We zetten daar volop op in, met vormingen. De multidisciplinaire richtlijn heeft zeker ook de bedoeling om ook de eerste lijn op het vlak van de opvang van suïcidale personen zo deskundig mogelijk te maken. U hebt gelijk wanneer u zegt dat eigenlijk iedereen, iedere burger, met suïcidaliteit moet kunnen omgaan.

Holebi's en biseksuele meisjes zijn verantwoordelijk voor hogere cijfers. We wachten nog op informatie uit het recent gestarte onderzoek: klopt het dat die groep van de groep van Lesbians, Bisexuals, Gays and Transgenders (LBGT's) nog hoger scoort? We willen de risicofactoren inventariseren, en kijken welke hulpmiddelen we moeten aanwenden.

Moeten personen met een andere etnische achtergrond een doelgroep zijn? We hebben over hen weinig gegevens. In Nederland staat men al iets verder met het onderzoek. De beperkte gegevens tonen aan dat onze Vlaamse populatie niet hoger scoort, wellicht omdat we in het algemeen hoog scoren. We hebben meer cijfers nodig. De registratie van suïcidepogers leert ons dat die groep lager scoort dan het gemiddelde. Op dit ogenblik zijn er geen aanwijzingen dat die groep hoger scoort. Dat moet verder worden onderzocht.

Mevrouw Van den Bossche, het klopt dat de cijfers voor Vlaanderen en België hoog zijn, en hoog blijven. In vergelijking met andere landen en ook kijkend naar de impact van de economische crisis zijn we een klein beetje gerustgesteld, maar dat mag niet betekenen dat we tevreden mogen zijn. We moeten blijven inzetten op remediëring. Er is een duidelijke band met de economische crisis en de werkloosheidscijfers. Dat leidt in andere landen tot een enorme toename van suïcide. We vreesden dat dit ook bij ons een impact zou hebben, maar dat viel toch enigszins mee. De cijfers blijven evenwel verontrustend, en we moeten ons via het actieplan blijven inzetten.

We staan erop dat elke suïcidepogers wordt opgevolgd, ook pogers die weinig letsels opliepen.

We weten dat het soms minder ernstig lijkt doordat een ziekenhuis eerst medische zorgen aanreikt. Maar voor ons is elke suïcidepoging ernstig, en we moeten ze allemaal opvolgen. We blijven inzetten, samen met Zorg voor Suïcidepogers en met de cgg-suïcidepreventiewerking, om meer van die ziekenhuizen geëngageerd te krijgen. We bereiken nu 75 procent, maar we moeten dat hoger krijgen. De ziekenhuizen die niet meewerken, zeggen dat ze al veel doen en dat ze het zelf kunnen. Het is voor ons moeilijk om na te gaan of dat klopt. We blijven ernaar streven om elk Vlaams ziekenhuis mee te krijgen. De goede deskundige evaluatie en opvang moeten worden aangeboden, en ook het nazorgtraject moet voor elke poger worden geïnstalleerd.

Als het gaat om anonieme hulpverlening, doet Vlaanderen het beter dan Nederland. Uit onderzoek is gebleken dat Vlamingen meer open staan voor anonieme hulpverlening. Dat heeft wellicht iets te maken met de aard van de Vlaming, die de anonimiteit verkiest boven het zetten van de stap naar de hulpverlening. In Nederland is men al jaren heel sterk bezig met de eerste lijn. Ook in Vlaanderen wordt er steeds meer op ingezet. De vragen over terugbetaling moet, denk ik, minister Vandeuren beantwoorden. Voor de suïcidepreventie is het hoe dan ook erg belangrijk dat de eerste lijn zo breed mogelijk wordt opgezet, zodat de toestroom van patiënten via die weg optimaal kan gebeuren.

U geeft heel terecht aan dat kinderen en jongeren die gepest worden, een doelgroep vormen. Vanuit suïcidepreventie vinden we het zeer belangrijk dat er zo

vroeg mogelijk in het onderwijs maar ook in andere settings met kinderen en jongeren aan de slag wordt gegaan. Een van de preventieve acties waar wij enorm achter staan, is het aan kleutertjes aanleren van copingsvaardigheden: hoe ga je om met moeilijkheden en problemen? In het buitenland zijn er programma's rond emoties en dergelijke die al in de kleuterklas starten en in het lager onderwijs doorgaan. Er zijn in Vlaanderen zeker goede projecten, zoals Leef-sleutels. We moeten de jongeren weerbaar maken, maar we moeten hun ook aangeven waar er opvang is bij pestgedrag of bij andere problemen.

Ondersteuning van de omgeving is enorm belangrijk. De hulpverleners zien dat de omgeving en de familie soms even radeloos en wanhopig kunnen zijn als de suïcidale persoon. In het kader van de ondersteuningsvaardigheden bij ouders heeft het VLESP een inventarisatie gemaakt van wat er in Vlaanderen hierrond gebeurt, bijvoorbeeld in cgg's. Er wordt met de omgeving rekening gehouden, maar dan wel meer in de rand van therapie, ontwikkelingsanamnese en hetero-anamnese. Wij hopen in het project van ouderondersteuning meer handvatten, methodieken en tools te kunnen aanreiken, om in eerste instantie de ouders te ondersteunen en begeleiden, maar daarna hopelijk ook de bredere omgeving. We mogen in dit traject ook de broers en zussen niet vergeten. Niet alleen met de ouders maar ook met het gezin wordt rekening gehouden.

In welke mate wordt nu in de justitiële omgeving rekening gehouden met de hulpverleners? Vanuit de suïcidepreventiewerking van de cgg's zet men echt wel in op de vormingen die worden gegeven.

Ik weet dat er regionale verschillen zijn. In bepaalde regio's heeft men echt goede contacten met de gevangenis. Zo weet ik dat de cgg-suïcidepreventiewerking nauw samenwerkt met de gevangenis van Gent, ter ondersteuning van zowel de gedetineerden als van de mensen die daar werken. Dan zijn er de slechtnieuwsmeldingen. Mensen die bijvoorbeeld bij de brandweer, de politie of de ambulancediensten werken, moeten allemaal worden opgeleid. Dat gebeurt ook bij het CPZ. Hoe ga je om met de omgeving, hoe geef je slechtnieuwsmeldingen?

Mevrouw Kirsten Pauwels, directeur Centrum ter Preventie van Zelfdoding (CPZ): U zegt terecht dat online het voordeel biedt van een anoniem contact. Dat is heel laagdrempelig. We merken dat we er met heel veel mensen spreken die nog nooit over zelfmoordgedachten hebben gesproken, zelfs niet met een hulpverlener. Het nadeel is inderdaad dat we niet weten wat er gebeurt met die mensen. We werken binnen een heel specifiek kader. We hopen altijd dat de mensen na een online-contact of een telefonisch contact met de Zelfmoordlijn, dat werd ingezet als crisISOVERBRUGGING, wel die stap zullen zetten naar reguliere hulpverlening. We weten niet wat er gebeurt met de mensen die we spreken. We weten wel dat spreken de drang om te handelen vermindert. Zolang de mensen met ons in gesprek blijven, zolang we ze vast hebben... Mensen weten dat we hen niet kunnen opsporen, dat verklaart het succes van de onlinehulpverlening, waar die drempels zijn weggewerkt. We blijven wel nood hebben aan de stappen daarna. Hoe krijgen we die mensen bij de hulpverlening? We moeten wel voorzichtig zijn. Heel veel mensen zijn er niet klaar voor om onmiddellijk na de onlinehulpverlening te worden doorverwezen naar de reguliere hulpverlening. Het blijft een heel moeilijke evenwichtsoefening.

Is het probleem van de bereikbaarheid van de Zelfmoordlijn 1813 opgelost? Er is heel hard gewerkt aan de uitbreiding van de bereikbaarheid door sterk in te zetten op de rekrutering van extra vrijwilligers en door de samenwerking tussen het CPZ en Tele-Onthaal. Op piekmomenten zijn de pieken echt gigantisch, bijvoorbeeld bij het overlijden van een heel bekend persoon. Dan moeten we roeien met alle riemen die we hebben. Dan schieten we sowieso te kort. Er zijn op dit moment voldoende vrijwilligers om op gewone momenten de verwachte bereikbaarheid te garanderen. Op piekmomenten kunnen wij meer vrijwilligers gebruiken.

Beide organisaties bekijken nu of er op de efficiëntste manier wordt samengewerkt en hoe er kan worden bijgeschaafd. Ons doel blijft om elk persoon die aan suïcide denkt zo snel mogelijk een gesprek te geven met een getrainde vrijwilliger. We blijven daar hard aan werken, dat blijft een constante zorg.

Een derde van de oproepers van de Zelfmoordlijn bestaat, tot twee jaar geleden, uit mensen die zich zorgen maakten om iemand anders. Het is op zich oké dat mensen die zich zorgen maken de stap zetten naar een laagdrempelige lijn. Met de komst van zelfmoord1813.be hebben we heel veel informatie en handvatten voor de omgeving op de website geplaatst. Het aantal oproepen daalt daardoor. In de evaluatie van de website zien we dat dat het deel is waar heel veel naar gekeken wordt en dat de mensen daarover heel tevreden zijn. Door deze kleine ingrepen verhogen we de efficiëntie voor de crisisdoelgroep.

ASPHA, dat gisteren toevallig vijf jaar bestond, is ondertussen volledig geïntegreerd in het CPZ. We beschouwen het niet meer als een apart project. Dat levert ons niet heel veel inzet en moeite op. De expertise is aanwezig.

In de voorbije 5 jaar zijn er 450 oproepen geweest. Het aantal stijgt de laatste jaren. De getallen zijn niet gigantisch. 40 procent van de oproepen komt van huisartsen, de rest van andere hulpverleners. We blijven inzetten op de bekendheid van die lijn. De tevredenheid is zeer groot, maar de bekendheid blijft beperkt. 25 tot 30 procent van wie we naar de bekendheid van de lijn vroegen, geeft aan de lijn niet te kennen. Er is dus nog heel veel groeimarge. We zien wel dat het helpt: hulpverleners kunnen er ventileren en spreken over hoe ze kunnen omgaan met een potentiële suïcidecliënt. We geloven echt wel in de meerwaarde van dit initiatief.

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Bieden ziekenhuizen zonder IPEO-project een minder goede opvang? Dat weten wij niet, en wij zijn daar voorzichtig mee. We weten wel wat het belang is van een goede evaluatie en opvang. Er is uiteraard een bezorgdheid. Het is een specifiek aandachtspunt binnen het Vlaams actieplan, om die 75 procent naar 100 procent te brengen.

Wij hebben andere cijfers dan de socialistische mutualiteit. De cijfers van de socialistische mutualiteit gingen over het aantal mensen die na een poging worden opgevolgd door een huisarts of psychiater. Wij constateren dat de psychologen daar niet bij zijn. Ik ben zelf psycholoog, en ik heb patiënten. Van veel van mijn patiënten hoor ik dat ze enkel bij een psycholoog willen gaan en niet bij een arts of psychiater. Zij willen geen medicatie, wel gesprekstherapie. Ik wil mij niet uitspreken over of dat nu beter is of niet. Het feit dat de psychologen niet in die cijfers zijn opgenomen, heeft toch een invloed. Uit de registratie van Zorg voor Suïcidepogers weten wij dat er voor 90 procent van alle pogers een zorgpad wordt opgesteld, met echte nazorg. In die zin zijn wij er toch wel zeker van dat het minder dan een kwart is dat niet wordt opgevolgd.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Ik wil deze mensen bedanken. Ik denk dat iedereen het met mij zal eens zijn dat zij op een zeer goede manier de voortgang van het actieplan maar ook de wetenschappelijke evidentie en de publieke communicatie over het thema opnemen. Dat is ook belangrijk. Als een beleidsvoerder of politicus daarover in een debat iets moet zeggen, gaat het altijd over politiek. Het is goed dat dit kan gebeuren vanuit een objectieve benadering en een wetenschappelijke onderbouw, en bovendien ook nog eens goed in de media gebracht. Dat is een goede zaak, indachtig het principe "Ministers komen, ministers gaan, maar het VLESP zal altijd bestaan." In die zin moet ik hun die pluim geven.

Er zijn nog een paar zaken die meer beleidsmatig van aard zijn. De mediarijlijnen vormen toch wel een issue. Ze zijn misschien door de founding fathers and mothers bedoeld als algemene aanbevelingen voor 'de' media. Maar het is vrij snel een issue geworden waarvan de Journalistenbond en diegenen die met het ethisch optreden en de deontologie in de media bezig zijn gezegd hebben dat zij het ter harte nemen. Maar door de evenementen met het programma op de VRT is dit issue duidelijk naar voren gekomen. Wij moeten ons afvragen of het zich ook richt tot productiehuisen en niet tot diegenen die journalistiek met dat thema bezig zijn. Daar voel je heel duidelijk dat er toch wat appel moet worden gedaan op de medewerking van de een en de ander.

We hebben contact gehad met het kabinet van minister Gatz en met de vereniging die de deontologie bewaakt van de journalisten. Zij zeggen natuurlijk dat ze niet verantwoordelijk zijn voor wat zich afspeelt in de wereld van de fictie. Dat is een punt. We moeten nadenken over hoe we dat kunnen doen. Het is niet zo eenvoudig. Het gaat over Vlaamse producties, maar dan begint een veel breder debat over hoe dat met internationale producties moet gaan. Hoe we dat kunnen aanpakken om te beantwoorden aan de initiële ambities, blijft voor mij een vraag.

De cijfers dan. We springen niet echt uit de band met het tempo van de registratie, maar er is ook een technisch punt. Al de overlijdensberichten of attesten moeten individueel worden gescreend. Dikwijls is dat een probleem omdat sommige zaken hun weg vinden via een proces-verbaal van de politie. Dat wordt daar verwerkt en dat geeft soms moeilijke discussies over de cijfers van de federale politie. Er zijn enerzijds antwoorden op vragen aan de federale minister van Binnenlandse Zaken en anderzijds de cijfers die wij produceren, en daar zit wat vertraging op. Onze administratie verklaart dat door de grondigheid en de zeer casuïstische benadering waarop dat moet worden geëvalueerd. Als je de buitenlandse cijfers met onze grondige cijfers vergelijkt, is het nog maar de vraag of iedereen die internationaal rapporteert, dat op dezelfde manier doet. Misschien maakt dat de vergelijking ook wat moeilijker.

De ketenzorg is natuurlijk een cruciale zaak, zowel waar het gaat over pogers die in de ziekenhuizen toekomen als over pogers die bij hun huisarts of op een andere plaats de eerste zorg krijgen. We hebben het instrument voor de opvolging van suïcidepogers die op de spoed terechtkomen, zowel de volwassenen als de minderjarigen. 75 procent van de algemene ziekenhuizen – met name spoed- en psychiatrische afdelingen – doen mee. Voor 89 procent van de patiënten wordt in die ziekenhuizen een zorgpad opgesteld. Daarmee wordt de vervolgzorg vanuit het ziekenhuis georganiseerd. Het gaat meestal over residentiële opnames, maar voor een derde toch over mensen voor wie ambulante trajecten worden opgemaakt. Soms is het niet duidelijk of mensen die afspraak ook volgen. Die worden niet exclusief met cgg's gemaakt, er kunnen ook psychologen of psychiaters bij zijn.

We kunnen die opvolging dus niet altijd helemaal construeren, maar de huisarts verwittigt over het algemeen vrij consequent. De studie van de socialistische mutualiteiten toont Belgische cijfers. Er zijn contacten nagegaan met huisartsen en psychiaters, maar niet met andere zorgverstrekkers. Dat maakt de vergelijking van de cijfers niet zo gemakkelijk.

We proberen de andere ziekenhuizen te overtuigen om daar wel aan deel te nemen. We hebben al een poging gedaan in 2014, maar we doen dat nu opnieuw via verschillende insteken. In het kader van het kwaliteitsindicatorenproject geestelijke gezondheidszorg gaan we onder de rubriek patiëntveiligheid meten in welke mate de voorzieningen mensen met suïcidaal gedrag en suïcidepogers kwaliteitsvol opvolgen.

Wanneer suïcidepogers zijn opgenomen, probeert men te kijken naar de aanmeldingsprocedure, of er wachttijden zijn. Ook dat zullen we meenemen in ons

indicatorensysteem. Er wordt ook ingezet op deskundigheidsbevordering als het gaat over die opvolging. Dan komen we terecht bij de richtlijn die nog in ontwikkeling is. We proberen ook suïcidepogers op te volgen. Er wordt ingezet op outreaching of de methode om telefonisch of via een sms-kaartje contact te leggen. Er zijn technieken die voor de betere opvolging van suïcidepogers worden ingezet.

De organisatie Zorg voor Pogers onderneemt nu met de preventiewerkers van de cgg acties om de ziekenhuizen extra te overtuigen om mee te doen. In Antwerpen is er een herbronningsmoment voor dat project in december rond zorgcontinuïteit. Daarvan zullen we gebruikmaken om na te gaan of we ziekenhuizen kunnen overtuigen om daar vooralsnog bij aan te sluiten. U kunt natuurlijk ook allemaal een schriftelijke vraag stellen om te weten welke ziekenhuizen nog niet deelnemen. Misschien kan dat helpen om hen te overtuigen. Er zijn er die er een verklaring voor hebben, dus moeten we dat misschien ook wat nuanceren.

De werkgroep van Onderwijs is al een tijdje bezig aan integriteit en daaraan is de problematiek van het pesten toegevoegd. Men meldt me dat dat actieplan inderdaad in opbouw is binnen Onderwijs. Ook binnen de Vlor is er een overlegplatform geïnstalleerd met mensen van Onderwijs om de problematiek van het pesten en wetenschappers prioritair te blijven aanpakken. Het budget in 2015 is 3.309.693 euro. We hebben nog een paar projecten gedaan met de eenmalige mogelijkheden die er nog zijn.

We hebben aan de cgg's gevraagd om op te lijsten welke methodes ze gebruiken om een creatief antwoord te bieden aan het wachtlijstenprobleem. Die zaken zijn binnen. Dat moet worden verwerkt in een coherent overzicht. Indien zou blijken dat er een beroep kan worden gedaan op een meer beroepsgerichte benadering, kan dat helpen om het probleem aan te pakken. Onze overtuiging is dat zowel online als groepsgerichte therapieën een deel van het probleem zouden kunnen helpen oplossen. De grond van de zaak is dat het cgg nog altijd sterk geïnstitutionaliseerd is, zeker in vergelijking met Nederland. Er is nog altijd de verwachting dat de projecten van artikel 107 – de circuits voor kinderen en jongeren – de mogelijkheid moeten kunnen bieden om meer ambulante zorg te verstrekken. Dat staat met zoveel woorden in dat plan dat met de federale overheid is afgesproken. Ik ben ervan overtuigd dat in dat perspectief nog opportuniteiten bestaan. Op een internationale schaal hebben we meer dan voldoende psychiatrische bedden. De kwestie is alleen ze op de juiste manier in te zetten en de toegankelijkheid van de zorg te vergroten door ook ambulante mogelijkheden te faciliteren.

Wanneer zal de terugbetaling een feit zijn? Ik heb er goede hoop op dat het federale niveau dat effectief zal uitrollen. Ik heb geen zicht op de timing, maar het staat in het federale regeerakkoord. Het is voor ons belangrijk te weten onder welke randvoorwaarden dat zal gebeuren, want ik ga ervan uit dat men niet breed zal zijn, maar het zal toespitsen op bepaalde situaties.

Deze morgen was ik op het congres van de specialistische diensten die met eetstoornissen bezig zijn. Ook daar is de vraag om bepaalde terugbetalingen mogelijk te maken. Dat lijken indicaties die zouden kunnen verantwoorden dat men dat doet. Maar nogmaals, ik moet met twee woorden spreken, want het is een federale bevoegdheid.

Mijnheer De Bruyn, ik kan u verzekeren dat de administratie zal proberen een goede opvolging te verzorgen. De betrokken persoon heeft puik werk verricht. We moeten ervoor zorgen dat de opgebouwde knowhow wordt geborgd.

Mijnheer Persyn, u had het over de 30.000 euro voor projecten inzake sociale cohesie en aansluiting. De gezondheidseconomen zeggen ons dat het een relatief duur project is omdat het te maken heeft met de ondersteuning en de creatie van sociale netwerken rond mensen. Dat is een vrij arbeidsintensieve aangelegenheid.

Professor Annemans beschouwt 30.000 euro als de grens waarop men zich mag afvragen of het qua investering en gezondheidswinst nog maatschappelijk aanvaardbaar is. Onder dat bedrag wordt aanvaard dat het verantwoord is. We zitten daaronder. Als het gaat over het project inzake de strategie voor het verhogen van competenties van mensen die signalen kunnen herkennen, is de kost versus het resultaat veel beter dan dit project. Het is natuurlijk een project dat nog maar pas is opgestart en waarvan de uitrol nog moet gebeuren. Als we de routine hebben en als we het kunnen integreren in andere elementen van ouderenzorg, kunnen we daar ook een andere uitkomst voor krijgen.

De voorzitter: De heer De Bruyn heeft het woord.

Piet De Bruyn (N-VA): De tijdsduur waarin we dit behandelen, is gerechtvaardigd gezien het maatschappelijk probleem en de brede belangstelling. We zijn vragende partij om dit over twee jaar te herhalen.

Minister, ik ben blij dat u een zeer voluntaristisch engagement hebt uitgesproken ten opzichte van het VLESP. Ministers komen, ministers gaan, het VLESP zal altijd blijven bestaan. We zullen u daar op tijd en stond aan herinneren.

Minister, kunnen we het totaalbudget ook uitgesplitst per actie, per strategie krijgen? Kan dat bij het verslag worden gevoegd? De poster waarvan sprake heeft al een eerste leven gehad en is al uitgetest bij bepaalde doelgroepen. Wat zou het vervolg kunnen zijn? Welke verdere verspreiding wordt daaraan gegeven?

Minister, u kondigde twee onderzoeken aan over holebi's en suicide, een over het algemeen welbevinden en de specifieke noden, maar wat is dan het tweede onderzoek?

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Het tweede onderzoek is minder suïcidespecifiek, maar meer gericht op seksueel grensoverschrijdend gedrag. Uit het rapport bleek dat holebi's en transgenders daar vaker mee worden geconfronteerd dan hetero's. We willen een eerste kwalitatief onderzoek doen door interviews te doen met slachtoffers om de omstandigheden in kaart te brengen, om daar mogelijke preventieve acties voor op touw te zetten. Dat is een eerste verkennend onderzoek.

De poster was inderdaad eerst uitgetest in een heel specifieke setting, namelijk bij mensen van psychiatrische urgentiediensten.

Daaruit bleek dat de effecten eigenlijk vrij minimaal waren, maar we zaten daar al met een hoogopgeleide groep. Daardoor hebben we nu beslist om de poster vooral te gebruiken voor de vormingen die door de suïcidepreventiewerking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg worden gedaan en die eigenlijk heel breed zijn. Dat is dus zowel voor privépsychologen als voor huisartsen, CLB's en mensen die met ouderen werken. We hebben de poster ook specifiek gemaakt naargelang het gaat om volwassenen, jongeren en ouderen. Die risicofactoren en die signalen zijn immers specifiek per groep. Eigenlijk zal dat nu heel breed worden ingezet binnen de sector van de geestelijke gezondheidszorg.

Piet De Bruyn (N-VA): Ik heb nog een opmerking, ook voor mevrouw Van den Brandt. Ik heb weet van één onderzoek, een masterproef van Mariska Bauwelinck vorig jaar aan de VUB met betrekking tot suïcidale acculturatie, het verschil in zelfmoordgedragingen bij diverse etnische groepen. Zij zegt heel kort samengevat dat Belgen in alle leeftijdscategorieën enzovoort het hoogste risico hebben, en de Turks-Marokkaanse populatie het laagste, en daartussenin zit de Italiaanse populatie. Dat zijn de drie populaties die ze heeft bezocht. Als je naar de tweede generatie kijkt, dan zie je dat het risico bij de Turkse en Marokkaanse bevolking wel stijgt, maar nog altijd veel lager blijft dan bij de Belgische bevolking. (*Opmerkingen van Elke Van den Brandt*)

Dat is inderdaad een interessante vraag. Is dat dan omdat ze meer onze leefstijl aannemen en geaccultureerd raken, of heeft dat andere oorzaken? Ik denk echter dat de studie op zijn minst een screening waard is.

Mevrouw Gwendolyn Portzky, coördinator Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP): Absoluut.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik zal eerst daarop ingaan. Dat was ook de reden waarom ik die vraag stelde. We kennen die cijfers. Met deze gezondheidsdoelstelling richten we ons op suïcide, maar suïcide heeft een aantal componenten, zoals een culturele. We weten dat het suïcideaantal in een aantal regio's hoger ligt dan in andere. Dat betekent niet dat mensen met een andere etnisch-culturele achtergrond minder problemen hebben qua geestelijke gezondheid, maar misschien uiten ze zich anders en moeten die ook anders worden behandeld. Daarom vind ik het belangrijk dat we bij onze gezondheidsdoelstelling altijd die brede kijk aanhouden. De focus op suïcide is nodig. Die moet er zijn, die mogen we niet loslaten, maar die mag niet de enige zijn, anders missen we dat misschien. Daarom heb ik de beide vragen gesteld, en als ik de antwoorden naast elkaar leg, dan voel ik me enigszins toch wel bevestigd: we moeten die brede scope in het oog blijven houden. Ik ben blij dat de suïdecijfers bij een aantal bevolkingsgroepen lager liggen. Dat is uiteraard positief. Het is dan de uitdaging die laag te houden, maar niet als dat betekent dat er een groter taboe rust op problemen qua geestelijke gezondheid, of dat die minder worden behandeld. Dat lijkt me een belangrijk aandachtspunt.

Minister, ik heb nog een belangrijke opmerking voor u. Ik hoor u zeggen te zullen inzetten op die groepsaanpak, op die online aanpak. Dat is belangrijk. Dat is goed. Ik zal dat niet ontkennen. Dat mag echter niet in de plaats komen van een antwoord wat de wachtlijsten betreft. We zitten met wachtlijsten, die enorm en onaanvaardbaar zijn. Het aanbod aan geestelijke gezondheidszorg in onze regio is te beperkt. De cgg's zijn onderbemand. U kunt zeggen dat er een efficiëntieoefening enzovoort moet zijn, maar we weten dat er ook gewoon een middelenoefening moet gebeuren, dat er een groeipad moet komen, zodat de geestelijke gezondheidszorg toegankelijk is, zodat die mensen die we dan overtuigen om die stap naar die hulp te zetten, ook hulp vinden, zodat ze niet op een wachtlijst botsen of zich moeten richten tot hulpverlening die ze eventueel niet kunnen betalen. Het is heel belangrijk dat ze toegankelijke hulp hebben. Het is goed dat we werken aan een nieuwe methode. Het is goed dat we kijken naar groepsprocessen. Het is goed dat we kijken naar online hulpverlening. Dat mag echter niet in de plaats staan van een groeipad voor de geestelijke gezondheidszorg, en ik betreur heel sterk dat dat groeipad er niet is. We kennen de noden, en ik meen dat we op basis van een behoefteonderzoek een ernstig groeipad zouden moeten uitzetten. Ik meen dat het een ondermijning is van deze gezondheidsdoelstelling, maar eigenlijk van de geestelijke gezondheidszorg van heel Vlaanderen en Brussel, dat dat groeipad er niet is en er ook in de komende begroting blijkbaar geen middelen voor zijn.

Freya Van den Bossche (sp.a): Ik had ook de vraag gesteld naar meer middelen voor de cgg's, na toch een periode van besparingen en steeds langere wachttijden, met mensen die worden geweigerd, met aanmeldingsstops ook. Minister, ik heb daarbij ook gezegd dat ik niet alle heil van u alleen verwacht. Ik verwacht nogal veel van de initiatieven die federaal kunnen worden genomen, maar dat ontslaat u niet van uw verantwoordelijkheid om hier binnen die cgg's wél te zorgen voor een aanbod dat de vraag dekt, om op zijn minst een perspectief te geven in de richting van een dekkend aanbod. Ik heb alweer geen enkel antwoord gekregen. Alweer hebt u enkel verwezen naar de overzijde. Ik vind dat u dat gerust mag doen. Ik heb dat zelf ook gedaan. Ik vind echter niet dat u dat enkel mag doen.

Ik vind dat u ook in het eigen hart moet kijken, en ervoor moet zorgen dat u voldoende middelen bij elkaar spaart, zij het over meerdere jaren gespreid, om daar

eindelijk iets aan te doen. We zijn hier allemaal, wars van de grenzen tussen meerderheid en oppositie, bekommerd om het psychisch welzijn van de Vlaming. We hebben het over de meest extreme vormen van een gevoel van onbehagen, dat zich dan kan vertalen in suïcide of pogingen daartoe. We betreuren al dat menselijk leed ten zeerste. We weten dat we ter zake deels preventief zouden kunnen werken, door simpelweg mensen op de juiste momenten in hun leven goede gezondheidszorg, ook geestelijke, te bezorgen, tegen een haalbare prijs. Ik vind dat deze Vlaamse Regering ter zake ernstig in gebreke blijft.

De voorzitter: Ik dank jullie van harte voor de aangehouden inspanning. Ik denk dat ik de appreciatie van iedereen mag herhalen en bevestigen.

De gedachtewisseling en de vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het N-VA-voorstel inzake kinderbijslag
– 3034 (2014-2015)

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over kinderbijslag en het voorstel om de voorwaarden dienaangaande te wijzigen
– 3036 (2014-2015)

VRAAG OM UITLEG van Chris Janssens aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het voorstel van een regeringspartij om het recht op volledige kinderbijslag afhankelijk te maken van een minimum verblijfsduur in het land
– 3062 (2014-2015)

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het recht op kinderbijslag
– 3064 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Voorzitter, minister, geachte leden, het is intussen een tijdje geleden, maar dit heeft heel veel stof doen opwaaien. Op een bepaald moment werd aangekondigd dat er in de federale Kamer een wetsvoorstel zou worden ingediend, dat ervoor pleit om pas een volledige kinderbijslag uit te betalen aan mensen die vier jaar wettelijk in ons land verblijven. Dat is een voorstel van de N-VA. De achterliggende gedachte was dat dit de sociale zekerheid zou kunnen blijven garanderen voor alle Belgen, omdat die volgens die partij onder druk zou komen te staan door de vluchtelingenstroom. Nochtans vormen de kosten voor de kinderbijslag voor erkende vluchtelingen in ons land slechts 0,1 procent van het totale budget voor kinderbijslag. De impact op onze sociale zekerheid zal er zijn, we mogen die niet ontkennen, maar die zal niet van dien aard zijn dat onze sociale zekerheid daardoor meteen de prullenmand in vliegt. De overige 99,9 procent van die 6 miljard euro gaat namelijk niet naar vluchtelingen, en ik meen dat we als warme en zorgzame regio moeten bekijken hoe we mensen een goede start kunnen geven, en er niet enkel naar moeten kijken hoe we de eigen bevolking een goede start kunnen geven.

De bevoegdheid voor de kinderbijslag is overgeheveld naar de deelstaten. Alvast bij ons heeft dat meteen voor wat opzoekwerk gezorgd: hoe kan dit federaal zijn en waarom is dit geen Vlaams voorstel, aangezien die bevoegdheid intussen bij de

deelstaten zit? De Vlaamse Regering werkt momenteel ook aan een systeem voor de regeling van de kinderbijslag. Minister, wij hopen althans dat u hard aan het werken bent daaraan.

De federale N-VA-fractie is zich daarvan bewust, maar wil toch in het kader van een goed asiel- en migratiebeleid dat kinderbijslagsysteem aanpassen. Ze zou ter zake op zoek gaan naar een juridische mogelijkheid. We hebben hierover in de plenaire vergadering een debat gehad, waarbij dat eigenlijk werd ontkracht door onze minister-president. Hij stelde dat men het regeerakkoord trouw en loyaal zou uitvoeren. Dat is positief. Minister, in dat licht ga ik ervan uit dat u negatief zult antwoorden op deze vragen.

Zal dit voorstel worden meegenomen in het uitwerken van de Vlaamse kinderbijslag? Zal er daadwerkelijk rekening worden gehouden met een eventueel federaal voorstel om de kinderbijslag pas na vier jaar volledig toe te kennen? Hoe zal de gewaarborgde kinderbijslag vorm krijgen in het nieuwe systeem? Komt er een gelijkschakeling met de reguliere kinderbijslag? Zullen alle kinderen in het Vlaamse kinderbijslagsysteem gelijk worden behandeld of zullen er verschillende categorieën worden geïntroduceerd, en wat zullen die categorieën zijn, voor de reguliere kinderbijslag, maar ook voor de gewaarborgde kinderbijslag? Zal het gaan over dezelfde systemen? Komen er in die twee systemen nog aparte categorieën?

Ziet u een federale bevoegdheid om die aanpassing te doen? Ik hoor immers zeggen dat men zal respecteren wat er in het Vlaamse regeerakkoord staat. In het federale regeerakkoord staat het niet. Stel dat er federaal daadwerkelijk een juridische mogelijkheid is en u wordt verplicht om die te volgen, dan hebt u natuurlijk wel een probleem. Hebt u hierover overleg gepland met de staatssecretaris voor Asiel en Migratie? Ik vind het immers positief dat ons asiel- en migratiebeleid wordt afgestemd op het welzijnsbeleid, dat daarover wordt nagedacht, alleen vind ik dit geen positieve manier om dat te doen. Het lijkt me echter wel constructief om na te denken over het voeren van een totaalbeleid.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, minister, geachte leden, inderdaad al enkele weken geleden heb ik een vraag ingediend over hetzelfde thema, namelijk het voorstel dat, naar ik heb begrepen, federaal intussen ook daadwerkelijk is ingediend om de voorwaarden voor de kinderbijslag te wijzigen. Het voorstel houdt in dat een volledig kindergeld enkel wordt toegekend aan mensen die vier van de jongste tien jaar in België hebben gewoond. Concreet zou het erop neerkomen dat iemand die een jaar wettelijk in ons land verblijft, recht heeft op 25 procent van het kindergeld, na twee jaar op 50 procent, na drie jaar op 75 procent, en uiteindelijk na vier jaar een volledige uitbetaling van het kindergeld zou krijgen.

Minister, dat deed meteen toch wel vragen rijzen bij ons, zeker met betrekking tot de bevoegdheid. Met de zesde staatshervorming werd de bevoegdheid met betrekking tot de kinderbijslag immers overgedragen naar de deelstaten, en is dat dus een Vlaamse bevoegdheid geworden. Ik verwijs naar artikel 5, paragraaf 1, IV, van de Bijzondere Wet tot Hervorming der Instellingen, dat stelt dat de gezinsbijslagen integraal een exclusieve persoonsgebonden aangelegenheid zijn. In de toelichting van het voorstel van de bijzondere wet wordt uitdrukkelijk gesteld dat het gaat om de volledige wetgevings-, uitvoerings- en controlebevoegdheid. In het Vlaamse regeerakkoord is met betrekking tot de kinderbijslagen de volgende bepaling opgenomen: "De bevoegdheid inzake gezinsbijslagen komt in het kader van de zesde staatshervorming over naar Vlaanderen. Dit geeft ons de kans om het huidige systeem te vereenvoudigen. (...) We behouden de geboorte- en adoptiepremie en zien kinderbijslag als een recht van het kind, ongeacht de socio-professionele status van de ouders. We maken werk van een vereenvoudiging van het huidige systeem

waarbij we de rangorderegeling en leeftijdstoelage afschaffen. Elk kind is gelijk, bijgevolg voorzien we in een gelijke basiskinderbijslag. We behouden een toeslag voor kinderen met bijzondere zorgnoden en de wezen. Om kinderarmoede te bestrijden voorzien we voor kinderen die opgroeien in een gezin met een laag inkomen in een sociale toeslag. De inkomensgrens van deze toeslag is gezinsgemoduleerd en houdt dus rekening met de gezinsgrootte. De Vlaamse overheid neemt zo snel als mogelijk de uitbetaling van de Vlaamse gezinsbijslag over van FAMIFED (ten vroegste (...) 1 januari 2016, uiterlijk (...) 31 december 2019). We voorzien hierbij in voldoende overgangstijd zodanig dat er een naadloze overgang kan gebeuren en waarbij we de gezinnen zo maximaal mogelijk van negatieve effecten vrijwaren." Dat is de letterlijke tekst van het Vlaamse regeerakkoord.

Minister, is, gelet op de bepalingen in de Bijzondere Wet zoals opgenomen in de zesde staatshervorming, de federale overheid nog bevoegd om voorwaarden te bepalen met betrekking tot het recht op kinderbijslag? In hoeverre stroken dergelijke voorstellen met het Vlaamse regeerakkoord en de daarin bepaalde elementen in verband met de gezinsbijslagen?

De voorzitter: De heer Janssens heeft het woord.

Chris Janssens (Vlaams Belang): Minister, in feite is dit debat al zonder voorwerp geworden, aangezien de minister-president bij het debat over de Septemberverklaring in de plenaire vergadering heeft gezegd dat hij als N-VA-minister-president het voorstel van het N-VA-Kamerlid in feite al verwerpt, blijkbaar nog voor hij het heeft gelezen. We hebben dat debat over de Septemberverklaring immers op 30 september in het Vlaams Parlement gevoerd, en het wetsvoorstel van mevrouw Smeyers is op 7 oktober ingediend in de federale Kamer van Volksvertegenwoordigers. Ofwel heeft mevrouw Smeyers dus niet geluisterd naar de minister-president, ofwel heeft ze nadien nog contact met hem opgenomen, is hij misschien alsnog tot voortschrijdend inzicht gekomen en heeft ze haar wetsvoorstel aangehouden. In die zin is het wel interessant. Dan rijst natuurlijk de vraag hoe ernstig dit is voor de N-VA. Hoe ver willen ze daarin gaan? Het voorstel is ingediend nadat de minister-president het in principe al in het Vlaams Parlement had verworpen, dus willen we wel eens weten hoe hard de N-VA dit ook wil spelen op het niveau van het Vlaams Parlement.

Het is ook interessant eens te informeren naar het standpunt van een andere coalitiepartner, van Open Vld. Dat idee komt oorspronkelijk van mevrouw Rutten, want zij stelde al voor om de toegang tot de sociale zekerheid van nieuwkomers te beperken. Anderen hebben hier al verwezen naar de hervorming van de kinderbijslag en naar de basisprincipes in het Vlaams regeerakkoord, ik ga dat niet herhalen.

Vanuit de Vlaamse Regering is al gereageerd: door de minister-president, maar ook door u. Enkele weken geleden liet u in een krant optekenen dat de N-VA de bevoegdheidsverdeling miskent. Want het voorstel is in de federale Kamer ingediend, terwijl kinderbijslag een Vlaamse bevoegdheid is geworden. In dezelfde krant stond ook dat u in september op de ministerraad zou hebben gevraagd of iemand aan het kindergeld zou willen raken, maar dat de N-VA toen geen kík heeft gegeven. Dat zei u zo. Ik veronderstel dat u in uw antwoord zult toelichten wat u daarmee bedoelt.

Minister, werd dit voorstel al besproken in de schoot van de Vlaamse Regering? Zo ja, wat was het resultaat van deze bespreking? Werd u inmiddels reeds gecontacteerd door de N-VA of Open Vld betreffende een eventuele hervorming van het kinderbijslagstelsel in de zin van wat in het wetsvoorstel van het federale Kamerlid staat? Indien niet, hebt u zelf al contact opgenomen met de coalitiepartners om te bespreken of en hoe dit voorstel in de discussie over de hervorming van de kinderbijslag zal worden opgenomen?

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp.a): Voorzitter, minister, collega's, mijn vraag is ingegeven door het voorstel van uw coalitiepartner, daarin vrij snel bijgetreden door een andere coalitiepartner om het tot vandaag universele basisrecht van elk kind voorwaardelijk te maken. Enkel kinderen waarvan de ouders de afgelopen tien jaar minstens vier jaar hebben bijgedragen aan de sociale zekerheid zouden nog dezelfde rechten op kinderbijslag hebben.

Dat voorstel breekt met de visie dat elk kind evenveel meetelt. Er zijn twee redenen die volgens mijn fractie kunnen rechtvaardigen dat de toelage per kind varieert: omdat de opvoedingskost hoger ligt – bijvoorbeeld omdat het kind ouder wordt of omdat het kind een handicap heeft, wat verklaart waarom mijn fractie het principe van de leeftijdstoelage en van het verhoogd kindergeld voor kinderen met een beperking verdedigt –, ofwel omdat het kind gezien zijn sociaal-economische achtergrond extra compensatie nodig heeft om gelijk aan de meet te komen – wat verklaart waarom mijn fractie een kinderbijslag verdedigt die hoger ligt voor kinderen die opgroeien in armoede.

Dat de belangrijkste – of grootste – partij in de Vlaamse Regering nu onbekommerd deze principes overboord wil gooien en de gezinsbijslag niet langer ziet als een onvoorwaardelijk recht van alle kinderen, doet vrezen voor de hervorming van de kinderbijslag die op stapel staat. Dat ook uw andere regeringspartner lijkt mee te stappen in dat verhaal en de kinderbijslag voorwaardelijk wil maken, helpt natuurlijk niet om onze ongerustheid weg te nemen. Zo lijken twee partners in de regering de principes die zijn afgesproken in het regeerakkoord en in uw beleidsbrief nogal vlot overboord te gooien. Het zal niet eenvoudig zijn om een hervorming van de kinderbijslag uit te werken waarmee uw coalitiepartners het eens zullen zijn. Ik mag hopen dat u ons kunt garanderen dat u voor hen niet overstag zult gaan.

Minister, kunt u garanderen dat aan het principe dat de kinderbijslag een onvoorwaardelijk recht is van elk kind, op geen enkele manier zal worden geraakt? Op welke manier wilt u de kinderbijslag aanwenden om kinderarmoede te bestrijden? Worden in de scenario's en de simulaties die u laat uitvoeren ter voorbereiding van de hervorming van de kinderopvang ook simulaties uitgevoerd die kinderbijslag op een of andere manier voorwaardelijk maken? Als dat het geval is, welke zijn dat dan? Hoe ver staat het werk ter hervorming van de kinderbijslag? Is er al meer zicht op de precieze tijdslijn van de hervorming, en op de aard ervan? Op welke principes baseert u zich om de nieuwe kinderbijslagen vorm te geven?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, collega's, het nieuwe Vlaamse kinderbijslag-systeem zal vertrekken van de principes opgenomen in het Vlaams regeerakkoord. Het basisprincipe dat aan de grondslag ligt van de toekomstige Vlaamse kinderbijslag, stelt dat kinderbijslag het recht van het kind is. De beleidsnota 2014-2019 Welzijn, Volksgezondheid en Gezin bevestigt dit. Een onvoorwaardelijk recht staat dan ook haaks op het opleggen van verblijfsvoorwaarden, voorwaarden met betrekking tot afkomst of statuut of een fasering van de uitbetaling van de kinderbijslag. Voorwaarden zijn onverenigbaar met het Vlaams regeerakkoord. De band met het sociaal-professioneel statuut dat aan de grondslag ligt van het huidige kinderbijslagsysteem, wordt verbroken. Dat leidt onvermijdelijk tot het verdwijnen van de gewaarborgde gezinsbijslag. Er komt één globaal systeem. De loskoppeling van de kinderbijslag en het sociaal-professioneel statuut leidt ertoe dat elk kind met een wettelijk verblijf in Vlaanderen recht zal hebben op kinderbijslag.

Het federale voorstel houdt inderdaad geen rekening met de bevoegdheidsverdeling zoals bepaald in de Bijzondere Wet tot Hervorming van de Instellingen van 8 augustus 1980. Die wet draagt de grondwettelijk verankerde bevoegdheid inzake

de gezinsbijslagen over aan de Vlaamse Gemeenschap. In de huidige transitiefase kunnen inzake essentiële elementen van de kinderbijslag geen wijzigingen worden aangebracht, tenzij via een samenwerkingsakkoord met de andere bevoegde entiteiten. Ik werd niet gecontacteerd inzake voorstellen die het recht van het kind als grondslag van een Vlaamse kinderbijslag wensen te herroepen. Evenmin is hierover overlegd met de staatssecretaris bevoegd voor het asiel en de migratie.

De minister-president heeft tijdens de bespreking van de Septemberverklaring in het Vlaams Parlement met betrekking tot de kinderbijslag uitdrukkelijk bevestigd dat een kind een kind is en dat geen afwijkingen op dit principe in het Vlaams regeerakkoord zijn opgenomen. Tijdens de besprekingen over de acties van de Vlaamse Regering met betrekking tot de vluchtelingenproblematiek kaartte ik het thema aan. De Vlaamse Regering sprak af dat in de huidige context geen initiatieven worden genomen, zoals nagaan of er een samenwerkingsakkoord moet worden gesloten. Inzake ons vluchtelingenbeleid wordt de vigerende wetgeving gewoon toegepast. Er werden geen afwijkingen op het aangehaalde basisprincipe gevraagd en bijgevolg ook niet opgenomen in het afgesproken maatregelenpakket.

Vlaanderen grijpt met de overheveling van de kinderbijslag alleszins de opportuniteit aan om de ondersteuning van gezinnen doelmatiger aan te pakken en een geïntegreerd gezinsbeleid uit te werken. We zullen daartoe diverse beleidskaders beter op elkaar afstemmen. In de schoot van de Vlaamse Regering zijn we bezig met de voorbereiding van het nieuwe Vlaamse kinderbijslagsysteem. De besprekingen vertrekken van de principes van het Vlaams regeerakkoord. Naast het reeds vernoemde recht van het kind, bevat het Vlaams regeerakkoord ook andere principes: de afschaffing van de rangorde en de leeftijdstoelage, de invoering van een sociale toeslag voor gezinnen met een laag inkomen om kinderarmoede te bestrijden en het behoud van de toeslag voor kinderen met een ondersteuningsnood en voor wezen. Ook de geboorte- en adoptiepremie blijft behouden.

Het Vlaams regeerakkoord onderschrijft ook het principe dat kinderbijslag wordt ingezet als instrument in de strijd tegen kinderarmoede. Wij onderschrijven de doelstelling die de beleidsnota 2014-2019 Armoedebestrijding herneemt om het aantal kinderen dat in armoede wordt geboren te halveren. Kinderbijslag is een belangrijke hefboom die de Vlaamse Regering ter beschikking heeft om deze doelstelling te behalen. Er worden dan ook geen voorwaarden opgenomen in de simulaties met betrekking tot de kinderbijslag.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik dank u voor het duidelijke antwoord. Ik vind het goed dat de Vlaamse Regering niet meegaat in die aanpak. De zaak lijkt afgehandeld. Ik volg op hoe het wetsvoorstel in de Kamer wordt aangepakt, en welke juridische invalshoek wordt gezocht. Als er geen vraag is geweest om te overleggen over een samenwerkingsakkoord en er ook geen intentie is om dat te doen, dan lijkt dit dus van de baan te zijn.

De hervorming van het kinderbijslagsysteem is dat nog niet. U herhaalt nog eens de afspraken die in het regeerakkoord zijn opgenomen. Wat is de stand van zaken? Welke timing hanteert u om met een conceptnota naar het Vlaams Parlement te komen? Hier somde u erg algemene punten op. Hoe groot zal de toeslag zijn? Wie zal die toeslag krijgen? Wordt dat een uniforme of een degressieve toeslag? Ik heb begrepen dat er een studie over de levensduurte en de leeftijdstoelage wordt uitgevoerd.

Mijn laatste opmerking is deze: als we kinderbijslag echt als een instrument in de strijd tegen kinderarmoede willen aanwenden, dan is een veel progressiever systeem nodig, met de hoogte van de kinderbijslag in functie van het gezinsinkomen en het vermogen. Groen heeft ter zake een model uitgewerkt, en de KU Leuven heeft een berekening gemaakt waaruit blijkt dat dit het meest efficiënte model is om kinderarmoede aan te pakken. Ik hoop dus dat u dat voorstel alsnog ernstig neemt.

U fronste de wenkbrauwen toen ik mijn vraag over de studies stelde. Ik herformuleer die vraag: kunnen wij een exhaustieve lijst krijgen van alle studies inzake de kinderbijslag die het kabinet of de administratie hebben besteld – van wie best betaalt, tot welk type van bijslag is aangewezen? We kunnen daar dan vragen over stellen.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, uw antwoord is heel duidelijk. We zijn er erg tevreden mee.

Chris Janssens (Vlaams Belang): Minister, ik onthoud uit uw antwoord vooral twee zaken. Een: u bevestigt dat het voorstel van de N-VA een bevoegdheidsoverschrijding is. Uw coalitiepartner heeft eigenlijk een bizar voorstel gedaan, want het komt neer op een pleidooi voor de herfederalisering van een Vlaamse bevoegdheid. Twee: dit voorstel van de Kamerfractie van de N-VA mag worden toegevoegd aan het rijtje van voorstellen dat ten behoeve van de achterban via de pers wordt verspreid, maar uiteindelijk in de regering of het parlement geen boter bij de vis oplevert.

We zullen in elk geval een initiatief nemen om een gelijkaardig voorstel in dit Vlaams Parlement in te dienen. Hier hoort de discussie thuis. Zo willen we tegemoetkomen aan de bekommernissen van zowel de voorzitter van Open Vld Rutten als aan die van de initiatiefnemer van het N-VA-voorstel, alsook aan hun beider fracties. Zo willen we hen de kans geven om zich hier in het Vlaams Parlement alsnog uit te spreken over hun voorstellen over de beperking van de toegang tot kinderbijslag voor nieuwkomers.

Freya Van den Bossche (sp.a): Ik druk mijn waardering uit voor het feit dat stelt dat u onder druk niet zult bezwijken en dat u het onvoorwaardelijk recht zult blijven waarborgen. Maar mijn vraag over de timing blijft relevant. Ik vrees immers dat u weinig ruimte krijgt om een hervorming door te voeren als u niet tegemoetkomt aan die toch wel luid verkondigde eis van een belangrijke coalitiepartner, die daarin bovendien wordt bijgetreden door een andere.

Kinderbijslagen zijn er. Er is geen man overboord als er geen hervorming komt en als ze blijven wat ze zijn. In dat geval blijven de leeftijdstoelagen dan ook bestaan. Ik herinner u er graag aan: zolang u geen voorstel op tafel legt dat tegemoetkomt aan wat uw partners willen, blijft het huidige systeem in stand. En over dat systeem zijn heel wat mensen behoorlijk tevreden. In dat geval is er eigenlijk niets aan de hand. Dat betekent dat u dus in een vrij comfortabele positie zit, ondanks het feit dat uw partners er anders over denken. Laat u zich dus vooral niet opjagen: zolang u niets onderneemt blijft het systeem, dat behoorlijk goed werkt, bestaan. Ik hou mijn hart vast voor de eventuele wijzigingen. Mocht u het beter kunnen maken, graag. Maar zolang dat niet kan, behoudt u wat mij betreft maar beter wat er al is.

Tine van der Vloet (N-VA): Ik geef vanuit mijn fractie enkele opmerkingen en weerleggingen van antwoorden of vragen die ik hier heb gehoord.

Mevrouw Smeyers heeft dit op federaal niveau ingediend omdat zij het op het niveau van het verblijf bekijkt. Dat is nog steeds een federale aangelegenheid. Ook de thema's asiel en migratie zitten nog altijd op het federale niveau. Zij wilde een signaal geven dat wij niet blind mogen zijn voor wat er allemaal gaat komen. We zien dat de huidige instroom aanhoudt. Het is meer dan ooit nodig om te bekijken hoe we onze sociale zekerheid kunnen beschermen, willen we de draagkracht ervan niet langzaam zien eroderen.

Ik hoor verschillende collega's zeggen dat wij niet elk kind gelijk willen behandelen. In ons voorstel staat duidelijk dat het systeem geldt voor elk kind, of het nu gaat over een kind van een vluchteling of een arbeidsmigrant of een gezinshereniging of een Vlaming. Na vier jaar wettig verblijf in ons land zal ieder kind een

volledige kinderbijslag krijgen. Elk kind krijgt hiermee een zelfde behandeling. Op dit moment krijgen kinderen van vluchtelingen en subsidiair beschermden vanaf dag één een gewaarborgd kinderbijslag, terwijl kinderen van geregulariseerden, gezinsherenigers en arbeidsmigranten dat pas na vier jaar krijgen. Dit werd in 1984 ingevoerd door de CVP. Met dit voorstel wordt dit gelijkgetrokken en zal elk kind gelijk worden behandeld.

Mevrouw Van den Brandt, uw cijfer van 6 miljoen euro dateert van 2013. Als wij, met de cijfers die we nu hebben, nieuwe berekeningen zouden maken, zou het gaan om 90 miljoen euro per jaar. Dat is toch wel een heel groot verschil.

Mevrouw Van den Brandt, u vraagt zich ook af of het juridisch al dan niet kan. Wij denken dat dit juridisch een goede kans maakt omdat wij in Denemarken een gelijkaardig systeem toegepast zien.

Mevrouw Van den Bossche, u stelt dat kinderen enkel en alleen de kinderbijslag zouden krijgen als hun ouders in dit land zouden werken en bijdragen. U hebt het voorstel niet goed gelezen en wilt misschien opnieuw aan paniekzaaijerij doen. *(Opmerkingen van Freya Van den Bossche)*

Het gaat er niet om dat die mensen moeten bijdragen tot de sociale zekerheid. Er staat nergens in dat die mensen hier moeten werken. Het gaat over een wettig verblijf. In onze ogen bestaat er toch een grondig verschil tussen het verblijf en de bijdrage tot de sociale zekerheid. U vermeldt ook dat een kindje van een mama van 18 jaar die nooit heeft gewerkt, ineens geen kinderbijslag meer zou krijgen. Dat is natuurlijk helemaal niet waar. Dat staat er helemaal niet in.

Minister Vandeuren, u hebt het over de bezorgdheid over de kinderarmoede van mevrouw Van den Bossche. In het regeerakkoord staat inderdaad dat de sociale toeslag behouden zal blijven. Wat betreft armoede, wil ik toch benadrukken dat de ouders van deze kinderen jaar na jaar recht hebben op de kinderbijslag die ze zullen opbouwen. Zij worden zeker niet uitgesloten in dit systeem. We zullen bekijken hoe er vormen van bijdragen vanuit het OCMW mogelijk zijn, betaalbaar onderwijs, begeleiding enzovoort. Zeggen dat die kinderen volledig worden uitgesloten, vinden wij een brug te ver.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): De gezinsbijslag is bedoeld als een bijdrage van de overheid in de opvoeding van kinderen. Voor ons moet de gezinsbijslag dan ook bijdragen tot de ontwikkeling en het welzijn van kinderen, tot hun opvoeding tot een vrij en zelfstandig mens die zijn plaats in de maatschappij kan innemen.

De discussie van vandaag maakt volgens ons deel uit van de hervorming van de gezinsbijslag die werd afgesproken door de Vlaamse Regering. Elk debat over de voorwaarden tot toegang tot gezinsbijslag moet dan ook op het Vlaamse niveau worden gevoerd.

Daarnaast willen wij ook linken leggen naar sectoren die een impact hebben op de ontwikkeling van kinderen, zoals onderwijs. We moeten nadenken over voorwaarden zoals inschrijving op school. Door vanaf zeer jonge leeftijd voorwaarden te koppelen aan de uitkering van kinderbijslag geven we kinderen meer kansen. Zo leren ze sneller de taal en hebben ze ook meer kans op een goede ontwikkeling.

De voorzitter: Minister Vandeuren heeft het woord.

Minister Jo Vandeuren: Ik ben natuurlijk enorm gecharmeerd door het feit dat mijn goede collega mevrouw Van den Bossche vindt dat ik mij niet moet laten opjagen. Ik vind het tof dat ik dat eens van de oppositie mag horen!

Collega's, u weet allemaal even goed als ik dat die kinderbijslag een dubbele finaliteit heeft. Langs de ene kant is zij een tegemoetkoming in de kosten van de opvoeding van kinderen. Dat is evident. Langs de andere kant is het ontegensprekelijk ook een instrument in de strijd tegen de kinderarmoede. Dat is de reden waarom in het regeerakkoord het recht van een kind een basis vormt. De sociale toeslag wordt op twee criteria gemoduleerd: de gezinsgrootte en het inkomen. Het is normaal dat de minister de hoeder is van het regeerakkoord en probeert om dat op een correcte manier uit te voeren.

Mevrouw Van den Brandt, in de huidige regelgeving is het zo dat u studies die afgerond zijn en tot de openbaarheid van bestuur behoren, van harte kunt consulteren. Ik heb er geen probleem mee dat ze publiek gemaakt worden. U moet nu echt niet denken dat er bij mij een stapel berekeningen ligt. Dat is niet het geval. Als dat in de voorbereiding is, in het kader van deliberaties en keuzes, zijn dat documenten die ondersteunend zijn voor de opbouw van het concept dat we moeten ontwikkelen. Ik zal proberen om in de loop van 2016 voldoende funderingen te presenteren om die transitie legistisch mogelijk te maken. Dat lijkt mij evident. Als de openbaarheid van bestuur kan worden toegepast, is dat uiteraard geen enkel probleem.

Toch moet ik nog even iets nuanceren over studies over de kosten van de opvoeding. Het is de bedoeling dat we proberen te achterhalen – ook aan de hand van het beschikbare materiaal – of we daarover een aantal gegevens kunnen verzamelen. Ik heb niet gezegd dat wij daar een specifieke studie naast gaan zetten. Ik heb wel gezegd dat Kind en Gezin uiteraard zal zoeken naar de beschikbare documentatie. Dat zijn dingen die door derden zijn gemaakt, die ons op dat vlak kunnen helpen bij het onderbouwen van ons verhaal.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Hier worden twee debatten gevoerd. Het debat over de toekomst van ons kinderbijslagsysteem vind ik zeer belangrijk en relevant. Ik kijk uit naar het moment dat we stappen vooruit zetten. Een groot aantal vragen blijven verder gaan dan het regeerakkoord zelf. Daarnaast is er het debat over hoe je omgaat met de nieuwkomers. Ik sta hier in alle eerbijheid met verstomming te luisteren naar de bijdrage van de N-VA. Ik begrijp niet waar we nu naar toe gaan. Wat is de bedoeling? Zal er dan toch op federaal niveau worden gezocht naar een juridische angel om het gedaan te krijgen en om zo de arm van de Vlaamse Regering om te wringen, of zullen we oprecht loyaal zijn aan het regeerakkoord? U kunt van de oppositie geen loyaliteit aan het regeerakkoord verwachten. Ik ben loyaal aan het basisprincipe dat ieder kind recht heeft op kinderbijslag. Dat is niet uit een of andere overdreven ondersteuningsdrang, maar omdat er een reële nood is. Waarom geven wij aan kinderen die langer dan vier jaar in ons land zijn een kinderbijslag? Omdat wij ervan overtuigd zijn dat dat hun kwaliteit van leven en hun start in het leven zal versterken. Wij willen dat ook voor mensen die minder dan vier jaar in ons land zijn en die hier een wettig verblijf hebben. Ook deze mensen, deze kinderen, hebben recht op een goede start en op een kinderbijslag. Zo kunnen we vermijden dat ze in kinderarmoede terechtkomen.

U zegt dat wij andere manieren hebben om hen te ondersteunen. Ze mogen naar school gaan en allemaal van die dingen. Allemaal goed en wel. Natuurlijk mag dat, het zou er nog aan mankeren. Maar die kinderbijslag is een hoeksteen. Dat is ook een sluitstuk om kinderen een goede start te geven. Ontneem kinderen dit instrument niet.

U zegt dat mijn cijfers niet kloppen en dat u andere cijfers hebt. Het kan zijn dat de N-VA andere berekeningen maakt en dan plots op 90 miljoen euro uitkomt. Ik vertrek van reële cijfers die we begrotingsgewijs hebben kunnen opvragen. Als u

denkt dat daar zo'n fout op zit, denk ik dat de cijfers van de N-VA nagerekend moeten worden in plaats van de begroting van de Federale Regering.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): In het regeerakkoord staat duidelijk omschreven dat Vlaanderen de bevoegdheden zo ruim mogelijk zal invullen. Voor kinderbijslag is dat heel duidelijk. Er is zelfs geen maximaal gebruik van eigen bevoegdheden nodig om te stellen dat Vlaanderen bevoegd is voor deze invulling. Dat is heel duidelijk.

Minister, u hebt de dubbele finaliteit van de kinderbijslag goed geschetst: een bijdrage tot de opvoeding maar ook tot de strijd tegen kinderarmoede. Voor ons zijn de loskoppeling van het sociaal-professioneel statuut van de ouders en de betaling van een bijdrage belangrijk. Vandaag kennen wij in Vlaanderen allemaal gezinnen die hier al altijd hebben gewoond en die ook geen bijdrage hebben geleverd, en die moeten genieten van de gewaarborgde kinderbijslag.

De voorzitter: De heer Janssens heeft het woord.

Chris Janssens (Vlaams Belang): Ik heb nog twee korte reacties ten aanzien van mijn collega's van de N-VA en Open Vld. Bij Open Vld ontloopt men het debat liever en zal men geen enkel initiatief ter zake meer nemen. En mevrouw van der Vloet, u zegt dat wij niet blind mogen zijn voor wat er gaat komen. Dat is uiteraard juist en heel interessant. Maar waarom neemt u dan geen initiatief in de Vlaamse Regering? Waarom blijft het bij stoere praat in de krant en geeft u daar geen gevolg aan in het beleid, waar u nochtans ministers en zelfs de minister-president kunt afvaardigen? In het wetsvoorstel staat dat het niet te verklaren valt dat personen die nog niet hebben bijgedragen tot het systeem, wel meteen ten volle ervan kunnen genieten. Die bedenking is juist en zou een groot draagvlak in Vlaanderen krijgen. Maar wat u of uw partij in het federale wetsvoorstel aanklaagt, brengt u op het Vlaamse niveau in de praktijk. Erger nog, op de plaats waar u bevoegd bent, met name in de Vlaamse Regering, neemt u geen enkel initiatief om hieraan tegemoet te komen. Dat kan ik enkel ten zeerste betreuren.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over innovatie in de kinderopvang – 3089 (2014-2015)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, als we de kwaliteit van kinderopvang willen garanderen, wat ons beider doel is, is het heel belangrijk dat er ook ruimte is voor vernieuwing. We moeten blijven zoeken naar vernieuwende vormen en onszelf blijven uitdagen en kwaliteit altijd vooropstellen. Het decreet Kinderopvang heeft daartoe in een mogelijkheid voorzien en zegt dat initiatieven die niet binnen het reguliere kader passen toch kunnen worden ondersteund. Dat gaat via het artikel 14: "De Vlaamse Regering kan nadere regels bepalen om vernieuwende projecten inzake kinderopvang die niet onder de toepassing van de bepalingen in dit decreet vallen, te organiseren en te laten subsidiëren." Op die manier kunnen we projecten die niet onder de huidige regels en kotjes vallen maar die wel innovatief zijn een plek geven.

Ik heb u hierover een tijd geleden een vraag gesteld. U zei dat er nog nooit een vraag naar was geweest en dat er nog nooit een oproep hieromtrent was geweest,

en dat dit artikel momenteel niet in gebruik is. Dan valt het toch op dat er online een petitie verschijnt van een organisatie waarmee de minister wordt aangeschreven met de vraag om op basis van artikel 14 "ons financiering te geven omdat wij een vernieuwend project zijn". Ik vond het frappant dat u zegt dat het nog nooit is gebeurd en dat er geen enkele aanvraag is, terwijl er toch een initiatiefnemer zegt dat hij wel degelijk een aanvraag voor subsidies heeft gedaan.

Zijn er nu organisaties die op basis van artikel 14 hebben gevraagd om subsidies te krijgen? Ik weet dat er geen oproep is geweest, maar zijn er organisaties die proactief die vraag hebben gesteld?

Zal er in de nabije toekomst een oproep komen? Indien niet, op welke manier zult u innovatie in de kinderopvang mogelijk maken?

Dit gaat over De Egeltjes. Het is inderdaad niet gebruikelijk om over concrete initiatieven te praten. Het gaat me ook niet om dit specifiek initiatief, hoewel het een geweldig initiatief is. Het gaat erom hoe we met dergelijke projecten omgaan. Ze dreigen uit de boot te vallen voor de huidige oproep omdat de middelen wellicht naar andere initiatieven in hun regio gaan, omdat er te weinig middelen zijn voor de uitbreiding van het Kinderopvangdecreet. Er wordt hun gezegd dat ze wel in het decreet passen, maar dan heb je projecten die geen enkel perspectief hebben op subsidie in de toekomst.

Tegelijk werken ze innoverend, maar is er voor die innovatie geen plaats. Dus dreigt dit waardevol initiatief dat werkt met gekwalificeerde verzorgers uit de boot te vallen omdat ze financieel een ondersteuning nodig hebben om waar te maken wat ze doen. Dergelijke initiatieven werken met een goede overtuiging, met kinderen met beperkingen die een extra uitdaging vragen. Ze geven hen kansen omdat anders een belangrijke groep kinderen in de kou blijft staan.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Artikel 14 van het decreet Kinderopvang van baby's en peuters maakt het inderdaad mogelijk dat de Vlaamse Regering nadere regels kan bepalen om vernieuwende projecten in de kinderopvang, die niet onder de toepassing van de bepalingen van het decreet vallen, te organiseren en te laten subsidiëren door Kind en Gezin.

Innoverende projecten opstarten in de kinderopvang is niet noodzakelijk enkel en alleen gebonden aan dit ene artikel uit het decreet, waarnaar u verwijst. Het decreet op de opvang van baby's en peuters creëert een algemeen kader, waarbinnen een organisator op zich innoverende initiatieven kan nemen. Innoverende projecten zijn projecten die zodanig vernieuwend zijn dat ze een aparte erkenning of subsidiëring vereisen.

Bovendien blijven we werken aan regelluwte om nog meer ruimte te geven aan bestaande en eventueel nieuwe innovatieve initiatieven. Met het voortgangsbesluit dat vorige week door de Vlaamse Regering werd goedgekeurd hebben we al een aantal van deze belemmeringen weggewerkt.

Tot op heden zijn er inderdaad enkele organisatoren die aangeven dat ze een specifieke werking hebben uitgebouwd, maar dat ze daarvoor nog niet in de juiste subsidietrap zitten. Het gaat hier niet om projecten die niet onder de toepassing van de bepalingen van het decreet vallen, maar om voorzieningen die niet in de juiste subsidietrap zitten.

Bij de prioritaire regels voor de uitbreidingsronde hebben sommigen bij de huidige uitbreidingsronde de mogelijkheid gekregen om een aanvraag in te dienen om trap 3-subsidies aan te vragen om hun specifieke werking als voorziening met een plussubsidie te verkrijgen.

De sociale functie van de kinderopvang die met die plussubsidie wordt benadrukt, is erop gericht de uitsluiting van kansengroepen tegen te gaan en hun integratie te bevorderen. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat kwaliteitsvolle kinderopvang veel kinderen in armoede kansen kan bieden. Ook voor de ouders van die kinderen is dat belangrijk. Ze zijn in staat om opleiding te volgen, te solliciteren enzovoort.

Momenteel zijn er geen extra budgetten gepland om projecten onder artikel 14 toe te kennen en zal er dus ook geen oproep vertrekken. Als voorbeelden van innovatieve projecten binnen de bestaande regelgeving, verwijzen we vooral naar de ontwikkelingen rond inclusie en de sociale functie in de kinderopvang, waar initiatiefnemers zoeken hoe ze deze functies het best kunnen waarmaken. Rond inclusie gaat het dan bijvoorbeeld expliciet om het zoeken hoe multidisciplinaire expertise rond omgaan met kinderen met zorgnoden ruimer kan worden ingezet in de kinderopvang.

– Peter Persyn treedt als voorzitter op.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, u geeft een dubbel antwoord. U zegt enerzijds dat het niet nodig is omdat men kan innoveren binnen het huidige kader. Waarom heeft het decreet dan voorzien in een apart artikel om vernieuwing waar te maken? Anderzijds zegt u dat er geen oproep komt, want alles kan binnen het huidige kader. Er zijn wel initiatieven die nu door de mazen van het net vallen. Die moeten actief zoeken.

We moeten oproepen naar initiatieven die de huidige context uitdagen, die de schotten tussen voorschools en buitenschools wegnemen, die werken met specifieke doelgroepen of met een heel inclusieve aanpak. We moeten onszelf verder uitdagen. Daarom is een oproep naar vernieuwende projecten een meerwaarde, en zeker geen slag in het water. Het is jammer dat er geen oproep komt.

In de huidige context is vragen aan de initiatiefnemers om binnen hun werking vernieuwend te werken, veel gevraagd. Voor de sector is het trappelen om boven water te blijven. Als je effectief in trap 3 geraakt en je hebt die plussubsidies, dan kun je werken. Maar organisaties zijn vaak al heel lang en goed aan het werken. Er zijn zoveel kinderopvanginitiatieven die willen starten, maar die op hun eigen adem trappen omdat er geen enkel perspectief op subsidie is. Tegen initiatieven zoals De Egeltjes zeggen: jullie hebben geen artikel 14 nodig want jullie kunnen in trap 3 instappen, maar hun tegelijk de toegang niet geven omdat er te weinig middelen zijn en omdat de oproep voor hen niet zal worden toegekend, is bijzonder cynisch. Op die manier gaan we over vijf of tien jaar vaststellen dat we een kans hebben gemist om onze kinderopvang blijvend te vernieuwen en te innoveren.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is een beetje jammer dat het over een concreet initiatief gaat. Ik ga niet zeggen wat ik heb meegemaakt in de communicatie naar aanleiding van het kindje dat plots was gevonden in die regio. Ineens werd ik door de pers ondervraagd over de relatie van dat initiatief tot deze problematiek. Ik vind het niet zo goed om dat hier publiek te moeten aanbrengen.

De problematiek is niet dat we daarvoor iets speciaals moeten doen. De problematiek is: men is gestart onder de erkenning van een dienst onthaalgezinnen en men heeft een hele goede werking uitgebouwd. Die moet nu binnen een regulier kader een duurzame oplossing krijgen. Ik ben wat verbaasd dat we hier gaan zoeken naar projectfinanciering voor iets dat eigenlijk... Mevrouw Van den Brandt, er zijn andere momenten waarop uw partij en anderen mij aanspreken op het feit dat we te veel projecten organiseren. Er moeten perspectieven worden gevonden met een duurzame plaats binnen de huidige systemen. Er moet echt niets nieuws

worden ontwikkeld om dat in te brengen. Ze kunnen wel degelijk solliciteren voor die trap 3-subsidie. Ik zie het probleem niet. De dienst waarbij ze zijn aangesloten ligt in de regio, dus is dat perfect mogelijk. Ik weet nog niet van een beslissing door Kind en Gezin over de toekenning van die middelen.

Ik heb een onbehaaglijk gevoel omdat ik een generieke vraag krijg, waarvan ik weet dat er een concrete casus achter zit, waarvan we de waardevolheid van het initiatief niet in twijfel trekken.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Er zit inderdaad een concrete casus achter. Toen ik vroeg naar artikel 14, kreeg ik het antwoord dat dat nog niet is gebruikt. En dit is een initiatief dat het zelf aanhaalt. Dat was een bijzondere vaststelling.

Ik ga ermee akkoord dat we niet over de subsidie van een specifieke organisatie moeten praten. Het gaat wel over hoe we zorgvernieuwing realiseren en hoe we dat kunnen waarmaken. Als alles binnen het huidige kader moet, dan werken we geen vernieuwing in de hand. Dan zijn we bezig met een bestaande sector zuurstof en financiering te geven, en dat is nodig, maar tegelijk moet je die frisse wind binnenlaten.

U zegt dat het u verbaast dat Groen voor projectsubsidies pleit. Ik pleit er niet voor om de volledige kinderopvang onder projectsubsidies te stoppen. Goede initiatieven moet je uiteraard structurele financiering geven. Ik pleit er wel voor dat je naast structurele financiering projectmatig werkt, dat je proeftuinen opzet om bepaalde zaken op gang te brengen die later kunnen worden omgezet naar... *(Opmerkingen van minister Jo Vandeuren)*

Nu praat ik over het generieke, over het feit dat er geen oproep komt onder artikel 14, los van dit initiatief. Er komt geen oproep, want alles kan binnen het huidige kader, zegt u. Dat klopt niet en dat is een gemiste kans. We moeten wel zoeken naar de proeftuinen die onze huidige kinderopvang uitdagen en durven vernieuwen. Anders kunt u artikel 14 evengoed uit het decreet schrappen, en dat zou ook zonde zijn.

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 bijsturing van het decreet Integrale Jeugdhulp – 13 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Peter Persyn

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Binnen het decreet Jeugdhulp klinken al geruime tijd alarmsignalen. Er is een capaciteitstekort, de bureaucratie neemt te veel tijd weg van de zorg enzovoort.

De commissie Welzijn organiseerde hoorzittingen waar veel knelpunten en succesfactoren aan bod zijn gekomen. Tot slot van de hoorzittingen in de commissie Welzijn kondigde u een bijsturing van het decreet aan. Op zich is dat zeer positief omdat u hebt geluisterd naar de sector en zegt dat u gaat bijsturen. Het is van belang dat de bijsturingen daadwerkelijk gebeuren volgens de aangekondigde timing, zodat de jongeren en de sector het perspectief krijgen waar ze naar snakken.

Minister, een aantal zaken die u had aangekondigd en ondertussen klaar zouden moeten zijn, heb ik onder de loep genomen. Voor de aanpassingen aan het A-document, de werklasmeting van de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's), zouden

er voor de zomermaanden al stappen vooruit worden gezet. Er werd door het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek een onderzoek gestart naar het A-document. Wat waren de conclusies van dit onderzoek en wanneer kunnen we het aangepaste A-document verwachten?

De audit naar de CLB's, waarin ook een werklasmeting zou worden opgenomen, zou tegen september 2015 worden opgeleverd. Wat zult u ondernemen op basis van de conclusies van deze werklasmeting? Het is ondertussen oktober. Wat waren de conclusies? Welke concrete stappen werden genomen om de capaciteit binnen de jeugdhulp uit te breiden? Vermoedelijk zullen we dat debat voeren tijdens de begrotingsbesprekingen. Hoe zult u de rol van de intersectorale toegangspoort veranderen van een controlerend naar een meer dienstverlenend orgaan? Welke stappen zijn hiervoor al genomen?

Ik weet dat er nog veel meer engagementen zijn genomen. Die heb ik schriftelijk opgevraagd. Maar deze zaken zouden in principe vooruit moeten zijn gegaan.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Sinds begin juni 2015 loopt er inderdaad binnen het Kwaliteitscentrum Diagnostiek een wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van de aanvragen voor niet-rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp, ontvangen door de intersectorale toegangspoort. De resultaten van dit onderzoek worden eind februari 2016 verwacht. De resultaten van dit onderzoek zullen worden meegenomen in de verdere aanpassing van het A-document dat in 2015 al is opgestart en in 2016 verder zal worden uitgerold.

Ondertussen wordt er al aan het A-document gesleuteld zodat het vereenvoudigd, eenvoudiger en gebruiksvriendelijker wordt. Zo maken we het mogelijk dat alle aanmelders in een A-document in een ontwerp kunnen werken. Momenteel is deze optie enkel voor de multidisciplinaire teams. Ook wordt het aantal tekstvelden verminderd waardoor men de informatie meer gebundeld kan weergeven in het A-document. Ten slotte zal de afdruk van het A-document worden geoptimaliseerd waardoor het een korter en meer leesbaar document wordt.

De vraag naar een verband met de audit moet u aan minister Crevits van Onderwijs stellen. De audit, bestaande uit een takenpakketregistratie, een procesanalyse, een tevredenheidsbevraging en een wetenschappelijke review wordt eerstdaags opgeleverd aan minister Crevits.

De takenpakketregistratie geeft een beeld van de inhoud van het takenpakket van de CLB-personeelsleden. Het is geen tijdsregistratie, dus het zal geen informatie over werklast of werkdruk geven. Samen met mijn collega zal ik de resultaten van de audit grondig bestuderen.

Beschikbare jeugdhulp vergt versterking en uitbreiding van het jeugdhulpaanbod, maar tevens een maximale afstemming op de juiste hulp. Zoals al herhaaldelijk in deze commissie gezegd, maken we systematisch werk van de versterking van het aanbod en dit volgens de prioriteiten zoals opgenomen in het actieplan jeugdhulp.

Ik geef hier kort mee welke versterkingen er binnenkort operationeel worden. De gesloten opvang: voor de uitvoering van het actieplan jeugdhulp breiden we de capaciteit van de gemeenschapsinstellingen uit. Sinds 1 juli 2015 wordt de capaciteit voor jongens uitgebreid. De Succursale biedt de mogelijkheid tot 18 nieuwe plaatsen. Half oktober, dus nog deze week, volgt er een versnelde uitbreiding voor negen meisjes te Ruiselede. Voor alle duidelijkheid, het gaat voor de meisjes ook om gesloten capaciteit. In een eerste fase doen we dit onder de vorm van time-out. Op termijn, half 2016, verhuist deze capaciteit en wordt ze gekoppeld

aan bijkomende uitbreiding met negen meisjes te Beernem voor in totaal achttien gesloten plaatsen als reguliere gesloten capaciteit.

We investeren daarnaast zeer bewust in initiatieven die gericht zijn op het versnellen van de uitstroom uit de gemeenschapsinstellingen. We beogen het mobiele aanbod van Jongerenwelzijn te versterken met dertig modules contextbegeleiding kortdurend intensief. Hiermee kunnen zestig jongeren op jaarbasis intensief worden begeleid bij het verlaten van de gemeenschapsinstelling.

Ook in de crisisjeugdhulp worden de diverse functies binnen de hulpprogramma's verder versterkt, naargelang de noden. Dat heb ik al een paar keer gezegd. De crisismeldpunten zijn dit jaar versterkt met negen voltijdsequivalenten. Daarnaast werd ook recent een uitbreiding gerealiseerd voor veertig extra begeleidingen in het kader van Crisishulp aan Huis. De opstart is voorzien tussen 1 september 2015 en 1 januari 2016.

Voor jonge kinderen versterken we de contextbegeleiding, met het oog op samenwerking tussen Jongerenwelzijn, de centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning (ckg's) en de geestelijke gezondheidszorg. In navolging van het Actieplan Jeugdhulp en de versterking van het mobiele aanbod stuurde Jongerenwelzijn op 20 mei een rondzendbrief uit voor zestig extra modules contextbegeleiding laagintensief. De aanvragen tot die modules moeten, vanuit een samenwerking met de ckg's, aantonen dat ook met gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg wordt samengewerkt op zowel casus- als structureel niveau. Dat moet ervoor zorgen dat de hulpverlening aan kinderen en gezinnen ook inspeelt op de problemen qua geestelijke gezondheid aanwezig bij de ouders. Ten laatste op 1 januari 2016 zal die uitbreiding met zestig modules van start gaan.

Wat ten slotte de complexe dossiers betreft, zijn er de intersectorale zorgprogramma's, in uitvoering van het Actieplan Jeugdhulp en het uitbreidingsbeleid 2015 van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH). Er worden drie intersectorale zorgprogramma's opgericht voor jongeren met een zeer complexe hulpvraag en een handicap. We geven aan drie zorgprogramma's een kwaliteitslabel. De programma's combineren expertise uit de sectoren van de geestelijke gezondheidszorg, de personen met een handicap en Jongerenwelzijn om te kunnen instaan voor een geïndividualiseerd hulpaanbod voor die doelgroep. Ze krijgen daarvoor per jongere maximaal 75.000 euro per jaar gedurende maximaal zeven jaar, boven op de regulier ingezette hulpverlening. Ook dat aanbod moet begin 2016 operationeel worden.

Vanaf 1 januari 2016, en dat op basis van het recente ministerieel besluit van 7 oktober 2015, gaat de nieuwe regeling voor de erkenning van de intersectorale multidisciplinaire teams (MDT's) in. Dat betekent niet alleen een aanpassing van de financiering van hun prestaties, die wordt verhoogd, het is tevens een grote stap in de richting van een snellere doorstroom van A-documenten in de intersectorale toegangspoort. Dat wil zeggen dat we vanaf die datum de dossiers ingediend door de erkende multidisciplinaire teams zullen behandelen als consensusdossiers. Daardoor zal het dossier sneller, met als richttermijn binnen de drie werkdagen, naar de jeugdhulpregie gaan, tenzij er op een van de punten qua regisseerbaarheid een probleem is en het A-document nog moet worden aangevuld of verbeterd door de contactpersoon-aanmelder. Dat nazicht qua regisseerbaarheid is een formele check van het A-document, geen inhoudelijke. De teams indicatiestelling van de intersectorale poort zullen vanaf januari 2016 het werkveld en de MDT's nog meer ondersteunen. Zo zal door het team indicatiestelling de consultfunctie sterker worden opgenomen. De teams indicatiestelling stellen zich dan maximaal dienstverlenend op om bijkomende toelichting te geven aan de contactpersoon-aanmelder of het multidisciplinair team bij het invullen van het A-document. Voorzieningen die een A-document aangeboden krijgen, kunnen

het team indicatiestelling vragen om dat document samen met de contactpersoon-aanmelder of het multidisciplinair team opnieuw door te nemen, bijvoorbeeld omdat het A-document onvoldoende informatie bevat om te kunnen inschatten of de jongere wel tot de doelgroep van de voorziening behoort. Het team indicatiestelling zal een ex-postnazicht van de A-documenten doen. Die kwaliteitscontrole gebeurt ex ante en steekproefsgewijs, met als doelstelling de multidisciplinaire teams te ondersteunen en hun eventueel feedback te geven in verband met het optimaliseren van de kwaliteit van de documenten.

Kortom, u vraagt terecht hoe het staat met de vereenvoudiging en de bijsturing van de jeugdhulp. We gaan ervan uit dat, op basis van het voornoemde, dus de zogenaamde quick wins in het A-document, het lopende onderzoek, de verdere uitrol van het Actieplan Jeugdhulp en een tastbare en vernieuwde regelgeving inzake de multidisciplinaire teams, het duidelijk is dat we ter zake vooruitgang willen boeken door een aantal zeer concrete initiatieven.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, we zullen dat regelmatig bekijken, om te zien hoe dat verder evolueert. U rapporteert over een aantal zaken. Gezien het uur zal ik niet doorvragen, anders komen de andere vragen helemaal in het gedrang. Ik wil wel meegeven dat het positief is dat er een aantal stappen worden gezet qua uitbreiding, maar dat de uitbreidingen op het vlak van preventie en vroegdetectie onvoldoende zijn om de noden te lenigen. De ambulante zorg en de mobiele zorg kampen met enorme tekorten. Ook daar moeten er dus ook nog extra inspanningen worden geleverd, en dringend.

Het is positief dat heel die intersectorale toegangspoort wordt hervormd, dat MDT's consensusdossiers kunnen aanreiken. U zegt echter ook dat er een verhoogde financiering is. Het zou misschien interessant zijn om de exacte bedragen ter zake te krijgen, maar dat kan in een bijlage bij het verslag.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, ik dank u, en ik bedank zeker ook de vraagsteller om ons daar nog eens attent op te maken. Het lijkt me echter heel vroeg dat nadat we hier de resolutie hebben goedgekeurd. Toch hebben we al heel veel vooruitgang kunnen merken in de implementatie van een aantal bijsturingen. Dat is dus zeker positief.

Minister, ik heb een heel gerichte vraag over het A-document. Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek doet ter zake nu een onderzoek, maar ik vroeg me af of u er ook voor zou openstaan om, enigszins naar analogie met wat de VDAB ook doet, een app te maken, eventueel via het organiseren van een hackathon. Daarbij zonderen een aantal jongeren zich gedurende een weekend af: vrijdagavond krijgen ze een probleem en zondagavond komen ze dan met een aantal heel concrete, meestal digitale oplossingen, die het gebruiksgemak van een proces of een document kunnen vergroten. Zou u ervoor openstaan om zo'n app te maken, en dat te doen op basis van het organiseren van zo'n hackathon?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Daar zijn op dit moment nog geen plannen voor, maar we kunnen dat ook mee onderzoeken, aansluitend op het onderzoek van het kwaliteitscentrum. We kunnen vragen om dat daar mee in op te nemen. Het is wel een leuk idee.

Lorin Parys (N-VA): Super. Ik denk dat ze daar bij de VDAB al heel mooie resultaten mee hebben geboekt. De kostprijs is ook echt verwaarloosbaar, denk ik. Dat zou dus tof zijn.

Minister Jo Vandeurzen: Wat dan die financiering betreft, dat is een ministerieel besluit dat we ondertekenen met collega Crevits, maar we zullen dat bezorgen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Registratierapport 2014 van Partners in Pleegzorg – 43 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Peter Persyn

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Voorzitter, minister, geachte leden, een tijd geleden is het Registratierapport 2014 van Partners in Pleegzorg uitgekomen. Door de fusies van een aantal diensten voor pleegzorg en de afbouw van koepelorganisaties, met de vervanging dan door Partners in Pleegzorg voor bepaalde aspecten, was het niet mogelijk om de gegevens van 2012 en 2013 te verzamelen. Ook voor 2014 was dat niet zo eenvoudig, omdat er nog geen gemeenschappelijk registratiesysteem voor alle diensten voor pleegzorg voorhanden was.

Als je het rapport leest, kun je dan zien dat bijvoorbeeld de gegevens uit Antwerpen op sommige analyseniveaus ontbreken. Dat is jammer, want numeriek gaat het over een belangrijke provincie. Er ontbreken ook een aantal gegevens van de jeugdrechtbanken zelf. We weten dus niet echt, bijvoorbeeld, tot hoeveel nieuwe plaatsingen en hoeveel beëindigingen van plaatsingen werd beslist door de jeugdrechter.

Minister, uit het rapport blijkt dat de dienst voor pleegzorg in een beperkt aantal gevallen besliste om een pleegzorgattest in te trekken of te weigeren. Er werden 12 attesten ingetrokken en 31 attesten geweigerd. Wat zijn de achterliggende redenen voor het intrekken of weigeren van die attesten? Kunt u dat toelichten? Op basis van welke criteria werden die beslissingen genomen? In het rapport van Partners in Pleegzorg heb ik geen cijfers gevonden over de wachtlijsten voor pleegzorg. Ik vind dat jammer, omdat dat natuurlijk ook wel zou aangeven wat de uitdaging is voor ons als beleidsmakers om in opvang te voorzien voor kinderen die vandaag op de wachtlijst staan. Hoe komt dat? Kunt u daarover cijfers geven? Zal dat worden geremedieerd in het volgende rapport? Hoe staat het met het gemeenschappelijk registratiesysteem voor alle diensten voor pleegzorg? Kunt u ter zake een timing geven? Zullen bijvoorbeeld ook de gegevens uit de provincie Antwerpen op alle niveaus in het volgende rapport worden geïntegreerd?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, geachte leden, bij lopende pleegzorgsituaties kunnen attesten worden ingetrokken indien niet meer is voldaan aan de voorwaarden om aan pleegzorg te kunnen doen, zoals bepaald in artikel 14, paragraaf 2, van het decreet van 29 juni 2012 houdende de organisatie van pleegzorg. Voor alle meerderjarige leden van het kandidaat-pleeggezin of het pleeggezin moet een recent uittreksel uit het strafregister volgens model 2 aan de dienst voor pleegzorg kunnen worden voorgelegd. Daaruit moet blijken dat er in hoofde van de personen geen elementen bestaan die onverzoenbaar zijn met pleegzorg.

Een tweede voorwaarde is dat het pleeggezin over voldoende draagkracht moet beschikken om het pleegkind of de pleeggast een stabiel leefklimaat te bieden. Een derde voorwaarde is dat de leden van het gezin van de kandidaat-pleegzorger of de pleegzorger moeten worden betrokken bij de kandidaatstelling door de kandidaat-pleegzorger of de pleegzorger.

Het is de verantwoordelijkheid van de diensten voor pleegzorg om na te gaan of al dan niet aan die voorwaarden is voldaan, ook als een pleegzorgsituatie reeds langer loopt. Het is evident dat het intrekken van pleegzorgattesten gestoeld is op één of een combinatie van die drie decretaal bepaalde mogelijkheden. Als het uw vraag is om meer concrete informatie te hebben, om te weten welke particuliere redenen aan de basis liggen van de intrekking van de individuele dossiers waarnaar het registratierapport van Partners in Pleegzorg verwijst, met andere woorden vrijwel op casusniveau, dan lijkt het ons evident dat we daarover niet op dat niveau rapporteren. Meer concrete informatie over de redenen die hebben meegespeeld bij de weigering van de attesten vermeld inzake de achterliggende dossiers van het registratierapport, is ook niet beschikbaar.

Dan was er uw vraag over de wachtlijsten. 2014 was het eerste werkjaar van het nieuwe pleegzorglandschap. Met het oog op de werkbaarheid voor en de administratieve belasting bij de diensten voor pleegzorg hebben we ervoor gekozen om in een eerste fase enkel een beperkt aantal basisgegevens op te vragen, bijvoorbeeld hoeveel nieuwe pleegzorgers er zijn, hoeveel kandidaten zich aanmelden en de verhouding tussen het aantal bestands- en het aantal netwerkpleegzorgsituaties. In een volgende fase wordt de focus verlegd op het in beeld krijgen van meer inhoudelijke gegevens over de pleegzorgers, zoals bijvoorbeeld de informatie over de wachtlijsten. Het is dus voor het eerste jaar nog niet mogelijk om in deze fase cijfers over de wachtlijsten voor pleegzorg mee te geven. Op termijn zullen we dat wel beter in beeld krijgen, want ook wij vinden dat uiteraard noodzakelijk.

Jongerenwelzijn heeft in samenspraak met Partners in Pleegzorg en met de diensten voor pleegzorg de indicatoren vastgelegd waarvan wordt verwacht dat er cijfergegevens over zullen worden verzameld voor het volgende werkjaar. Ook gegevens over de wachtlijsten voor pleegzorg worden dus verwacht. Voor de gegevens met betrekking tot de inzet van de begeleiding kunnen de diensten gebruikmaken van het registratiesysteem Begeleiding in Cijfers (BINC), dat werd ontwikkeld voor alle voorzieningen die door Jongerenwelzijn zijn vergund en waarmee ondertussen ook alle diensten voor pleegzorg werken. Voor informatie met betrekking tot de kenmerken van de pleegkinderen en hun gezinnen wordt gebruikgemaakt van het registratiesysteem Informaticasysteem voor de Intersectorale Toegangspoort (INSISTO), ontwikkeld in het kader van de integrale jeugdhulp. De cijfergegevens met betrekking tot pleegzorgers worden aan de hand van het stramien van indicatoren dat samen met Jongerenwelzijn werd opgemaakt, aangeleverd bij Partners in Pleegzorg, dat de cijfers op zijn beurt verwerkt. De cijfergegevens met betrekking tot het jaar 2015 zullen beschikbaar zijn op het moment van de publicatie van het jaarverslag van Jongerenwelzijn.

Wat uw vraag over Antwerpen betreft: we hebben dat nagevraagd. De administratie laat weten dat de dienst in Antwerpen te kampen had met technische problemen. De administratie volgt dat uiteraard op, samen met de dienst. Jongerenwelzijn zal de registratie van cijfergegevens vanuit de diensten voor pleegzorg doorheen het jaar verder opvolgen via het overleg dat het op regelmatige basis heeft met de directies van de diensten voor pleegzorg. Er zal worden aangestuurd op betrouwbaar en volledig cijfermateriaal. Dit is nu eenmaal het startjaar. Die cijfers zullen systematisch beter, verfijnder en meer gevalideerd moeten worden.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik had mijn eerste vraag preciezer moeten stellen, maar goed, ik heb begrepen dat de cijfers toch niet op dat niveau worden bijgehouden. Eigenlijk benieuwde het me gewoon of, als een pleegzorgattest wordt geweigerd of ingetrokken, dat is omdat er een strafblad opduikt of omdat de draagkracht van een gezin zo is verminderd dat het opvangen van een pleegkind of pleegkinderen in dat gezin niet meer mogelijk is.

Dat was eigenlijk mijn vraag. Het interesseert me immers altijd om te weten of, als een situatie van pleegouder wordt beëindigd via een interventie, dat is omdat er feiten werden gepleegd. Of heeft dat in 90 procent van de gevallen eigenlijk te maken met het overschreden zijn van de draagkracht?

Misschien is het dus interessant om na te gaan of het mogelijk is om dat te weten te komen, in het licht van de verfijning van het systeem die in 2016 wordt overwogen. Ik ben blij dat we in 2016 over cijfers over de wachtlijsten zullen beschikken. Uw antwoord op mijn derde vraag stemde me ook erg tevreden: het systeem is voor alle provincies op een uniforme wijze uitgebouwd.

Ten slotte wil ik nog dit zeggen. De cijfers over de opvang van pleegkinderen in een pleeggezin voor 2014 zijn een record. Dat is een heel mooie evolutie, al zou het natuurlijk beter zijn mocht die opvang niet nodig zijn. Maar het is fijn om te zien dat steeds meer Vlamingen hun hart en hun huis openstellen voor kinderen die dat nodig hebben. Dat betekent ook dat het beleid op dat punt goed werkt. We kunnen steeds meer kinderen opvangen, en dat bleek ook uit het rapport van Partners in Pleegzorg over 2014.

Elke Van den Brandt (Groen): Het is inderdaad erg positief dat het aantal pleegzorgouders stijgt. Zeker: het is jammer dat het nodig is, maar het is wel de mooiste vorm van jeugdhulp om kinderen op te vangen.

Over de cijfers hebt u het gehad. Het is belangrijk, nu het aantal ouders dat zich aanmeldt als kandidaat-pleegouders toeneemt, dat er snel wordt gescreend. Ik vang signalen op dat de wachttijden lang zijn. Ik stelde daar een schriftelijke vraag over. Het is belangrijk om die wachttijden zo kort mogelijk te houden. De screeningteams moeten waar nodig worden versterkt, zodat ouders geen zes maanden moeten wachten vooraleer ze weten of ze een attest zullen krijgen.

Minister Jo Vandeurzen: Ik zal het agentschap vragen of we uit de registratie de categorieën kunnen halen. Voorts denk ik dat u met uw optreden in bepaalde programma's hebt bijgedragen aan het succes van pleegzorg, mijnheer Parys. Ik dank u daarvoor.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.