Vlaams Parlement

vergadering **C121**
zittingsjaar 2015-2016

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 16 februari 2016

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van lotgenootgroepen in de geestelijke gezondheidszorg
– 920 (2015-2016) 3

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over preventieve genetische testen
– 944 (2015-2016) 5

VRAAG OM UITLEG van Lies Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de e-sigaret
– 947 (2015-2016)
VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de e-sigaret
– 999 (2015-2016) 10

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de identificatie van pleegouders
– 953 (2015-2016) 14

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over onderwijsverblijf voor jongeren
– 1014 (2015-2016) 16

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over suïcide-pogingen bij studenten
– 1035 (2015-2016)
VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het hoge aantal studenten hoger onderwijs in de cijfers inzake suïcidepogingen
– 1039 (2015-2016)
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een onderzoek inzake suïcidepogers
– 1129 (2015-2016) 18

VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het zikavirus en het monitoringsbeleid dienaangaande
– 1038 (2015-2016) 31

VRAAG OM UITLEG van Ingrid Lieten aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over woonzorgzones
– 1066 (2015-2016)
VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de integratie van het concept 'woonzorgzones' in het woonzorgbeleid
– 1103 (2015-2016) 33

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het nieuwe kinderbijslagsysteem
– 1082 (2015-2016) 43

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het gebruik van lotgenootgroepen in de geestelijke gezondheidszorg
– 920 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Voorzitter, minister, collega's, op verschillende plaatsen in Vlaanderen en in Brussel wordt in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) al gewerkt met lotgenootgroepen. Dat is een groep van mensen met een gelijke problematiek die op een formele of informele manier met elkaar in dialoog gaan. Er zijn een aantal organisaties die zich bezighouden met het organiseren van lotgenootgroepen, namelijk Ups & Downs, vzw UilenSpiegel, Anorexia Nervosa - Boulimia Nervosa (ANBN), maar ook de lokale AA-verenigingen (Anonieme Alcoholisten) en de Vlaamse Vereniging Autisme werken met lotgenootgroepen.

Deze groepen bestrijken elk afzonderlijk specifieke thema's: eetstoornissen, bipolariteit en depressiviteit, verslavingsproblematiek en groepen voor slachtoffers van seksueel misbruik. De lotgenootgroepen zijn dus nog redelijk beperkt en hebben elk hun specifiek aanbod, wat nog onvoldoende is om genoeg mensen en problematieken te bereiken. Regionaal is er dus eerder een toevalligheidsfactor waardoor er lotgenotengroepen zijn ontstaan.

Nochtans zijn lotgenootgroepen een zeer nuttige werkvorm. Ze vervullen verschillende rollen in zowel preventie, vroegdetectie als vroeginterventie. Het is ook een goede manier om een continue zorg aan te bieden, die niet te veel inbreuk doet op het leven van de patiënt en die de druk op de zorgverleners doet dalen. Door de interactie en de onderlinge steun kunnen personen vaak een hogere mate van herstel bereiken. Door de lotgenootgroepen kan de stem van de individuen ook luider klinken. Deze interactie tussen gebruiker en overheid kan leiden tot een toegankelijkere en kwalitatievere geestelijke gezondheidszorg. Het is dus een goedkope en efficiënte zorgvorm, waar op zich weinig op wordt ingezet.

Minister, erkent u de grote meerwaarde die een lotgenootgroep kan vormen in het hulpverleningstraject van psychisch kwetsbare personen en in de terugkoppeling naar het beleidsniveau? Op welke manier zult u de werking van de lotgenootgroepen eventueel ondersteunen en verder uitbreiden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, lotgenootgroepen bieden zeker een meerwaarde in het hulpverleningstraject van psychisch kwetsbare personen en in de terugkoppeling naar het beleidsniveau. Aan de hand van deze groepen kunnen personen met een psychische kwetsbaarheid hun ervaringen en kennis delen met lotgenoten en kan deze kennis ook worden gebruikt om anderen te helpen en te ondersteunen.

Zelfhulpgroepen en lotgenootgroepen vervullen ook een preventieve taak. Ze voorkomen ontwikkelingen die met een ziekte of aandoening gepaard kunnen gaan en daardoor een toenemende vraag naar professionele zorgen en begeleiding zouden kunnen veroorzaken. In die zin zetten deze groepen in op gezondheidsbevordering die het individu in staat stelt om meer controle en zeggenschap te verkrijgen over zijn gezondheidstoestand en deze daardoor te verbeteren. Ze zijn bovendien complementair aan de reguliere hulpverlening.

Vanuit Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) subsidiëren we geen zelfhulpgroepen of lotgenotengroepen rechtstreeks. Sinds 1984 is Trefpunt Zelfhulp het

ondersteuningscentrum voor alle zelfhulpgroepen in Vlaanderen, en dit centrum wordt gefinancierd door WVG. Door de subsidiëring van het Trefpunt Zelfhulp vzw geven we een globale ondersteuning aan deze zelfhulpinitiatieven. De ondersteuning van zelfhulp- en lotgenotengroepen door het Trefpunt Zelfhulp bestaat uit een hele waaier van activiteiten: informatie en documentatie; het scheppen van een zelfhulpgunstig klimaat door voordrachten, publicaties en symposia; directe dienstverlening aan groepen via juridisch, psychologisch, socio-medisch en organisatorisch advies en begeleiding, vorming, starthulp, bemiddeling bij interne moeilijkheden, reflectie naar aanleiding van sleutelmomenten enzovoort.

Naast deze globale ondersteuning kunnen verenigingen die voldoen aan de erkenningsvoorwaarden bovendien een financiële toelage ontvangen in het kader van het decreet op het vrijwilligerswerk. Hierdoor kunnen zij de 'vrijwilligheid' van de begeleiders honoreren en ondersteunen. Daarnaast subsidieert de Vlaamse overheid reeds enkele jaren twee overkoepelende organisaties, namelijk het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) en het Familieplatform Geestelijke Gezondheid (FGG). Door de steun aan deze twee organisaties willen we de stem van de patiënten en hun familie versterken. Zij vertegenwoordigen ook de stem van de patiënten en familieleden in het overleg met de overheden om te komen tot een meer toegankelijke en kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg. Op die manier werken zij mee aan de ontwikkeling van het beleid rond geestelijke gezondheid. Het Vlaams Patiëntenplatform staat in voor het opzetten en uitbreiden van de studiegroep OPGanG (Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheidszorg), een samenwerkingsverband van patiëntenverenigingen in de geestelijke gezondheidszorg, waarvan organisaties zoals Ups & Downs en UilenSpiegel deel uitmaken. Ze zetten zich in voor de bekendmaking van de patiëntenverenigingen en zelfhulpgroepen bij patiënten en werken mee aan de training van ervaringsdeskundigen. Daarnaast biedt het Vlaams Patiëntenplatform ook ondersteuning en procesbegeleiding aan patiëntenverenigingen in de ggz en biedt men specifieke vormingen aan voor zelfhulpgroepen. Men heeft onder andere ondersteuning geboden bij de opstart van een zelfhulpgroep rond burn-out. Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid is een belangenbehartigingsorganisatie van gezinnen met een gezinslid met geestelijke gezondheidsproblemen. We gaan met het FGG een nieuwe overeenkomst aan voor 2016 - 2018. Momenteel begeleidt de organisatie al een vijftigtal familievertegenwoordigers die door het Familieplatform worden gevormd, begeleid en omkaderd om vertegenwoordigende functies op te nemen. De ledenorganisaties van het FGG ondersteunen op hun beurt wel hun eigen lotgenootgroepen.

Deze drie organisaties staan dus in voor de ondersteuning en een verdere bekendmaking van de zelfhulpgroepen. Dat lijkt ons op dit moment de juiste aanpak. We volgen die diverse organisaties nauwgezet en zullen in onze gesprekken met hen hoe dan ook nagaan hoe de verdere uitbouw en ondersteuning van lotgenotencontacten evolueert. Op de eerstelijnsconferentie begin 2017 zal de participatie van patiënten ook aan bod komen. In het voortraject naar deze conferentie start er in dit kader een werkgroep met als thema 'de burger centraal'. Ook federaal worden er acties ondernomen in het kader van patiëntenparticipatie en patiëntenverenigingen. Zo start minister De Block regionale antennepunten van het Vlaams Patiëntenplatform op. Uiteraard zullen we in ons beleid ook rekening houden met deze verdere evoluties.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, u geeft een overzicht van een aantal zaken die gebeuren. U zegt te zullen zien hoe dat verder gaat, maar u geeft eigenlijk niet te kennen dat er een strategie is om gebiedsdekkend te werken met lotgenotengroepen, of om het Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg of het VPP of het trefpunt de opdracht te geven om ervoor te zorgen dat er daadwerkelijk witte vlekken worden weggewerkt, dat bepaalde behoeftes worden

gedetecteerd en erop wordt ingegaan. Ik hoor dus eigenlijk geen echt plan van aanpak daarachter. Vergis ik me? Is dat er wel?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Eerlijk gezegd lijkt de eerstelijnsgezondheidsconferentie me een goed moment om te bekijken wat er aanwezig is op het terrein. Dat doen we ook doordat die organisaties ook participeren aan de voorbereiding van die conferentie. De strategie waarvoor in Vlaanderen is gekozen, gaat al een tijd mee, denk ik. Het is niet realistisch, en misschien ook niet wenselijk, om bij dit heel verspreide en gefragmenteerde iets, dat op zich goed is, maar ook zeer dynamisch is en heel snel kan wijzigen, iedereen op microniveau te financieren. In het verleden is er dus voor gekozen om de organisaties die dat op het terrein kunnen ondersteunen, daarvoor de nodige middelen te geven. Het laatste dat werd opgericht, is het Familieplatform. Eerlijk gezegd, uit die periode herinner ik me nog dat de betrokken organisaties er toch zeer tevreden over waren dat we op die manier een aantal van die zelfhulpgroepen, lotgenotengroepen en uiteraard ook de belangenbehartigers hebben ondersteund.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Wat er allemaal is doorverwezen naar de eerstelijnsconferentie, dat is ook een stevig lijstje, maar goed, als die er eenmaal is geweest, zullen we hopelijk heel veel kunnen afronden. Ik begrijp dat u zegt niet iedere zelfhulpgroep of iedere lotgenotengroep zelf te gaan ondersteunen. Daar zijn argumenten voor, maar een organisatie zoals UilenSpiegel, die afhankelijk is van de gesubsidieerde organisaties voor een eventuele begeleiding, werkt met vrijwilligers, met mensen die zelf psychisch kwetsbaar zijn. Het is niet vanzelfsprekend om van hen te vragen dat ze dat waarmaken zonder extra steun of zonder extra omkadering. Ik ben dus gewoon bang dat we een goede manier van werken te weinig gaan uitrollen omdat we er onvoldoende op inzetten. Dit is niet iets dat heel veel geld en energie kost. Ik zeg ook niet dat we dat voor iedere lotgenotengroep moeten doen, maar met een gerichte en bewuste strategie kunnen we veel meer lotgenotengroepen opzetten, en dat zou een meerwaarde zijn in de vermaatschappelijking van de zorg in onze regio.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over preventieve genetische testen
– 944 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp·a): Voorzitter, minister, geachte leden, mijn vraag gaat over kwalijke preventieve genetische testen. Minister, ik weet niet of u het ook hebt gezien: begin januari was er op Canvas een reportage te zien over een louter commercieel bedrijf dat tegen betaling genetische testen aanbiedt aan ouders met een kinderwens. Die testen zouden volgens de informatie van het bedrijf zogezegd het risico op genetische aandoeningen zoals doofheid, muco, het downsyndroom, blindheid enzovoort voorspellen. Daar zou dus een hele resem voorspellingen uit komen. Een test die drie genetische afwijkingen bij de ouders test, kost 400 euro. Een test die zogezegd het hele genetische profiel met bijhorende potentiële risico's in kaart brengt, kost maar liefst 1500 euro. Op het eerste gezicht is dat een privéovereenkomst tussen twee contractanten, maar het is er toch eentje waarbij volgens mij heel wat vragen van maatschappelijke en preventieve aard te stellen

zijn. Volgens mij kan er immers zeker sprake zijn van misleiding, die koppels nodeloos ongerust kan maken en ook nodeloos kan leiden tot verregaande besluiten bij koppels, zelfs tot het afbreken of het laten varen van hun kinderwens.

Ik overloop even de problemen die er volgens mij op zijn minst zijn. Aangezien 75 procent van het menselijke genoom nog niet door de wetenschap in kaart is gebracht, dient elke test met de nodige scepsis te worden bekeken. Iedere mens – wij allemaal – is drager van verscheidene genetische mutaties. Sommige van die mutaties houden geen enkel verband met een erfelijke aandoening, andere correleren in sommige gevallen met een bepaalde aandoening, maar niet op dermate significante wijze dat het een betrouwbare voorspeller wordt. Schijnverbanden zijn ook niet uit te sluiten.

Zelfs de meest betrouwbare genetische of niet-genetische testen kunnen geen 100 procent zekerheid geven. Ook daarover bestaat er wetenschappelijke eensgezindheid. Er is immers altijd een kans op een vals positief resultaat of op een positief resultaat waarbij een embryo weliswaar drager blijkt te zijn van een mutatie, maar zonder dat de symptomen zich manifesteren.

Omgekeerd is een negatief resultaat ook geen garantie dat een aandoening zich niet zal voordoen. Niet alle geboorten van een kind met bijvoorbeeld downsyndroom, zijn terug te brengen tot de genetica. Ontwikkelingen tijdens de zwangerschap kunnen eenzelfde resultaat geven. Als er bij een geboorte 0,13 procent kans is op het downsyndroom, zou een dragerschapstest bij de ouders dat aantal tot 0,11 procent herleiden. Net wegens die kansberekening opteert men in ons land net voor de veel betrouwbaardere niet-invasieve prenatale test (NIPT), waarover we hier onlangs nog een bespreking hadden.

Toevallig of niet, deze vrij fundamentele opmerkingen over kennis en betrouwbaarheid worden in de voorwaarden van het contract dat voor deze test getekend moet worden, in niet meer dan twee zinnen uitgelegd. Nog erger: in een derde zin stelt het bedrijf zich meteen vrij van vervolging voor alle acties die volgen uit het resultaat van de door hen aangeboden test.

Een andere cruciale opmerking is dat alle andere aandoeningen waarop het bedrijf test, een nog veel lagere kans op voorkomen hebben dan Down of muco – waarvan ik net heb beschreven dat de kansberekening een problematiek op zich is. We spreken over cijfers van 1 op 10.000. Zoals al opgemerkt, kan er zelfs bij een positief of negatief resultaat geen zekerheid worden geboden.

Een derde punt van kritiek is dat noch de kans op het voorkomen van de zaken waarop men test, noch de interpretatie van het resultaat van de test gekaderd worden door het bedrijf. Dit is een belangrijk punt, het wordt ook door de centra voor menselijke erfelijkheid veelvuldig aangehaald. Men ontvangt naakte resultaten, er is geen toelichting over en geen counseling bij wat er getest is en het resultaat. En daar we allemaal drager zijn van een of andere mutatie maakt dit mensen nodeloos bang. Het kan dus nodeloos leiden tot, in extreme gevallen, het verlaten van de kinderwens of het kan een vals gevoel van veiligheid geven. Er komt immers geen arts of medisch specialist in beeld. In onze gezondheidszorg neemt een medisch geschoolde deze rol normaal gezien op zich.

Het fundamentele probleem is dat er weinig objectieve informatie en heel weinig overheidsinformatie beschikbaar zijn. Er zijn heel weinig plekken waar koppels die hierover vragen hebben, zich toe kunnen wenden. Koppels met een kinderwens die 'problemen' willen voorkomen, kunnen niet op veel plaatsen terecht met hun potentiële vragen om duiding.

Minister, welke maatregelen kunt u binnen uw bevoegdheden nemen om koppels met vragen over genetische aandoeningen beter te informeren over die testen?

Op welke genetische aandoeningen is testen volgens u op dit moment zinvol? Ik heb daar vragen bij, dat hebt u gemerkt. Wat is volgens u de waarde van dragerschapstesten bij koppels met een kinderwens?

Indien u beaamt dat er te veel vraagtekens, te veel onzekerheid en te veel kwalijke gevolgen verbonden zijn aan het aanbieden van zulke dragerschapstesten zonder bijhorende gedetailleerde informatie, ziet u dan mogelijkheden om deze praktijken aan te pakken?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mijnheer Bertels, de overwegingen die u aanhaalt, zijn heel terecht en volgen dezelfde gedachtegang die de basis vormt voor ons beleid inzake bevolkingsonderzoek: niet alles wat opspoorbaar is, is zinvol om op te sporen.

Aan elke screening zijn ook nadelen verbonden. Screening heeft bovendien een kost, ook een maatschappelijke. Ook al betaalt de betrokkene de opsporing volledig zelf, de vervolgonderzoeken en eventuele behandelingen worden mee gedragen door de samenleving.

Mede om die redenen heeft Vlaanderen een regelgeving waarbij screening, aangeboden via de zorgsector, niet kan zonder toestemming van de minister. Een Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek adviseert hierbij. Daartegenover staat een zogenaamd 'gedemedicaliseerd' aanbod van testen. De nieuwe screeningstest voor recessief erfelijke ziektebeelden waarnaar u verwijst, de Screening Test for Inherited Diseases (STID) van Genetisch Diagnostisch Netwerk (GENDIA), is daar een voorbeeld van.

Bij een dergelijk rechtstreeks aanbod aan de burger, zonder tussenkomst van professionelen, dreigt inderdaad een model te ontstaan waar commerciële belangen spelen en systematisch de afweging wordt gemaakt tussen voor- en nadelen voor individu en de maatschappij. De nadelen zullen, zeker in ons sociaal zekerheidssysteem, inderdaad ook terechtkomen op de schouders van de gemeenschap.

Voor een dergelijk aanbod is er wellicht een markt. En ik ben het met u eens dat we hier als samenleving – dus inclusief het beleid – op moeten anticiperen. Het is essentieel om zowel zorgaanbieders als de burgers maximaal en objectief te informeren. Enerzijds moeten we benadrukken dat voor wie het nodig heeft, gevalideerde en medisch geschikte testen worden aangeboden in de erkende genetische centra en dat die ook worden terugbetaald. Anderzijds moet er informatie beschikbaar zijn over de risico's en bezorgdheden bij de testen die vrij op de markt worden aangeboden. Op die manier kan de burger de voor- en nadelen met betere kennis van zaken afwegen vooraleer een beslissing te nemen. Die beslissing kan immers een grote impact hebben op latere keuzes in verband met bijvoorbeeld vruchtbaarheid en zwangerschap.

Daarnaast is het noodzakelijk in een goed kader te voorzien waarbinnen testen gebeuren. De centra voor menselijke erfelijkheid zijn gebonden aan regelgeving die de voorwaarden bepaalt voor het aanbieden van genetische testen. Er zijn specifieke procedures voor genetische counseling. Uiteraard is het minder evident om een dergelijke omkadering op te leggen aan bedrijven bij een aanbod van genetische screening buiten de context van de genetische centra. De huidige Belgische regelgeving biedt daarvoor eigenlijk onvoldoende houvast.

Er moet bovendien rekening gehouden worden met de internationale context waarin de bedrijven in kwestie zich situeren. In dit verband kan ik u aanbevelen om het advies hierover van de Hoge Gezondheidsraad eens te lezen. U zult dan merken dat de aanbevelingen aan het beleid zeer sterk appelleren op een Belgische regelgeving in een internationale context. Het is een illusie te denken

dat we dit op het Vlaamse of zelfs Belgische niveau sluitend kunnen regelen. Dit is een internationaal gegeven dat op dat vlak moet worden geregeld. Dat staat ook met veel nadruk in dat advies.

Aan de Vlaamse werkgroep Bevolkingsonderzoek hebben wij gevraagd een advies te formuleren over genetische en gedemedicaliseerde testen, in welke mate de Vlaamse regelgeving hierop van toepassing kan zijn, en welke de mogelijke initiatieven zijn om hierop in te spelen. Gezien de complexiteit van het probleem is er nog niet bepaald tegen wanneer dit advies afgerond zal zijn. We hebben aan diegenen die daarvoor bevoegd zijn op Vlaams niveau uitdrukkelijk wel de vraag gesteld.

Even belangrijk lijkt ons het opstarten van een breed maatschappelijk debat. Het staat de consument vrij om in te gaan op een aanbod op de markt, maar er zijn aan die keuze ook consequenties voor het individu en de samenleving en ethische aspecten verbonden. Daarbij moeten uiteraard experten, maar evengoed de burger betrokken worden. Vragen zijn onder andere wie de nadelen van het aanbod zal betalen. Wij denken dan onder meer aan de opgewekte ongerustheid, overdiagnose en -behandeling en de verhoogde druk op het zorgsysteem. Draagt het individu en dus, in ons zorgsysteem, ook de samenleving de kost of zal de aanbieder hierin bijdragen? Hoe verhoudt dat aanbod van testmogelijkheden zich tot het recht om niet te weten? Wat als screening vragen uitlokt waar de diagnostische sector voorlopig geen antwoord op heeft? Hoe wordt de privacy van de betrokkenen bewaakt? Er is geen eenduidig antwoord op al deze vragen. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad stelt heel uitdrukkelijk in de zesde aanbeveling dat er bijkomende studies en debat nodig zijn.

U vroeg op welke genetische aandoeningen testen volgens mij op dit moment zinvol zijn. Ik neem aan dat uw vraag in essentie gaat om dragerschapsonderzoek voor autosomaal recessieve aandoeningen. We volgen daar de wetenschappelijke evoluties op, maar het is een heel ingewikkelde discussie. Op dit moment blijven wij onderstrepen dat dergelijk onderzoek alleen zinvol is als een aantal essentiële voorwaarden zijn ingevuld, zoals ter beschikking stellen van goede informatie op maat van de vrager en counseling in de vorm van al dan niet multidisciplinaire begeleiding voorafgaand, tijdens en na de testen. Om die reden pleiten wij ervoor dat genetische screening vandaag alleen binnen de erkende genetische centra zou gebeuren.

Dragerschap voor autosomaal recessieve aandoeningen wordt door de centra voor menselijke erfelijkheid alleen getest na genetische counseling en bij indicatie. Dat is een familiale voorgeschiedenis van een autosomaal recessieve ziekte of een koppel uit een etnische groep die een verhoogd risico heeft op autosomaal recessieve aandoeningen. Indien het om een bloedverwant koppel gaat waar de autosomaal recessieve aandoening niet bekend is, wordt meestal gescreend op autosomaal recessieve ziekten die relatief frequent voorkomen in de betreffende bevolkingsgroep, bij ons bijvoorbeeld mucoviscidose met een incidentie van 1 op 25 en spinale musculaire atrofie met een incidentie van 1 op 35 in de algemene bevolking. De centra menselijke erfelijkheid hebben voor mucoviscidose nationale richtlijnen voor dragerschapsonderzoek uitgewerkt. Ze zijn openbaar en te vinden op de website van de Belgian Society for Human Genetics.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp·a): Minister, het staat buiten kijf dat dit een ingewikkelde discussie is, dat we actie moeten ondernemen en dat we een maatschappelijk debat moeten voeren. Er gebeuren nu 'drama's' bij mensen die die testen aangeboden krijgen, gebruiken en daarover verkeerde raad krijgen.

Zoals u zegt, doen de centra menselijke erfelijkheid counseling, voor- en naonderzoeken en geven ze een uitgebreide toelichting. Deze gedemedicaliseerde

commerciële draagschapstesten hebben dat niet. We moeten daar preventief in optreden. Het is goed dat u verwijst naar het advies dat er moet komen, maar het moet wel gebeuren. Minister De Block gaat ook op zoek naar een advies, en de ene verwijst een beetje naar de andere om te zien wie er initiatief kan of moet nemen. Ik weet dat we op het snijpunt zitten van de twee bevoegdheidsdomeinen, maar dit belet niet dat we in het kader van ons preventief gezondheidsbeleid actie moeten ondernemen om objectieve informatie ter beschikking te stellen die toegankelijk is voor de wensouders. Zo niet, blijven we het risico lopen dat er verkeerde zaken gebeuren. We moeten niet wachten op internationale regelgeving om op zijn minst zelf objectieve informatie ter beschikking te stellen en mensen te wijzen op de risico's van zulke propaganda en reclame voor deze maatschappelijk zeer discutabele testen die mensen op een totaal verkeerd been kunnen zetten.

Ik neem aan dat we, voor mijn part samen met het College voor Antropogenetica, die daarover ook een advies formuleerde, en de FOD Volksgezondheid, actie moeten ondernemen en niet moeten wachten op het eerste mediatieke slachtoffer.

De voorzitter: De heer Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mijnheer Bertels, ik ben het eigenlijk helemaal met u eens. Als er een maatschappelijk debat nodig is, dan is nog niet zozeer de vraag of dit op Belgisch of Vlaams niveau moet gebeuren. Uit het advies van de Hoge Gezondheidsraad blijkt duidelijk dat een en ander op internationaal niveau zal moeten worden geregeld.

Ik heb de mensen ontvangen van een bedrijf uit Amerika, dat ook een stek heeft in Engeland, waar via internet tests kunnen worden besteld. Voor inwoners van België mogen bepaalde zaken niet worden onderzocht, voor inwoners van Nederland dan weer wel. Hier wordt dus heel duidelijk een punt aangehaald dat een fundamentele beleidsuitdaging is, maar dat wellicht op verschillende niveaus moet worden aangepakt. Dit probleem is bij de Vlaamse Gemeenschap aangekaart als gevolg van haar bevoegdheid op het vlak van preventie en screening. De ethische vragen die hierbij rijzen, hebben echter ook repercussies op het vlak van verzekeringspolissen, en alle mogelijke maatschappelijke aspecten die daaraan verbonden kunnen zijn.

Mijn aanvoelen is dat het parlement een goede plaats is als men een dergelijk fenomeen in een breed maatschappelijk debat met alle nuances wil bespreken. Daar komen immers verschillende meningen aan bod. We hebben een aantal adviserende instanties en we zullen voor onze werkgroep Bevolkingsonderzoek ook een advies krijgen. Ik ben mij echter wel goed bewust van het feit dat dit geen onderwerp is om een kleine conceptnota over te maken of te regelen via een klein decreet. Er is een debat nodig om de zaken op scherp te stellen en te bespreken.

Ik wil mij daar helemaal niet achter verstoppen. Zoals gezegd, zullen we nagaan wat onze eigen adviesorganen daarover zeggen en wat we op ons niveau kunnen doen. Op dit ogenblik hebben we centra, die we in de focus proberen te houden omdat ze in goede, verantwoorde omstandigheden goed werk leveren. Nog niet zo lang geleden hebben we het vijftigjarig bestaan gevierd van het Leuvense centrum, dat met grote zin voor verantwoordelijkheid en bewustzijn voor de maatschappelijke consequenties met dergelijke zaken omgaat. Daar worden ook de randvoorwaarden van counseling goed ingevuld.

Wij blijven dus inzetten op dat spoor. We hebben onlangs nog een campagne gevoerd rond wat de hielprik wordt genoemd. Ook daar werd mij de vraag gesteld of die informatie ook niet via een DNA-onderzoek verkregen kan worden. Wij maken binnen een afwegingskader bepaalde keuzes om bepaalde zaken te

doen en niet te doen, en op dit ogenblik zijn we niet van plan om een aantal dingen te doen buiten de zorgvuldigheid die aangewezen is. Ik realiseer mij zeer goed dat dit antwoord alles en niets zegt. Als we een spoor hebben en we willen een debat openen, moeten we een aanleiding krijgen voor een maatschappelijk debat. Wij zullen nagaan of het advies van onze werkgroep Bevolkingsonderzoek ons daarvoor een aanleiding kan geven.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp·a): We zijn het erover eens dat er een maatschappelijke discussie moet komen en dat er hierover ethische vragen bestaan. Ik ben het er persoonlijk ook mee eens dat het spoor van de centra voor menselijke erfelijkheid verder bewandeld moet worden. Ik denk echter dat de overheid iets actiever moet waarschuwen voor de – in mijn ogen kwalijke – neveneffecten van dergelijke gemedicaliseerde commerciële dragerschapstests, zonder te wachten op adviezen.

De voorzitter: Mevrouw Croo heeft het woord.

Caroline Croo (N-VA): In 2007 gaf het KCE al aan dat er een betere samenwerking moet zijn van centra, zowel op nationaal als op Europees niveau, om het klinisch nut en de kostenefficiëntie van die tests grondig te bekijken. We gaan er ook van uit dat de commerciële spelers aan dezelfde spelregels moeten voldoen. Zoals u een paar weken geleden in een antwoord op mijn vraag al aangaf op de reactie van de heer Persyn, is dit toch wel een belangrijk debat in het kader van de organisatie van de zorg. We zijn dus benieuwd hoever we hiermee staan.

Een meer algemene studie over de organisatie en de toegankelijkheid van de prenatale zorg was ook gepland voor 2016. Wat is de timing van die studie en is het luik van de genetische tests daarin ook al opgenomen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik denk dat u verwijst naar de organisatie van de conferentie rond jonge kinderen. Die conferentie is gepland voor het najaar 2016. Die trajecten – het prenatale en de opvolging – zullen daar inderdaad aan bod komen. Die conferentie wordt nu samen met alle beroepsgroepen voorbereid.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Lies Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de e-sigaret
– 947 (2015-2016)

VRAAG OM UITLEG van Jan Bertels aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de e-sigaret
– 999 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Ik heb hier al meermaals vragen gesteld rond de e-sigaret. Mijn teneur was in het verleden altijd dat ik graag wat duidelijkheid had over het gebruik van de e-sigaret en de wettelijkheid daarrond in de verkoop. Die duidelijkheid is er gekomen, want federaal minister van Volksgezondheid Maggie De Block gaf ondertussen de toestemming om ook e-sigaretten mét nicotine te verkopen in ons land. Deze zouden dan verkocht kunnen worden zoals alle andere tabaksproducten en kunnen dus in alle winkels worden aangeboden, ook aan jongeren vanaf 16 jaar.

Wij hebben lang gewacht – en u hebt daar in uw vorige antwoorden altijd op gewezen – op het advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR), omdat dit bepalend zou zijn voor het innemen van verdere standpunten rond die e-sigaret. Dat advies is er ondertussen. Daarin wordt aangemaand tot waakzaamheid en terughoudendheid bij de introductie en het algemeen beschikbaar maken van de e-sigaret, omdat het een eventuele aanzet zou kunnen betekenen voor het roken van gewone sigaretten.

Zo vindt de HGR dat het ongelimiteerd gebruik van de e-sigaret onwenselijk is, al ziet de HGR voor de e-sigaret wel een rol weggelegd in het tabaksontmoedigingsbeleid. Het is dus geen zwart-witverhaal van voor of tegen de e-sigaret. De twee pistes bieden mogelijkheden.

Nog volgens de HGR zou de e-sigaret met nicotine enkel mogen worden verkocht via gespecialiseerde verkooppunten waar opgeleid personeel aanwezig is. Ook de variant zonder nicotine zou moeten worden onderworpen aan nieuwe strenge regels inzake reclame.

De federale minister van Volksgezondheid heeft dit advies zeker niet volledig gevolgd.

Minister, in een antwoord op een schriftelijke vraag van mij van 16 november 2015 schetste u de complexiteit van het gebruik en de verkoop van de e-sigaret. U kondigde aan dat u zou overleggen met uw federale collega. De procedure is dat zulke dossiers inhoudelijk worden voorbereid in de Cel Gezondheidsbeleid Drugs, waar alle ministers van Volksgezondheid vertegenwoordigd zijn. Een afstemming van het beleid rond de e-sigaret stond al van in het begin van deze legislatuur op het programma van deze cel. U liet ook uitschijnen dat het advies van de HGR in hoge mate doorslaggevend zou zijn. Dat blijkt nu dus niet het geval te zijn.

Minister, in welke mate werd over deze beslissing van federaal minister De Block met u en uw andere collega's op gemeenschaps- en gewestniveau overlegd? Wat is uw visie op het gebruik van de e-sigaret? Hoe staat u tegenover de beslissing? Welk standpunt of aandachtspunt hebt u naar voren gebracht in het overleg in de Cel Gezondheidsbeleid Drugs? Hoe gaat u deze beslissing vertalen naar Vlaamse beleidsdaden op vlak van preventie en educatie? Plant u nog verder overleg met de sector van preventie en rookstopbegeleiding? Wanneer mogen we het nieuwe of aangepaste actieplan middelengebruik verwachten en welk aandeel zal daarin besteed worden aan de e-sigaret?

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp·a): Voorzitter, minister, collega's, onlangs besliste de federale minister van Volksgezondheid dat de elektronische sigaret in ons land legaal te verkrijgen zal zijn. Wie met andere woorden het roken wenst te minderen, kan in de toekomst gebruik maken van de e-sigaret.

Een probleem is echter dat het aan internationale consensus ontbreekt over de wenselijkheid van deze elektronische sigaret. De merites zijn duidelijk en het is bewezen dat deze sigaret verstokte rokers van hun verslaving kan afhelpen. Anderzijds is door het aanbieden van de e-sigaret het risico groter dat jongeren gestimuleerd gaan worden tot roken. Waar het voor intense rokers een instrument kan zijn om af te stappen van het roken, zou het voor jongeren net een opstap kunnen zijn naar roken. Zo stelt de American Association for Cancer Research (AACR) dat er een duidelijke leeftijdsafbakening nodig is om dit te vermijden. Een ander element dat zij aanhalen, is de onduidelijkheid over de langetermijneffecten van het gebruik van de e-sigaret.

Minister, kunt u uw federale collega volmondig volgen in haar beslissing omtrent de e-sigaret? Wegen de voordelen volgens u op tegen de nadelen? Hebt u in het

overleg mee gepleit voor het verkoopbaar stellen van de e-sigaret? Moeten we ons preventief gezondheidsbeleid bijsturen uit bezorgdheid dat de e-sigaret tot een stijging van het aantal rokers onder jongeren zal leiden? Moeten we niet waakzaam zijn dat de e-sigaret niet aanzet tot het roken van de 'gewone' sigaret? Acht u deze maatregel een gevaar voor de realisatie van de gezondheidsdoelstellingen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, het is een goede zaak dat collega De Block werk heeft gemaakt van de omzetting van de Europese richtlijn in de Belgische regelgeving. De verschillende overheden wisten dat zij die opdracht zo snel mogelijk wilde uitvoeren. De wetgeving ligt in lijn van de regelgeving voor de gewone sigaret, die weliswaar schadelijker is.

Op vraag van Vlaanderen gaf de Algemene Cel Drugs de opdracht aan de Cel Gezondheidsbeleid Drugs om te komen tot een beleid rond tabak, met klemtoon op de e-sigaret. De werkzaamheden in deze werkgroep zijn nog volop bezig. Ik wil hier dan ook nog geen voorafname op doen.

Zoals reeds aangegeven, is een werkgroep bezig met het uitwerken van een gezamenlijk beleid op tabak en de e-sigaret. In deze werkgroep komen ook issues als toegankelijkheid en beschikbaarheid aan bod. Wat het extra ingewikkeld maakt, is dat er niet alleen maar potentiële gezondheidsrisico's zijn, maar ook potentiële voordelen, met name voor rokers die overstappen naar de e-sigaret. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad heeft geprobeerd om een evenwicht te vinden tussen die twee.

We willen mensen waarschuwen voor de gezondheidsrisico's van roken of van het roken van e-sigaretten. Op de langere termijn moeten we over een aantal fundamentele vragen een ruimere discussie voeren met de sector van preventie en rookstopbegeleiding. Het gaat dan bijvoorbeeld om vragen zoals de volgende. Kan de e-sigaret een plaats krijgen in rookstopbegeleiding? Welke boodschap gaan we geven aan rokers? Blijven we uitsluitend vragen dat ze stoppen, of laten we ruimte voor een soort van schadebeperking door over te stappen naar e-sigaretten? Dit zijn kwesties die een degelijk debat verdienen, en conclusies moeten zo veel mogelijk gedragen zijn door het terrein en onderbouwd met wetenschap. Dit is dan ook een thema dat wordt opgenomen in het voortraject van de Gezondheidsconferentie van 2016. Het voortraject van die conferentie is ondertussen gestart, en dat moet uitmonden in voorstellen voor nieuwe doelstellingen eind 2016.

Als het over tabak gaat, zal de e-sigaret daar een belangrijk onderwerp van gesprek zijn: hoe gaan we dit inpassen in ons preventiebeleid, onze preventieboodschappen, en preventiemethodieken? We zullen ook moeten nagaan op welke manieren we dit nieuwe fenomeen kunnen opvolgen en hoe we de bestaande instrumenten zoals de gezondheidsenquête en de leerlingenbevraging moeten en kunnen uitbreiden. Ook de plaats van de e-sigaret binnen de rookstopconsultaties verdient aandacht. Ik verwacht dat een nieuw actieplan daar in 2017 duidelijke, onderbouwde en gedragen krijtlijnen uitzet.

We gaan dus de werkzaamheden van de werkgroep die we zelf hebben gevraagd, afwachten. De werkgroep zal ook voorstellen doen aan het beleid via de interministeriële conferentie. Dat zal samenvallen met het moment waarop ook de Gezondheidsconferentie daarover uitspraken kan doen.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik begrijp dat de omzetting van de Europese richtlijn door minister De Block slechts een startpunt

is geweest, namelijk het louter omzetten van de richtlijnen zonder dat er verder is gediscussieerd over de pro's en contra's die ook in het advies van de Hoge Gezondheidsraad aan bod kwamen. Ook de adviezen van de Stichting tegen Kanker en het Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (VIGeZ) zijn daar nog niet verder besproken. Het gaat louter om een omzetting.

Het is nu dus de intentie om via een werkgroep mogelijke aanpassingen te bespreken, zoals het aanbod via gespecialiseerde winkels om jongeren erop te wijzen dat er een gevaar is om de stap te zetten naar de gewone sigaret en om te wijzen op de pro's en contra's van een e-sigaret. Is dat dan de bedoeling? Is het de bedoeling om die algemene richtlijn die is omgezet, eventueel nog bij te sturen en aan te passen waar nodig op basis van wetenschappelijke inzichten en discussies die nog zullen worden gevoerd binnen de werkgroep en de Gezondheidsconferentie?

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp·a): Minister, ik ben een beetje verbaasd over uw antwoord. Het gaat om een omzetting van een Europese richtlijn, maar dat gebeurt niet van vandaag op morgen. De omzetting van een Europese richtlijn vergt een hele procedure waar een hele termijn over gaat.

Blijkbaar heeft men 'gewacht' op de omzetting van die Europese richtlijn om een aantal neveneffecten te gaan bespreken in een werkgroep of adviesgroep die zal werken met het oog op de gezondheidsconferentie van eind 2016. Minister, ik zou daar sterker op willen reageren. Los van de voordelen voor verstokte rokers waarnaar u hebt verwezen, waren de nadelen van de e-sigaret bekend en uitdrukkelijk beschreven. We hadden op voorhand een beleid moeten maken, voor de omzetting, niet erna. Nu doet men alsof de omzetting het startpunt is met betrekking tot het beleid inzake de nadelige effecten van die e-sigaret, maar men had dat veel vroeger kunnen doen. De richtlijn van Europa dateert immers niet van gisteren.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik nodig natuurlijk iedereen uit om op het bevoegde beleidsniveau de juiste vragen te stellen over deze maatregelen. Wij hebben gevraagd, via de structuren die ons ter beschikking staan, om in de Algemene Cel Drugsbeleid en de afgeleiden daarvan het gesprek te voeren om tot beleidsafstemming te komen. Iedereen moet dan binnen zijn bevoegdheden doen wat hij denkt te moeten doen, maar het is evident dat, als je spreekt van 'health in all policies', je moet proberen een geïntegreerd beleid te realiseren. We hebben dan ook de instrumenten opgestart die daarvoor ter beschikking zijn. Mevrouw Jans, ik vind inderdaad dat er in die cel, in een werkgroep daarover moet worden gesproken, want als we een geïntegreerd beleid willen hebben, dan zullen we daar toch moeten bespreken hoe het ene op het andere kan worden afgestemd. Wat ons betreft, moet dat culmineren in de besluitvorming op de gezondheidsconferentie, waarvan de timing ongeveer zal samenvallen met het kunnen doen van aanbevelingen aan de interministeriële conferentie.

Dat gezegd zijnde, ieder zal zich binnen zijn bevoegdheden moeten uitspreken en zijn verantwoordelijkheid moeten nemen voor wat hij of zij meent te moeten doen. Vlaanderen zal proberen een constructieve bijdrage te leveren om die geïntegreerde aanpak mogelijk te maken, maar we zijn niet bevoegd om in de plaats van een andere overheid beslissingen te nemen. In die zin is dit dus een beetje een oefening in dialoog en zoeken naar convergenties. Het is echter niet zo dat Vlaanderen het comfort heeft om aan de kant commentaar te geven en te verwachten dat iemand anders dan optreedt. De andere overheden zullen daarover ook posities innemen en zullen uiteraard ook hun inbreng moeten doen in dat streven naar een gemeenschappelijke strategie.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Minister, ik blijf dan optimistisch in deze kwestie. Ik vond het al goed dat u inderdaad hebt gevraagd om die werkgroep op te richten en daar verder over na te denken, om ook wetenschappelijk onderbouwd tot beslissingen te komen. Ik weet ook dat dat uw bevoegdheid niet is, maar Vlaanderen is wel bevoegd voor preventie, educatie en sensibilisatie. Het is dus belangrijk dat Vlaanderen ook het signaal geeft aan de minister die daar wel voor bevoegd is, dat de nu genomen beslissing niet de optimale oplossing is, dat er zeker nog verder werk aan de winkel is.

De voorzitter: De heer Bertels heeft het woord.

Jan Bertels (sp·a): Minister, dat we moeten gaan voor een geïntegreerd beleid, zal niemand betwisten, denk ik. Ik blijf echter toch een beetje verbaasd, want op een vraag van een collega – ik weet niet meer of het mevrouw Saeys of mevrouw Jans was – hebt u zelf geantwoord dat het beleid met betrekking tot de e-sigaret al sinds het begin van deze legislatuur op het programma staat, dat alle ministers van Volksgezondheid daar actief mee bezig zijn in de Algemene Cel Drugsbeleid. Nu blijkt dat men na het toelaten van de legale verkoop nog steeds bezig is met het ontwikkelen van dat beleid. Ik vraag me dan af wat die cel de voorbije achttien maanden heeft gedaan.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de identificatie van pleegouders
– 953 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voorzitter, minister, geachte leden, in de vorige legislatuur hebben we in dit parlement een nieuw decreet houdende de pleegzorg goedgekeurd, op 20 juni 2012. Dat was een parlementair initiatief waardoor de pleegzorg toch wel op een heel andere manier wordt georganiseerd. Het nieuwe decreet is sinds 1 januari 2014 van kracht. Het wordt regelmatig aangehaald in deze commissie, wanneer het gaat over pleegzorg of wanneer we besprekingen hebben in het kader van de integrale jeugdhulp en dergelijke.

Het decreet schuift pleegzorg naar voren als een vorm van hulpverlening die aan belang moet winnen. Zo moet het de eerste te overwegen hulpvorm zijn wanneer het noodzakelijk is dat kinderen uit huis worden geplaatst, ongeacht de leeftijd van die kinderen. Daarbij is de ondersteuning en erkenning van pleegouders natuurlijk van groot belang. Ook liggen er aan de overkant, bij de collega's van de Kamer een aantal voorstellen voor met betrekking tot het statuut van pleegouders. In het kader van dat decreet hebben we overigens een aantal bepalingen opgenomen om pleegouders beter te ondersteunen ten opzichte van de vroegere regelgeving. Ik denk dan maar aan het feit dat men steeds een studietoelage ontvangt voor kinderen in pleegzorg, of aan het feit dat pleegouders altijd kunnen genieten van het laagste tarief voor kinderopvang.

Nu horen we dat pleegzorgers regelmatig een probleem hebben met het zich kunnen identificeren als iemand die voor een kind zorgt, wanneer ze een kind afhalen bij de kinderopvang, wanneer het kind moet deelnemen aan een schooluitstap en dergelijke meer. In dat kader kwam me het recente voorbeeld van de Duitstalige Gemeenschap ter ore. Daar is de erkenning als pleegzorger tastbaar

gemaakt door het toekennen van een identificatiekaart, een soort badge. Die kaart wordt toegekend aan de pleegouder en wordt gepersonaliseerd door het vermelden van diens naam en geboortedatum, alsook de naam of namen en geboortedata van het pleegkind of de pleegkinderen. De kaart stelt de houder ervan dus in staat zich te identificeren als pleegouder. Minister, ik denk dat een dergelijke identificatie bij een aantal heel praktische zaken een en ander voor pleegzorgers zou kunnen vergemakkelijken.

Minister, hoe staat u tegenover het gegeven van een identificatiekaart voor pleegzorgers? Overweegt u het invoeren van zo'n kaart in Vlaanderen, zodat pleegzorgers zich op eenvoudige wijze als pleegzorger kunnen identificeren indien dat nodig is? Wat zijn dan eventueel de voorwaarden waaraan dat zou moeten voldoen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Geachte leden, het decreet van 29 juni 2012 houdende de organisatie van pleegzorg voorziet dat elke pleegzorger of kandidaat-pleegzorger die aan de voorwaarden om aan pleegzorg te doen voldoet en aan wie een pleegkind of pleeggast wordt toegewezen, een attest krijgt. Dat attest wordt fysiek toegekend door de dienst voor pleegzorg en maakt de formele erkenning tastbaar dat men als pleegouder dit pleegkind of deze pleeggast mag opvangen. Het attest maakt melding van een aantal persoonsgegevens van de pleegzorger, zoals de naam en het adres. Daarnaast bevat het ook gegevens van het pleegkind of de pleeggast zelf, zoals – ook hier – de naam, het adres en de geboortedatum.

In de praktijk wordt dit attest, bij de pleegzorg aan minderjarigen vaak in combinatie met de jeugdhulpverleningsbeslissing, een document dat wordt opgemaakt door de intersectorale toegangspoort en dat vermeldt hoelang een kind wordt toegewezen aan een pleeggezin, door de pleegzorger ook gebruikt om zich tegenover de buitenwereld kenbaar te maken als pleegouder, bijvoorbeeld bij de aanvraag bij de dienst Bevolking van een gemeente om een pleegkind bij hem of haar te laten domiciliëren of bij de aanvraag om gebruik te kunnen maken van het laagste tarief voor kinderopvang. Het pleegzorgattest laat dus in de praktijk voor Vlaanderen al toe dat de pleegzorger zich fysiek kan identificeren.

Nu heb ik onlangs vernomen, naar aanleiding van een bezoek van mijn collega van de Duitstalige Gemeenschap trouwens, dat daar inderdaad een soort kaart of badge wordt gebruikt. Ik denk persoonlijk dat het wel interessant zou kunnen zijn om daaromtrent informatie uit te wisselen, om te bekijken of dat vanuit het oogpunt van gebruiksvriendelijkheid een goede praktijk is, die we kunnen overnemen. We zullen daartoe het initiatief nemen.

Ik heb hierbij al meteen een eerste bedenking of reactie. Ik denk dat we dit ook zouden moeten kunnen meenemen in het licht van de federale wetgevende initiatieven inzake het statuut van de pleegouder. Als we dit doet, is er natuurlijk een soort identificatie die bruikbaar is, ook in het buitenland. Het is goed als die op nationale wetgeving kan terugvallen.

Ik zal u op de hoogte blijven houden van wat we van de Duitstalige Gemeenschap kunnen vernemen. Wat ik alvast van mijn collega heb begrepen, is dat ook hij van mening is dat we moeten bekijken of dit niet ergens een plaats kan krijgen in het op stapel staande federale debat.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, ik dank u voor het antwoord. U verwijst terecht naar het attest voor pleegzorg dat met het nieuwe decreet is ingevoerd en dat ook een aantal gegevens bevat. Voor ons is dat attest natuurlijk enorm belangrijk om aan te tonen dat iemand geschikt wordt bevonden om als

pleegzorger voor een bepaald kind op te treden. U hebt gelijk dat het ook voor identificatie gebruikt zou kunnen worden. Ik denk dat een identificatiekaart toch ook een aantal praktische mogelijkheden zou kunnen bieden voor de pleegzorgers. Ik ben alleszins tevreden dat u zegt dat u dit verder zult onderzoeken.

Het is mogelijk dat er een federale basis nodig is, dat weet ik niet. Dat moet misschien ook verder onderzocht worden, ook in het licht van het statuut. Ik ben in elk geval tevreden dat u dit onderzoek wilt doen. Vaak zijn het kleine praktische problemen waarmee pleegzorgers, die al ontzettend veel engagement op zich nemen, worden geconfronteerd. Ze brengen een aantal moeilijkheden mee en wij moeten die proberen uit te sluiten.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over onderwijsverblijf voor jongeren
– 1014 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Voorzitter, minister, collega's, Zonderwijs komt op voor geïntegreerde leerlingen die na jaren onderwijs in België, worden uitgewezen. Zonderwijs strijdt voor een onderwijsverblijf voor deze jongeren en vraagt minimaal om jongeren toch op zijn minst het schooljaar te laten afmaken in België. Federaal heeft de staatssecretaris van Asiel en Migratie steeds negatief gereageerd op deze vraag wegens het vermeende aanzuigeffect. Nochtans zijn er nergens bewijzen van dit aanzuigeffect.

Wat wel bewezen is, is het schadelijke effect van een terugkeer op geïntegreerde jongeren. Zo bleek uit een onderzoek uit 2012 bij 164 teruggekeerde kinderen in Kosovo, dat 70 procent niet meer naar school gaat. Bijzonder onrustwekkend zijn ook de cijfers over het welzijn van de uitgewezen jongeren. Zo is 44 procent depressief en 25 procent suïcidaal, en lijdt 33 procent aan een posttraumatisch stresssyndroom. Nog eens 23 procent heeft geen vrienden en 55 procent zegt dat de uitwijzing: "de verschrikkelijkste ervaring van mijn leven was". Dit zijn cijfers waar we even stil van worden.

De uitwijzing is een enorm ingrijpende actie in het leven van een schoolgaande jongere met bewezen diepgaande negatieve effecten op zijn of haar welzijn. Indien een terugkeerbeleid met zo'n impact op het leven van een jonge geïntegreerde scholier gevoerd wordt op basis van het argument dat een onderwijsverblijf een aanzuigeffect veroorzaakt, lijkt het niet meer dan normaal dat dit aanzuigeffect voldoende bewezen wordt. Op de vraag naar studies of cijfers die dit effect onderschrijven, kregen zowel het Kinderrechtencommissariaat als de groep van Zonderwijs, die allebei vertegenwoordigd zijn in het overlegplatform over deze materie, tot nog toe geen degelijk antwoord.

Minister, u bent als minister van Welzijn ook betrokken. Welke standpunten worden in het overlegplatform verdedigd vanuit Welzijn? Hebt u een gecoördineerd standpunt met de minister van Onderwijs? Ziet u vordering in het gezamenlijke overleg?

Zult u vanuit welzijnsoogpunt in het overlegplatform aandringen bij de federale staatssecretaris voor Asiel en Migratie om duidelijke cijfers en studies neer te leggen die het vermeende aanzuigeffect onderschrijven? Er is immers een heel zware impact op het welzijn van jonge kinderen.

Zult u als minister van Welzijn en Volksgezondheid waken over het waarborgen van de rechten van het kind voor alle kinderen, ook voor de kwetsbare jongeren die in asielprocedures betrokken zijn?

Erkent u de schadelijke effecten van een uitwijzing op het welzijn van geïntegreerde jongeren?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Van den Brandt, uw vraag gaat hoofdzakelijk over een aanpassing van de verblijfswetgeving en het beleid van de federale staatssecretaris van Asiel en Migratie. Ik beperk mij in mijn antwoord tot de bevoegdheden van ons beleidsdomein.

Alle sectoren van de Vlaamse Gemeenschap die betrokken zijn bij de hulpverlening aan kinderen en jongeren, zijn verplicht het decreet Rechtspositie voor Minderjarigen in de Jeugdhulp te implementeren. Ze worden geacht hierin een beleid te voeren en zelf regelmatig werkpunten te formuleren waarrond actie wordt ondernomen. De Zorginspectie kijkt toe op de naleving van het decreet.

De integrale jeugdhulp sluit geen kinderen uit. Er zijn dus ook minderjarigen in het aanbod waarvan de ouders een precair verblijfsrecht hebben. Er zijn geen gevallen gerapporteerd van uitwijzing van gezinnen waarvan één of meerdere kinderen begeleid werden door de jeugdzorg.

Indien deze situatie zich wel zou voordoen, dan kan het gezin een procedure aanspannen om de uitwijzing aan te vechten. Wanneer het een dossier is van de jeugdrechtbank, kan de jeugdrechter beslissen om een beschermingsmaatregel te nemen. In geen van beide situaties valt dit onder onze bevoegdheid.

Er zijn procedures voor de regularisatie van verblijf, met name op basis van de Verblijfswet, meer specifiek volgens artikel 9bis, namelijk om humanitaire redenen, en 9ter, om medische redenen. Het is niet aan ons om te waken over de toepassing in de praktijk of om voorstellen tot aanpassing te doen. Dat is federale materie.

Het lijkt me duidelijk dat de uitwijzing van kinderen die hier lang verbleven hebben, een grote impact heeft op die kinderen. Voorkomen is dus duidelijk beter dan genezen. Daarom pleit iedereen, ook de kinderrechtencommissaris, voor korte procedures.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, u bent niet enkel bevoegd voor het welzijn van kinderen die momenteel in de jeugdzorg worden opgevolgd, begeleid of verzorgd. U bent verantwoordelijk voor het welzijn van alle kinderen in onze samenleving, ook voor de kinderen die zich in een precaire situatie bevinden. U verwijst te gemakkelijk naar een federale minister. De vragen wat uw standpunten zijn in het overlegplatform en of u een gecoördineerd standpunt hebt ingenomen met de minister van Onderwijs, vind ik wel relevant. Ik wil dan ook aandringen op een antwoord erop.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mevrouw Van den Brandt, de collega die de kinderrechten onder zijn bevoegdheden heeft, is minister Gatz.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ettelijke Groenparlementsleden hebben gelijkaardige vragen gesteld in de hoop ergens een antwoord te krijgen. U bent gevat

hierin. Maar goed, ik wil gerust minister Gatz ook nog eens ondervragen, en als het moet, zullen we ook minister-president Bourgeois ondervragen. Het lijkt me toch te gemakkelijk om de bal in elkaars kamp te leggen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over suïcidepogingen bij studenten
– 1035 (2015-2016)

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het hoge aantal studenten hoger onderwijs in de cijfers inzake suïcidepogingen
– 1039 (2015-2016)

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over een onderzoek inzake suïcidepogers
– 1129 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp·a): Voorzitter, minister, collega's, ik zal mijn twee vragen na elkaar stellen.

Uit cijfers verzameld door de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek (EZO) van de Universiteit Gent (UGent) blijkt dat in 2014 minstens 276 studenten een suïcidepoging hebben ondernomen. Dat is toch een disproportioneel hoog aantal.

Voor deze schrikbarende cijfers worden verschillende verklaringen gezocht. Zo is er onder meer het gegeven dat zij in een fase van het leven zijn waarin enerzijds het brein nog volop in ontwikkeling is, terwijl ze anderzijds vaak voor het eerst grote schokervaringen meemaken die hun psychologisch evenwicht onderuithalen.

De vraag is dan hoe daarmee om te gaan. Een van de kernelementen lijkt alleszins te zijn dat risicogroepen de best mogelijke psychosociale omkadering moeten krijgen.

Bent u ervan overtuigd dat studenten deze omkadering nu al voldoende krijgen? Welke stappen kunt en zult u zetten om die omkadering te verbeteren en om de dramatische cijfers terug te dringen?

Mijn tweede vraag om uitleg gaat wat meer in detail voort op dit onderzoek en behelst een aantal andere aspecten.

Waarom doen nog niet alle ziekenhuizen mee met het Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang (IPEO)? Welke beweegredenen hebben zij? Op welke termijn zal dit instrument overal gebruikt worden? Ook het gebruik van IPEO blijkt nog lang niet ingeburgerd te zijn.

Niet iedereen die na een suïcidepoging aangemeld wordt bij een ziekenhuis, wordt geregistreerd met het IPEO-instrument. Uit de analyse van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek blijkt dat het hier vaak om mensen gaat met een ernstiger letsel na de suïcidepoging: wegens de ernst ervan worden zij logischerwijze in de eerste plaats somatisch behandeld, maar blijft de registratie in IPEO achterwege. Dat betekent echter ook dat de kans veel groter is dat er "geen gedegen

risicoinschatting is gebeurd, waardoor ze vaker geen verdere ambulante of residentiële behandeling ontvingen en op ontslag werden gestuurd." Dat staat zo in het onderzoek. Nochtans is het net deze groep die een korte opvolging nodig heeft om de kans op herval en een nieuwe poging te verkleinen. Hoe kunt u ervoor zorgen dat ook zij zeker in IPEO worden geregistreerd en dus worden opgevolgd?

Een in vele onderzoeken terugkerend fenomeen is het onderscheid in suïcidegedrag tussen vooral West-Vlaanderen, en in mindere mate ook Oost-Vlaanderen, enerzijds, en de rest van Vlaanderen, anderzijds, waar nog geen eenduidige verklaring voor gevonden is. In hoeverre beperkt dit de doelmatigheid van preventiestrategieën, en hoe gaat u op zoek naar een verklaring voor dat opvallend verschil om zo de doeltreffendheid van preventie sterk te verhogen? Kunt u, met andere woorden, specifiek preventie aanpassen aan de ook specifieke situatie in bepaalde gebieden?

Een van de meest opvallende verschillen in het aantal suïcidepogingen betreft dat tussen mannen en vrouwen: terwijl de 'rate' voor mannen op 131 per 100.000 ligt, is dat voor vrouwen 193 op 100.000, of bijna de helft hoger. Hebt u een verklaring voor dit verschil?

In het onderzoek tekenen zich duidelijk belangrijke risicofactoren af: zo is een op vijf pogers alleenstaand of gescheiden, terwijl dat in de algemene populatie minder dan een op tien is. Het risico dat zij een suïcidepoging ondernemen, ligt dus dubbel zo hoog als bij de algemene populatie. Ook de professionele status is, niet zo verrassend, een belangrijke risicofactor: onder de pogers bevinden zich drie keer meer werklozen dan in de algemene populatie, en ook inactieven, en dan vooral invaliden, zijn zeer sterk oververtegenwoordigd. Wat betekent dat voor het preventiebeleid?

Van de suïcidepogers die geregistreerd zijn met IPEO, gaf de helft aan vooraf in professionele behandeling geweest te zijn. Opvallend is dat, terwijl een op vier vrouwen aangeeft vooraf geen enkele vorm van hulp gekregen te hebben, dat bij mannen oploopt tot een op drie. Hoe kunt u dat verschil terugdringen?

Bij de helft van de suïcidepogers gaat het niet om de eerste poging. We weten dat hoe korter de termijn van de voorgaande tot de huidige suïcidepoging is, hoe acuter het gevaar voor herhaald suïcidaal gedrag is. Opvallend is daarbij dat terwijl zeven op tien vrouwen na een vorige poging werd behandeld, dat voor mannen maar zes op tien is, minder dus. Opnieuw stelt zich dus de vraag hoe het komt dat, zeker bij mannen, er bij zo'n grote groep geen enkele vorm van behandeling volgt, niet alleen voorafgaand aan maar dus ook na die poging. Wat kunnen wij daaraan doen?

Wanneer pogers expliciet gevraagd wordt naar voorafgaande gebeurtenissen in hun omgeving, blijkt dat een op vijf een traumatische ervaring heeft meegemaakt, een op vijf een overlijden of ernstige ziekte kende in de onmiddellijke omgeving, en een op tien geconfronteerd is geweest met suïcidaal gedrag van een belangrijke andere in de omgeving. Ook daar weer de vraag hoe we daarop kunnen inspelen met preventie.

Negen op tien suïcidepogers die geregistreerd zijn, geven aan een verdere behandeling te wensen. Tegelijk zien we dat meer dan 6 procent uit spoed wordt ontslagen zonder enige opvolging, zelfs zonder doorverwijzing naar ambulante hulp. En waar wel wordt doorverwezen naar ambulante hulp, is het natuurlijk niet eens zeker dat die hulp ook binnen afzienbare tijd gegeven kan worden, gelet op de lange wachttijden. Het onderzoek besluit dan ook dat de studies aantonen dat het risico op suïcidaal gedrag daalt in de eerste twaalf maanden volgend op een suïcidepoging indien de patiënt terechtkan in de geestelijke gezondheidszorg, maar dat de beschikbaarheid natuurlijk ook een belangrijk deel uitmaakt van de preventiestrategie.

Ik geef ten slotte een aantal opvallende cijfers bij jonge suïcidepogers. Een op tien woont in gezinsvervangend verband, nog eens een op tien woont bij broer, zus, grootouders, of tante. Wat betekent dit voor uw toekomstige preventiestrategie? Een op drie volgt bso, tegenover een op vier globaal, ook dat is een significant verschil. Een op drie jonge suïcidepogers heeft vooraf al een poging ondernomen. Zes op tien gaf aan dat er hulp werd geboden na die eerste poging. Dat betekent dat bij vier op tien jongeren geen hulp wordt geboden na een eerste suïcidepoging. Ik vind dat een zeer verontrustend cijfer. Hoe is dat mogelijk en wat kunt u doen om dat te veranderen?

44 procent van de jongens gaf aan met niemand te willen praten over hun problemen, bij meisjes is dat 6 procent. Hoe kunnen we dat mentaliteitsverschil aanpakken? Dit verschil wordt wellicht ook verder doorgetrokken naar de ouder wordende bevolking, waar we ook zien dat mannen minder hulp zoeken.

Een op de vijf jonge pogers kende vooraf een poging in het gezin, en bijna een op drie bij vrienden. Het is dus duidelijk een risico wanneer in de naaste omgeving een dergelijke poging wordt ondernomen. Hoe kunnen we die jongeren identificeren en begeleiden?

Ten slotte, bij 5,6 procent van de kinderen en jongeren die een poging ondernamen, werd geen enkele verdere behandeling geboden. Wat kan daaraan gedaan worden en hoe is dat mogelijk?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): In 2014 ondernamen ongeveer 2071 Vlamingen een suïcidepoging en kwamen vervolgens terecht op een spoedafdeling van een ziekenhuis. In 276 gevallen ging het om een student(e) uit het hoger onderwijs. Dat blijkt uit het jaarverslag van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek van de UGent op basis van de gegevens van 37 ziekenhuizen met een spoeddienst. Zij geven aan dat het daadwerkelijke aantal zelfmoordpogingen nog een stuk hoger zal liggen, omdat niet alle ziekenhuizen hun cijfers doorgeven of registreren en natuurlijk ook niet alle Vlamingen die een poging ondernamen, in het ziekenhuis terechtkomen. Het is een feit dat studenten disproportioneel en opmerkelijk naar voren komen in deze cijfers, ook al blijft het onduidelijk hoeveel jongeren jaarlijks precies door zelfdoding overlijden.

Wat sterk verontrust, is dat slechts een kleine minderheid van deze jongvolwassenen voordien hulp heeft gezocht. Nochtans zetten hogescholen en universiteiten in op psychosociale begeleiding en is men ook daar meer aandacht gaan besteden aan suïcidepreventie. Zo is onder andere de Leuvense universiteit gestart met een preventieproject MindMates. We stellen echter vast dat de taboes op geestelijke gezondheidszorg nog altijd sterk aanwezig zijn.

Minister, eerder al gaf u tijdens een commissiedebat hierover aan dat u, naast het bestaande ruime aanbod van algemene preventie, bijvoorbeeld fit in je hoofd, Te Gek!? enzovoort tot gerichte interventie, bijvoorbeeld VDIP, in het nieuwe geestelijke gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren in specifieke aandacht én een aangepast aanbod zult voorzien voor jongeren in de scharnierleeftijdsfase van 16 tot 23 jaar. U zei toen ook dat u zou bekijken of de methodiek MindMates ingepast kan worden in ons Vlaamse beleid.

Op welke manier werken onze centra voor geestelijke gezondheidszorg (cgg's) samen met hogescholen en universiteiten in het kader van suïcidepreventie? Hoe kan deze samenwerking mogelijk nog geïntensifieerd worden?

Zult u naar aanleiding van deze cijfers overleg plegen met uw collega van Onderwijs? Wat is de stand van zaken van de taskforce geestelijke gezondheidszorg in de

ontwikkeling van een nieuwe organisatie van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren ?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Op dit moment werken ongeveer 75 procent van alle Vlaamse ziekenhuizen vrijwillig mee aan het IPEO-project. Wanneer de vergelijking wereldwijd wordt gemaakt, zijn Vlaanderen en Ierland de enige twee landen of regio's waar dergelijke uitgebreide registratie van suïcidepogingen in zoveel ziekenhuizen plaatsvindt. Dat neemt niet weg dat er continu initiatieven worden genomen om dit aantal nog te verhogen.

Ik heb in het verleden reeds een brief gestuurd naar de niet-deelnemende ziekenhuizen met een vraag naar uitleg waarom ze IPEO niet gebruiken. Bij het jaarverslag dat momenteel naar alle, deelnemende en niet-deelnemende, ziekenhuizen wordt verstuurd, hebben we opnieuw een appel gelanceerd om alle ziekenhuizen te stimuleren deel te nemen aan het IPEO-project. Ook vanuit de suïcidepreventiewerking van de centra voor geestelijke gezondheidszorg wordt continu getracht de niet-deelnemende ziekenhuizen aan te spreken en te motiveren om mee te werken. En we zien toch dat sommige ziekenhuizen alsnog over de schreef worden getrokken. Zo zal ook het AZ Nikolaas starten met de (K)IPEO.

Het gebruik van het (K)IPEO is niet verplicht. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor het niet-gebruik, zoals personeelswissels, administratieve belasting, reeds een eigen uitgewerkt beleid enzovoort. De implementatie van het KIPEO is pas in 2012 gestart. Met de opstart van de nieuwe ggz-netwerken kinderen en jongeren in Vlaanderen zien we een nieuwe kans. Onze suïcidepreventiewerkers en de organisatie Zorg voor suïcidepogers nemen contact met de coördinatoren van de netwerken om hen te stimuleren zowel het aanbod van de suïcidepreventiewerkers, zoals het ontwikkelen van een suïcidepreventiebeleid en het aanbod training, als de KIPEO mee te nemen in het programma consult en liaison.

Bij suïcidepogingen met een ernstig letsel wordt het IPEO vaak niet afgenomen omdat de patiënt op een andere dienst wordt behandeld waar het personeel niet altijd kennis heeft van het IPEO. Dit heeft als gevolg dat men er zelf niet onmiddellijk aan denkt om het IPEO af te nemen of te laten afnemen. Vanuit de centra voor geestelijke gezondheid wijzen de suïcidepreventiemedewerkers continu op het belang van het afnemen van het IPEO en wordt met de ziekenhuizen dit aandachtspunt vaak opgenomen. Hierbij wordt gekeken naar mogelijkheden om dit probleem op te vangen. In ziekenhuizen waar wordt gewerkt met liaisonpsychologen of –psychiaters, wordt het afnemen van het IPEO op andere afdelingen door hen opgenomen.

De redenen voor het verschil tussen de provincies in suïcidecijfers is nog altijd niet duidelijk. Mogelijk zijn de attitudes ten opzichte van geestelijke gezondheid en het daaraan gerelateerde hulpzoekgedrag in het westen van Vlaanderen negatiever ten opzichte van de rest van Vlaanderen. Binnen het Vlaams actieplan wordt steeds nagegaan in welke mate de verschillende acties voor alle doelgroepen van toepassing zijn en of alle groepen bereikt worden. Er worden ook aparte acties ontwikkeld naar specifieke risicogroepen, bijvoorbeeld in West-Vlaanderen een actie gericht naar boeren in samenwerking met Boeren op een Kruispunt vzw.

Er was een vraag over het verschil tussen mannen en vrouwen. Deze trend wordt ook in internationale studies teruggevonden. Mannen sterven vaker door suïcide terwijl vrouwen meer suïcidepogingen ondernemen. Mannen kiezen namelijk voor meer lethale methoden dan vrouwen, maar ook beschermende factoren spelen een rol. Vrouwen communiceren makkelijker over hun problemen en emoties, zijn meer sociaal oplossingsgericht en zoeken makkelijker hulp.

In het tweede Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (VAS) wordt er bij het ontwikkelen van nieuwe acties steeds rekening gehouden met verschillende risicogroepen. Suïcidepogers zijn de belangrijkste risicogroep en hiervoor werd de organisatie met terreinwerking Zorg voor Suïcidepogers opgericht dat binnen het VAS specifieke middelen krijgt om de opvang van suïcidepogers te optimaliseren. Zorg voor Suïcidepogers ontwikkelde al heel wat acties en initiatieven voor suïcidepogers, onder andere het werken met IPEO en KIPEO. Specifiek voor jongeren ontwikkelden ze de website en de app On track Again.

Internationaal is bekend dat werkloosheid en eenzaamheid belangrijke uitlokkende factoren zijn voor een poging. Dit zijn maatschappelijke factoren die niet enkel via het gezondheidsbeleid kunnen worden aangepakt. Wat betreft de setting 'werk' loopt er tot eind maart een pilootproject rond preventiecoaches op het werk die met medewerking van de externe diensten voor bescherming en preventie op het werk, ondersteunen bij het ontwikkelen van een geestelijk gezondheidsbeleid. Na afloop van dit project en de evaluatie zal de methodiek geïntegreerd worden in het aanbod van de partnerorganisatie die werkt rond algemene gezondheidsbevordering.

Het genderverschil inzake hulpzoekend gedrag wordt ook in alle internationale gegevens teruggevonden en is sterk gerelateerd aan de mannelijke risicofactoren. Aan de hand van verschillende acties, zoals de Te Gek!?-campagne wordt geprobeerd om het taboe rond geestelijke gezondheid en het zoeken naar hulp te doorbreken. Er zijn ook specifieke acties naar mannen die lokaal worden opgezet en waarbij wordt gewerkt met sportclubs om het taboe meer te doorbreken.

Uit het IPEO blijkt dat er evenveel mannen als vrouwen aangeven geen zorgbehoeften te hebben bij het vragen naar verdere behandeling. De redenen die vaak aangegeven worden door suïcidepogers die hulpverlening weigeren, zijn angst voor stigmatisering, schaamte om in de psychiatrie opgenomen te zijn, het minimaliseren van de poging, het snel terug willen gaan werken en geen motivatie hebben voor verdere behandeling. Met acties waar ik daarnet naar verwees, wordt getracht dit taboe aan te pakken.

De organisatie met terreinwerking Werkgroep Verder richt zich met verschillende acties op mensen die geconfronteerd zijn met een suïcide in hun directe omgeving. De Werkgroep Verder is lid van de Vlaamse Werkgroep Suïcidepreventie. Ook het Familieplatform voor Geestelijke Gezondheid die familieleden van mensen met een psychische kwetsbaarheid vertegenwoordigen, zijn lid van de werkgroep. Nabestaanden en naasten van personen met suïcidaal gedrag kunnen terecht op Zelfmoord1813, het platform voor iedereen die vragen heeft rond suïcidaal gedrag, voor zichzelf, voor een ander en als nabestaande.

Vanuit de multidisciplinaire richtlijnen die momenteel ontwikkeld worden door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) wordt er sterk gefocust op het bewustmaken van hulpverleners over de risicofactoren voor suïcidaal gedrag, zoals traumatische gebeurtenissen. Daarnaast zullen de richtlijnen hulpmiddelen aanreiken om suïcidaliteit meer bespreekbaar te maken.

Met het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie zetten we heel erg in op de preventie van zelfdoding op een aantal strategieën. Er is een strategie inzake geestelijke gezondheidsbevordering met betrekking tot het individu en de maatschappij. Er is suïcidepreventie door laagdrempelige telefonische en onlinehulp. Er is het bevorderen van deskundigheid en netwerkvorming bij intermediairs. Er zijn strategieën voor specifieke risicogroepen. Ook is er het aanbieden van aanbevelingen en hulpmiddelen voor de preventie van suïcide.

Op 13 oktober 2015 hebben we stilgestaan bij de stand van zaken van dit actieplan. Uiteraard willen we dat het basisaanbod geestelijke gezondheidszorg beschikbaar is voor suïcidale personen. Zo is in het referentiekader van de centra

voor geestelijke gezondheidszorg opgenomen dat het cgg een crisisaanbod voor suïcidale personen moet voorzien binnen het ggz-netwerk.

Het tekort aan basisaanbod in de ambulante werking is een pijnpunt en vraagt inderdaad aandacht. We zijn hier reeds op ingegaan in de commissie, met verwijzingen naar de ontwikkelingen in de onlinehulp, de evoluties in de netwerken 107 en kinderen en jongeren, de eerstelijnspsychologische projecten enzovoort. Uiteraard zijn we ook benieuwd naar de beslissingen die het federale niveau zal nemen over de terugbetaling van de psycholoog.

Eind 2015 maakte ik middelen vrij voor het ontwikkelen van een tool om de ondersteuningvaardigheden van ouders met suïcidale kinderen te verhogen. Dat is een initiatief van de Hogeschool Odisee in samenwerking met VLESP en EXPOO. Dat project zal niet enkel ouders ten goede komen, maar ook andere opvoeders. Het zal in de richting van het onderwijs mogelijkheden bieden. Dit project loopt tot november 2017.

Uit andere studies komt ook de overrepresentatie van leerlingen uit het bso naar voren. Uit het Jongerenonderzoek 2013 van de provincie Limburg blijkt namelijk dat significant meer jongeren uit het bso een poging hebben ondernomen in vergelijking met jongeren uit het aso en tso, respectievelijk 15 procent ten opzichte van 5 procent en 9 procent. De overrepresentatie beperkt zich niet alleen tot suïcidepogingen; ook alcohol, tabak en cannabis worden door leerlingen in die studierichting meer gebruikt. Dit is ook de reden waarom we veel belang hechten aan de werking van de CLB's en de scholen om voldoende aandacht te blijven hebben voor een beleid rond geestelijke gezondheid, aangepast aan de specifieke doelgroepen. De suïcidepreventiewerking van het cgg neemt dit mee in zijn werking op.

Jonge suïcidepogers ondernemen vaak een poging die niet zichtbaar is voor de buitenwereld en maken dit ook niet kenbaar. Dit zorgt ervoor dat de ouders en hulpverleners niet op de hoogte zijn en dus ook geen hulp kunnen bieden. Een suïcidepoging in het verleden is inderdaad een van de belangrijke risicofactoren voor een nieuwe poging of een suïcide. Dit is dan ook de reden waarom de werking naar pogers een van de pijlers is binnen het actieplan. De app On Track Again richt zich specifiek tot jonge suïcidepogers.

Recent werd de nieuwe Te Gek!?-campagne gelanceerd waarbij de focus ligt op jongeren en geestelijke gezondheid. Die wil bijdragen aan het doorbreken van het taboe omtrent geestelijke gezondheid. Door in scholen te gaan sensibiliseren, pakt Te Gek!? zowel jongens als meisjes aan.

De organisatie met terreinwerking Zorg voor Suïcidepogers is momenteel aan het werken rond adviezen en tips voor jongeren over hoe om te gaan met een ouder, broer of zus of een vriend(in) die een suïcidepoging heeft ondernomen. Een suïcide(poging) in de omgeving is ook gekend als belangrijke risicofactor om zelf een poging te ondernemen. Dit is dan ook de reden waarom de zorg voor nabestaanden met de Werkgroep Verder een van de pijlers is binnen het actieplan.

Er was een vraag waarom er niet in verdere nabehandeling wordt voorzien na ontslag op spoed. De registraties uit het IPEO laten niet toe hieromtrent een uitspraak te doen.

Zoals uit de mediaberichtgeving blijkt, hebben jongeren tussen 15 en 24 jaar een verhoogd risico voor het ondernemen van suïcidepogingen. Die groep omvat naast studenten dus ook de groep middelbare scholieren.

Om ervoor te zorgen dat het aantal jonge suïcidepogers daalt, voorziet het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie in een aantal strategieën, gaande van algemene gezondheidsbevordering, waaronder veerkracht versterken, de methodiek 'Fit in je hoofd,

goed in je vel' en NokNok voor twaalf- tot zestienjarigen, ondersteunings-vaardigheden van ouders versterken, sociale aansluiting bevorderen, stigma doorbreken, laagdrempelige telezorg en online hulp tot strategieën specifiek voor suïcidepogers.

De omkadering voor jonge mensen die een suïcidepoging ondernomen hebben wordt in eerste instantie opgenomen vanuit de organisatie met terreinwerking 'Zorg voor suïcidepogers'. Zij zorgen ervoor dat jeugdhulpverleners en hulpverleners vorming en ondersteuning krijgen rond suïcide. Zij ondersteunen de hulpverleners bij integrale zorg na opname en hebben een draaiboek Zorgpad voor jongeren na een poging ontwikkeld. Ten slotte zorgen zij voor de integratie van de KIPEO-tool in het zorgpad van de suïcidepoger. De suïcidepreventiewerkers geven de trainingen aan de zorgverstrekkers in het zorgpad.

Daarnaast werden de voorbije jaren heel wat online methodieken ontwikkeld, die vaak meer aansluiting vinden bij de leefwereld van jongeren. Ik heb reeds verwezen naar de website en de app On Track Again, maar ook de app BackUp voor suïcidale personen en hun omgeving en Think Life, zijnde de online zelfhulpcursus voor mensen met zelfdodingsgedachten, zijn laagdrempelige en anonieme online methodieken die goed aansluiten bij de leefwereld van studenten.

Jongeren kunnen ook terecht bij de reguliere hulpverlening en de telezorg. Zo bereikt Zelfmoordlijn1813 heel wat jongeren en studenten: aan de chat is 55 procent van de oproepers jonger dan twintig jaar, op e-mail is dit 49 procent. Specifiek met betrekking tot studenten wil ik erop wijzen dat in tegenstelling tot andere onderwijsinstellingen, die centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's) hebben, universiteiten en hogescholen de middelen voor een gezondheids- en welzijnsbeleid in eigen beheer hebben, waardoor zij autonoom kunnen beslissen op welke manier zij inzetten op gezondheidszorg.

Zo bieden verschillende hogescholen en universiteiten verschillende vormen van begeleiding en therapie aan via de sociale dienst, studentenartsen en studentenvoorzieningen. Daarnaast wordt er sterk ingezet op deskundigheidsbevordering aan onderwijspersoneel, waarbij zij vorming krijgen omtrent vroegdetectie, signaalherkenning en aanpak van suïcidale jongeren. Aan de KU Leuven bijvoorbeeld loopt het project MindMates, dat inzet op 'peer support' voor studenten met psychische problemen.

Een van de kerntaken van een cgg-suïcidepreventiewerking (cgg-sp) bestaat in het opbouwen van netwerken, met het oog op het bereiken van alle relevante partners binnen suïcidepreventie. Hogescholen en universiteiten horen daar zeker bij.

Er wordt door cgg-sp naar hogescholen en universiteiten gewerkt rond deskundigheidsbevordering door toekomstige hulpverleners kennis bij te brengen over suïcidaliteit en de mogelijkheden om hiermee om te gaan. Vanuit cgg-sp worden contacten gelegd met verschillende opleidingsinstituten, worden samenwerkingen opgestart en wordt gepoogd om suïcidepreventie in het lespakket te integreren. In 2015 werden aan zestien universiteiten en hogescholen vormingen gegeven aan studenten.

Naast deskundigheidsbevordering hebben de cgg-suïcidepreventiewerkers ook als taak scholen te ondersteunen bij het opmaken van een beleid rond suïcidepreventie. Sinds vorig jaar is er een toolkit voor scholen die ontwikkeld werd binnen het Euregenas-project (European Regions Enforcing Actions Against Suicide) met effectieve strategieën in het kader van zelfmoordpreventie die ook kunnen worden toegepast binnen de context van hogescholen en universiteiten. Meer informatie over suïcidepreventie op scholen, inclusief de Euregenas-toolkit, is te vinden op www.zelfmoord1813.be.

Uiteraard staat de hulpverlening die de cgg's bieden, ook open voor studenten en wordt er door hogescholen en universiteiten naar de cgg's doorverwezen. Door

het lage tarief waaraan de cgg's hulpverlening aanbieden, wordt de drempel om hulp te zoeken, verlaagd.

Er vindt geregeld overleg plaats tussen Onderwijs en Volksgezondheid, waarbij we elkaar op de hoogte houden van nieuwe initiatieven en ontwikkelingen. Dit gebeurt onder andere in de gemengde beleidsraad van onderwijs en welzijn, volksgezondheid en gezin, die we deze legislatuur hebben opgericht.

Collega-minister Crevits heeft in haar commissies ook al geantwoord op vragen in verband met het geestelijk gezondheidsbeleid in hogescholen en universiteiten. Ik heb meegedeeld hoe onze cgg-suïcidepreventiewerkers daarin een ondersteunende rol kunnen spelen, maar uiteraard ligt het in de bedoeling dat we goede praktijken ook langs die weg proberen te verspreiden en dat het Vlaams Expertisecentrum hier een ondersteunende en aanmoedigende rol speelt.

Intussen zijn alle netwerken operationeel en beschikt elk netwerk over netwerkcoördinatie. Er is per provincie een netwerk gevormd en één netwerk in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, zowel Nederlandstalig als Franstalig. De FOD Volksgezondheid stelt middelen ter beschikking voor de netwerkcoördinatie, maar ook Vlaanderen doet dit door de werking rond kinderen en jongeren van de Overlegplatforms GGZ te integreren.

Daarnaast voorziet de FOD werkingsmiddelen en medische omkadering ten behoeve van alle zorgprogramma's. Op Vlaams niveau is een taskforce GGZ Integrale Jeugdhulp opgestart om de afstemming tussen beide beleidslijnen te optimaliseren. Het kabinet van minister De Block en de coördinator voor de Vlaamse netwerken zijn hierop aanwezig.

De netwerken, behalve in West-Vlaanderen, zijn inmiddels begonnen met de opstart van de crisisnetwerken, met aandacht voor mobiele crisiszorg, intensifiëring van residentiële crisisopvang en casemanagement. Vlaanderen bewaakt de aansluiting van dit nieuwe programma met het crisisaanbod in de integrale jeugdhulp. Er is afgesproken dat men in elk netwerk de integratie tot één gezamenlijk crisismeldpunt nastreeft tegen einde 2016.

Op dit moment zijn de netwerken bezig met het indienen van de templates voor de programma's 'langdurige zorg' en 'consult en liaison'. In het programma 'langdurige zorg' wordt onder meer in mobiele assertieve hulpverlening voorzien. De template voor dit programma is afgestemd op de Vlaamse oproep voor een kwaliteitslabel voor intersectorale samenwerkingsverbanden die een individueel hulpprogramma aanbieden aan jongeren met een handicap en een complexe hulpvraag. In het kader van de Vlaamse oproep werden middelen vrijgemaakt in de begroting van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp·a): Minister, eerst een woordje over de toeleiding naar hulpverlening. De redenen waarom mensen na een poging geen hulpverlening wensen, zijn volgens u de angst voor het stigma, schaamte, het minimaliseren van de poging, terug aan het werk willen of gebrek aan motivatie.

Terug aan het werk gaan hoeft geen probleem te zijn. Men kan immers ambulant worden geholpen. Angst voor het stigma of schaamte zouden door de maatschappij collectief moeten worden tegengegaan, waarbij de overheid ongetwijfeld een belangrijke verantwoordelijkheid draagt.

Wat de motivatie betreft: mensen kunnen worden gemotiveerd. Waarom zijn ze niet gemotiveerd? Geen motivatie an sich vormt geen afdoend antwoord. Denken ze dat hulpverlening niet zal helpen? Weten ze dat er toch niemand beschikbaar is?

Vinden ze het te duur? Ik vind de notie 'motivatie' eerder een containerbegrip. Men kan er niet mee omgaan als men niet weet wat de onderliggende redenen zijn.

Ik ben dan ook van oordeel dat men bij de registratie iets meer moet doorvragen. Ik ga ervan uit dat de personen die de gesprekken aangaan, een specifieke opleiding hebben gevolgd en dat die psychologen, psychiaters en therapeuten heel goed weten hoe ze dat soort gesprek moeten voeren. Geef hun dan ook de tools op een formulier om aan te duiden wat er eventueel verder kan gebeuren. Men mag toch niet zonder meer stoppen met het aankruisen van de vermelding dat iemand wel hulp wil, maar bang of beschaamd is. Daarop moeten volgende stappen worden ondernomen. Er moeten toch pogingen worden gedaan om die persoon met zijn angst te leren omgaan en hem alsnog te bewegen tot het nemen van die stap.

Als mensen bijvoorbeeld in hun omgeving met een suïcide worden geconfronteerd, dan betekent dat inderdaad een verhoogd risico. Ze kunnen bellen naar een nummer, er is een platform, maar dat zijn allemaal stappen die de mensen zelf moeten zetten. De vraag is in welke mate de maatschappij outreachend kan werken naar degenen die in een nabije omgeving met suïcide worden geconfronteerd. Wanneer een dicht familielid, bijvoorbeeld een ouder, zich het leven beneemt, dan heeft dat een enorme invloed op een kind. In bepaalde gevallen kan het zinvol zijn om naar de mensen toe te gaan.

Er is een online hulpaanbod en er zijn telefoonlijnen. Voor sommigen is dat wellicht een lagere drempel, maar het kan natuurlijk de therapeut niet vervangen: menselijk contact is belangrijk. Daar knelt precies het schoentje. Vorige week zat ik samen met een psycholoog die probeerde een meisje dat suïcidaal is door te sturen, maar het is maanden wachten. Hierop moet een antwoord komen. De wachtlijsten zijn overal heel lang, maar hier gaat het om een kwestie van leven of dood. Er kan misschien een extra inspanning gebeuren.

Minister, ik hoor dat u zegt dat er overal mobiele crisisnetwerken zijn, behalve in West-Vlaanderen. Dat is vreemd, want dat is precies de provincie waar het risico het hoogst is. Misschien kunt u enige toelichting geven en ons geruststellen, misschien heeft de opstart enkele weken vertraging opgelopen. Geen opstart in West-Vlaanderen zou mij toch grote zorgen baren.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Lies Jans (N-VA): Minister, u hebt aangetoond dat er voor dit uiterst belangrijke thema op veel manieren, op veel sporen, met veel partners wordt samengewerkt. Het is een speerpunt in het ggz-beleid. De cijfers tonen echter aan dat het beter kan. De niet-deelnemende ziekenhuizen worden aangemaand om deel te nemen. Het tekort aan basisaanbod en het ambulante aanbod blijft een pijnpunt. De oplossingen liggen echter niet voor de hand. Uw antwoord is een goed overzicht van wat er momenteel gebeurt, ik zal het rustig nalezen.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Er is inderdaad een tekort in het aanbod. De oplossing ligt echter niet voor de hand, ze ligt in een doorgedreven wil om extra middelen in te zetten. De ggz-centra zijn sinds 2011 niet meer extra uitgebreid. De meeste organisaties en diensten blijven ter plaatse trappelen of gaan zelfs achteruit omdat er bespaard wordt op de werkingsmiddelen.

Minister, als we het echt menen met de geestelijke gezondheidszorg, dan zullen we het aanbod moeten versterken. We zetten stappen vooruit in het doorbreken van taboes: de Te Gek!?-campagnes zijn bijzonder waardevol en de eerste-, tweede- en derdelijnshulp werken uitstekend. Het kan natuurlijk altijd beter en

anders. Er is genoeg expertise, er zijn genoeg bekwame hulpverleners, maar er is niet voldoende aanbod om er op in te zetten. U kunt erop inzetten, u kunt erin investeren. Dat is uw verantwoordelijkheid.

De voorzitter: De heer De Bruyn heeft het woord.

Piet De Bruyn (N-VA): Ik heb toch wat moeite met de manier waarop sommige collega's het debat voeren. Niet met het feit dat men vragen stelt bij de cijfers, die de tendensen die we al langer kennen bevestigen, maar ik vind het wel jammer dat die vragen niet werden gesteld op het ogenblik dat we het actieplan hebben geëvalueerd. Het was de bedoeling bij uitstek om over partijgrenzen heen bekommernissen en aandachtspunten te bespreken. Spijtig genoeg werd die kans toen niet benut.

Dit neemt echter niet weg dat dit opnieuw een zinvol debat is. Het standpunt dat we het enkel met meer geld kunnen oplossen, trekt evenwel de complexiteit van de thematiek in twijfel. Er zijn heel wat oorzaken die uiteindelijk leiden tot suïcidaal gedrag, een suïcide poging, een gelukte suïcide. Het is een bijzonder ingewikkeld probleem. Het is de grote verdienste van deze en van de vorige Vlaamse Regering dat ze inzetten op multidisciplinariteit. We zijn al lang geëvolueerd vanuit een pure medische benadering, vanuit welzijn en gezondheid. We zoeken naar een optimale afstemming van alle denkbare factoren die aan de basis liggen van deze complexe thematiek. De minister verwees naar Integrale Jeugdhulp, Onderwijs, Welzijn, Werk en naar de federale ministers die verantwoordelijk zijn voor de erkenning en terugbetaling van psychotherapie.

Het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie probeert te zoeken naar de beste strategie voor specifieke doelgroepen met een verhoogd risico: jongeren uit het beroepssecundair onderwijs, holebi's, transgenders, ouderen. De minister maakt middelen vrij voor aangepaste methodieken. Ik heb al vaak mijn ongeduld laten horen omdat we te lang moeten wachten op een multidisciplinaire richtlijn in een model van ketenzorg. Ik weet immers dat dit absoluut noodzakelijk is en dat het een nieuwe stap vooruit is in de preventie van zelfdoding. In dat opzicht was ik tevreden dat de minister enkele weken geleden aangaf dat de provincie Limburg dat model van ketenzorg al volop aan het uitwerken is en dat het zal worden uitgebreid over heel Vlaanderen. Ik kan alleen maar hopen dat de bekommernis van de collega's uitmondt in het ondersteunen van wat goed gaat. Laat ons echter ook kritisch blijven en vragen stellen als we het gevoel hebben dat er ergens nog een tandje kan worden bijgestoken. De problematiek mag niet gesimplificeerd worden en de oplossingen evenmin. We moeten ons ten volle rekenschap geven van de complexiteit van dit thema.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Ik wil me aansluiten bij collega De Bruyn. Ook ik wil de complexiteit onderstrepen en een oproep doen om het probleem niet te vereenvoudigen tot enkel een aanbodkant en te doen alsof er voor elk probleem rond geestelijke gezondheidszorg pasklare oplossingen zijn. Die zijn er spijtig genoeg niet.

Ik ben alleszins heel tevreden dat het actieplan zo alomvattend is en dat we hier al de gelegenheid hebben gekregen om daar heel uitvoerig op in te gaan. Het plan heeft verschillende strategieën, met heel verschillende doelgroepen.

Het is waar: elke suïcidepoging en elke suïcide is er één te veel. We moeten alles doen om daartegen te blijven ingaan. Maar ik wil onderschrijven dat er op dat vlak al ontzettend veel werk is verzet en wordt verzet. De manier waarop men aankijkt tegen suïcide en omgaat met suïcidepogers of nabestaanden van suïcideplegers, heeft een ontzettende evolutie doorgemaakt. Dat was ook

absoluut nodig. We moeten dat niet zomaar van tafel vegen en zeggen dat er ter zake niets gebeurt of dat het nooit genoeg is. Dat wil ik even benadrukken.

Geestelijke gezondheid is in het algemeen natuurlijk ontzettend complex. Het taboe en het stigma maken nog altijd een groot probleem uit. Ik ben ook heel tevreden dat er zoveel acties worden ondernomen om daartegen in te gaan. Gelukkig zijn er daarin heel wat stappen gezet.

Heel de problematiek is ook heel sterk gelinkt met de vragen om uitleg rond geestelijke gezondheid van studenten die de heer Anseeuw en ikzelf hebben gesteld op 10 november 2015. Een stuk van uw antwoord ligt in dezelfde lijn, minister. Dat is natuurlijk logisch.

Ik heb het antwoord van toen nog eens nagelezen. Ik heb nog twee kleine bijkomende vragen. De universiteiten en hogescholen voeren een autonoom beleid rond geestelijke gezondheid en leerlingenbegeleiding in het algemeen, in tegenstelling tot andere onderwijsinstellingen. U hebt ernaar verwezen dat de KU Leuven het thema heel prominent op de agenda heeft gezet en dat u hen hebt gevraagd om contact op te nemen met de andere universiteiten en hogescholen om ervaringen uit te wisselen. Hebt u daarover ondertussen meer info?

U hebt toen ook gezegd dat de methodiek van de preventiecoaches zoals we die op andere onderwijsniveaus al hebben gekend, zeker een meerwaarde zou zijn in het hoger onderwijs. De nieuwe partnerorganisatie preventieve gezondheidszorg, die inzet op de algemene gezondheidsbevordering, zou via de kadermethodiek Gezonde School inzetten op overschrijdende gezondheidsbevordering vanuit fysisch, psychisch en sociaal oogpunt en op het bevorderen van een beleid hiervoor in de setting school. Hebt u in dat verband evoluties te melden?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, iedereen beseft dat dit een heel belangrijk debat is, maar ook een debat waarbij we niet in de klassieke verhoudingen van meerderheid en oppositie redeneren. Ik apprecieer dat uiteraard. Dat is ook de realiteit van een heel complexe uitdaging.

Mevrouw Van den Bossche, ik heb begrepen dat het dossier dat was ingediend in West-Vlaanderen om te starten met die onderdelen niet als oké werd beschouwd. Men heeft gevraagd om dat dossier opnieuw in te dienen. Ze hebben daarvoor de tijd gekregen tot maart. Daarna kan men onmiddellijk van start gaan met de uitrol daarvan. Het zal dus niet zo zijn dat er een grote vertraging op zit, maar er is gevraagd om een aantal zaken opnieuw te bekijken.

Wat is de reden waarom sommigen niet ingaan op de hulpverlening? In de dingen die worden aangereikt, de richtlijnen die worden gemaakt, gaat er wel degelijk voldoende aandacht naar dat thema. Men probeert voldoende binnen te komen in de geesten van diegenen die signalen uitzenden dat ze met donkere gedachten rondlopen. Men tracht hen ervan te overtuigen om een beroep te doen op anderen.

Maar dat is voor een stuk ook de inzet van de campagnes: het maatschappelijke signaal geven dat het wel belangrijk kan zijn om over iets te praten met iemand anders. Ik begrijp dat sommigen zeggen dat je, als je dit soort zaken in campagnes steekt, ook moet kijken naar de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg. Maar eigenlijk is dat niet zozeer de eerste ambitie van die campagnes. De eerste ambitie van die campagnes is om duidelijk te maken dat het wel degelijk ertoe kan doen dat iemand met iemand kan praten over dit soort gevoelens, dat het laagdrempelig moet kunnen en niet per se onmiddellijk een gemedicaliseerd verhaal moet zijn. Dat is wat de heer De Bruyn ook heeft gezegd. Dat is heel belangrijk.

Het is de bedoeling van dit soort sensibiliseringen om zo vroeg mogelijk iets bespreekbaar te maken, vaak ten opzichte van de personen die daar in de naaste omgeving een belangrijke rol in kunnen spelen. Dat zijn uiteraard ouders, vrienden, werkmakkers, leerkrachten enzovoort. We moeten die mensen sensibiliseren om signalen te herkennen en daarin de informatie geven over wat er aan meer specifieke hulpverlening kan worden aangeboden indien dat nodig is.

Mevrouw Schryvers, die suïcidepreventiewerkers uit de cgg's zijn ook actief naar hogescholen en universiteiten toe. Ik heb niet recent nagevraagd op welke manier het project in Leuven, dat eigenlijk in dat kader past, wordt overgenomen en of anderen datzelfde project overnemen. We hebben uiteraard aan het VLESP gezegd dat ze moeten proberen ervoor te zorgen dat de goede praktijken voldoende door iedereen worden meegenomen.

Ik ken uiteraard de vragen en verwachtingen naar de cgg's als dusdanig. We hebben in 2016 niet het budget om dat aanbod uit te breiden. We gaan wel alle infrastructuurverzuchtingen van onze cgg's invullen in 2016. Daarvoor gaan we zeker de middelen mobiliseren.

Collega's, ik heb het al gezegd: de vraag is fundamenteler dan dat stukje geestelijke gezondheidszorg dat zich in de cgg's bevindt. Lees het rapport van het VLESP over de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. Daarin komen de cgg's uiteraard voor. Maar de grote uitdaging is de tanker van de gezondheidszorg in dit land, waarvan wij als gemeenschap deel uitmaken en waarin wij onze verantwoordelijkheid moeten nemen, dat betwist ik absoluut niet. Lees dat rapport en dan zul je zien dat we samen voor grote uitdagingen staan in het nog meer kunnen vermaatschappelijken van onze geestelijke gezondheidszorg.

Als je het internationaal bekijkt, hebben wij meer dan voldoende residentiële capaciteit. Uit de projecten van het artikel 107 weten we dat je, als je die capaciteit ambulant inzet, tot het inzicht komt dat je mensen bereikt die je door de muren van de psychiatrische ziekenhuizen niet kon bereiken of waarvan we ons niet bewust waren dat we ze niet konden bereiken. Door die vermaatschappelijking kunnen we de link tussen de welzijnssectoren en de geestelijke gezondheidszorg beter doorbreken.

Ik blijf erbij dat het, naast de vraag naar capaciteit, ook een vraag is over hoe je middelen in de zorg moet prioriteren. Is dat altijd in de somatische zorg of moet je toch aanvaarden dat het zich meer en meer in de geestelijke gezondheidszorg zal bevinden?

U gaat naar Nederland. Dat heb ik toch begrepen. Ik heb zelfs begrepen dat u rekent op mijn aanwezigheid. *(Opmerkingen van de voorzitter)*

In Nederland heeft men, wat de jongeren betreft, de geestelijke gezondheidszorg in de bevoegdheden van de jeugdhulp gezet op het lokale niveau. Men heeft de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren uit die ziekteverzekering gehaald en geïntegreerd bij het maatschappelijke werk, de bijzondere jeugdzorg en die vormen van ondersteuning.

U weet allen uit zowel de evaluatie van integrale jeugdhulp als uit het overleg met mevrouw De Block over het aanbod van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren, wat voor energie en overtuigingskracht er nodig is om de psychiatrische zorg te overtuigen om ook partner te zijn in de integrale jeugdhulp. Het VAPH heeft middelen ingezet om complexe situaties aan te pakken en we leggen opnieuw schakels naar de geestelijke gezondheidszorg. Er waren de getuigenissen in de hoorzitting. We moeten dan ook proberen om de geïntegreerde aanpak in de zorg voor kwetsbare personen, waarin de psychiatrie of de geestelijke gezondheidszorg een issue is, nog meer te integreren en zo goed mogelijk te vermaatschappelijken.

Ik kan met veel van de beschouwingen en kritieken leven. Ik besef ook dat we budgettair niet het makkelijkste jaar hebben, maar ik pleit er toch voor om voor de geestelijke gezondheidszorg een breder kader te zien. We gaan ook vanuit Vlaanderen – u hebt dat in een aantal beleidsdocumenten kunnen lezen – proberen om het geheel van de beleidslijnen die gaan over de ontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg, nog eens goed bij elkaar te zetten en duidelijk te maken voor de volgende jaren.

Ik denk dat geestelijke gezondheidszorg absoluut een kwestie is van samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus en dat de aansluiting op de niet-medische component een cruciaal onderdeel is van het perspectief van de Vlaamse Gemeenschap op die uitdaging.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp·a): Minister, ik vind het fijn dat u zelf zegt dat hier niet aan een simpel meerderheid-oppositiespel wordt gedaan. Ik heb dat immers zelf niet gedaan. Ik was dan ook een beetje verbaasd toen een van de collega's mij leek te verwijten dat wel gedaan te hebben. Ik heb hier gewoon een aantal vragen gesteld en ik ben uitgebreid tussengekomen in het kader van het actieplan in exact dezelfde zin. Misschien had u een hele lange plas te doen en hebt u dat niet gehoord. Geen probleem in dat geval, maar ik vind het gek dat u mij van iets lijkt te beschuldigen dat geen grond heeft.

Ik heb ook helemaal niet gezegd dat ik een oplossing voor alles heb. U zegt dat ik doe alsof ik het allemaal kan oplossen. Ik heb dat niet gedaan. Wat ik wel zeg – en dat is niet mijn mening maar een gegeven –, is dat therapie helpt. De oorzaak is niet eenduidig. Ik heb zelf ook niet één oorzaak aangeduid. De oorzaak is ook niet zozeer te zoeken louter in een mens, maar in wat die mens meemaakt en in interactie met die mens in zijn context. Die factoren veranderen. Het vraagt tijd en is niet gemakkelijk, maar we moeten het proberen.

Het is een gegeven dat er intussen mensen zijn – en veel meer dan in de landen die ons omringen – die ervoor kiezen om dood te gaan, gewoon omdat ze het niet meer zien zitten. Dan klinkt het misschien te eenvoudig in de oren van velen die een betoog hebben gehouden, dat therapie dan wel helpt. Is er nooit iemand in therapie die die keuze maakt? Natuurlijk wel. Maar helpt therapie? Ja. U zult niet kunnen ontkennen dat dat zo is. Wanneer kun je in therapie gaan? Als er plaats is en als je het je kunt veroorloven. Het plaatsgebrek – en ik hamer er inderdaad altijd op en sommigen lijken me dat te verwijten – vind ik heel belangrijk. Het is niet louter de verantwoordelijkheid van de Vlaamse overheid. Minister, ik ben het met u eens dat de federale overheid de middelen in gezondheidszorg niet op een zeer treffende manier alloceert. Het aandeel dat naar geestelijke gezondheidszorg gaat, is schandalig klein. U hebt gelijk: ook zij moeten een inspanning leveren. Maar dat ontslaat u niet van de verantwoordelijkheid om ook een inspanning te doen. Wij mogen niet doen alsof wij niet weten dat therapie aanbieden aan mensen die wanhoopsgedachten hebben, niet zou helpen en geen oplossing zou zijn. Het is niet de oplossing voor alles en het neemt zeker niet de oorzaken weg, maar het helpt wel degelijk en ondersteunt mensen met zulke gedachten.

Minister, ik wil dat toch blijven herhalen. Ik wil ook even tegenspreken dat therapie hetzelfde is als het medicaliseren van een probleem. Het is een gesprek van mens tot mens waarbij men probeert meer greep te krijgen op een situatie, er anders naar te kijken, er anders mee om te gaan. Het is niet medicaliseren wat men doet in therapie.

Ik zal blijven hameren op diezelfde boodschap. Ik heb het idee dat u wel beseft dat het belangrijk is en dat u een aantal antwoorden biedt maar nog onvoldoende

antwoord biedt op zeker de vraag naar aanbod. Ik blijf denken dat het erg belangrijk is.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Bart Van Malderen aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het zikavirus en het monitoringsbeleid dienaangaande
– 1038 (2015-2016)

Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp·a): Voorzitter, minister, collega's, mijn vraag is twee weken ingediend, en sindsdien is er bijna geen dag voorbijgegaan zonder dat er in de pers, al dan niet met grote titels, nieuwe informatie opdook over het zikavirus. Niemand moet nog stilstaan bij het dramatische effect dat dit virus intussen heeft op een heel continent. Als je kijkt naar zowel het aantal mensen dat door het virus is besmet, als naar het aantal pasgeboren baby's dat met een aan het virus gerelateerde – en zelfs dat wordt vandaag bediscussieerd – schedelmisvorming wordt geboren, dan kun je dit probleem niet minimaliseren. De vaststelling dat eigenlijk bijna een heel continent is getroffen, moet ook ons alert maken. In een geglobaliseerde wereld waar mensen over en weer reizen, is het ook bijzonder moeilijk om dit virus en mensen die erdoor besmet zijn, niet bij ons te krijgen. De afgelopen weken werden er al vaststellingen gedaan in Groot-Brittannië, Italië, Nederland, Denemarken, Zwitserland en Portugal. Voorlopig blijkt niemand van de besmette personen een vrouw te zijn. In de Verenigde Staten is er wel de melding van een geval van seksuele overdraagbaarheid.

Ik wil uiteraard geen paniek zaaien, maar ik moet wel vaststellen dat de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) de verspreiding van dit virus op het Amerikaanse continent een internationaal zorgwekkende bedreiging voor de gezondheid heeft genoemd. Dat betekent dat de organisatie specifieke regels kan uitvaardigen ter bestrijding van het virus. Met de afkondiging van de noodtoestand kunnen de landen onmiddellijk zinvolle tegenmaatregelen afspreken. In die zin hoeft die afkondiging niet noodzakelijk tot paniek te leiden.

Het belet niet dat we op onze hoede moeten zijn. Een efficiënte aanpak van virusuitbraken op dergelijke schaal begint al bij een degelijk uitgebouwde monitoring zodat adequaat kan worden opgetreden als het nodig wordt. Bij tijd en wijle duiken zulke virussen op. Ik verwijs naar SARS, naar discussies over het westnijlvirus in de VS dat nog niet tot hier is geraakt, naar ebola in West-Afrika. Dit zijn virussen en uitbraken die de grote pers halen. Maar als je nagaat hoe aids jarenlang onder de radar is gebleven en een heel continent heeft besmet maar ook bij ons is doorgedrongen, wil ik toch de vraag stellen hoe we globaal omgaan met het monitoren en het antwoorden op zulke uitbraken en vooral hoe we op de eerstelijn mensen wapenen om ermee om te gaan.

Minister, kunt u toelichting geven bij het monitoringsbeleid wat betreft het zikavirus? Welke bijkomende procedures zijn in werking getreden, ook naar aanleiding van de communicatie van de WHO? Plant u bijkomende maatregelen? Ik denk dan bijvoorbeeld aan de Olympische Spelen die eraan komen.

Voorziet u in preventief reisadvies in aanloop naar de vakantiemaanden? Dat is dezelfde periode. Kunt u toelichting geven bij de procedures die in werking treden om het virusmanagement van de diverse beleidsniveaus op elkaar af te stemmen? Staat u in contact met de WHO met betrekking tot virusverspreiding? Kunt u meer algemeen toelichting geven bij de monitoring van nieuwe aandoeningen als gevolg

van een epidemie? Ik heb er een aantal opgesomd. Sommige zijn allang niet meer zo nieuw.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: De diagnostiek van het zikavirus is in Vlaanderen momenteel alleen mogelijk in het Instituut voor Tropische Geneeskunde, het referentielaboratorium voor arbovirussen. Het team infectieziektebestrijding van het agentschap Zorg en Gezondheid staat in contact met het Instituut voor Tropische Geneeskunde en kan zo op de hoogte blijven van elk nieuw bekend geval van zikavirusinfectie. Op termijn zullen we de lijst te melden ziekten uitbreiden met autochtone zikavirusinfectie, om lokale transmissie onmiddellijk te detecteren. Tot op heden zijn er evenwel geen argumenten voor dat er een risico op verspreiding is in Vlaanderen. De aanpassing van de huidige lijst met te melden infectieziekten is dus niet acuut en zal gebeuren na de volledige periodiek geplande evaluatie van de lijst.

Op 29 januari 2016 verstuurde Zorg en Gezondheid een rondzendbrief naar onder meer alle huisartsen en ziekenhuizen om hen te wijzen op de problematiek van zikavirusinfectie en op het advies aan zwangere vrouwen om niet-noodzakelijke reizen naar epidemisch gebied uit te stellen. Dat gebeurde met verwijzing naar de regelmatig geactualiseerde informatie op de website van het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Op de website van Zorg en Gezondheid werd op 5 februari de richtlijn zikavirusinfectie geplaatst ten behoeve van het artsenkorps. Voor het reisadvies verwijzen wij naar de experten van het Instituut voor Tropische Geneeskunde. Zij volgen de internationale ontwikkelingen dagelijks op.

Mijnheer Van Malderen, u hebt uiteraard een punt als u wijst op de realiteit van de geglobaliseerde wereld en dit soort infectierisico's. Daarom misschien toch wat uitleg. De medewerkers van ons agentschap Zorg en Gezondheid zijn lid van de Belgische Risk Assessment Group (RAG) en de Risk Management Group (RMG), waarin vertegenwoordigers van alle overheden in België en experten zoals die van het Instituut voor Tropische Geneeskunde samenkomen. De RAG bestaat uit experten die een risico evalueren. De RMG is samengesteld uit experten die op basis van de risicoschatting van de RAG maatregelen uitvaardigen. De informatie en richtlijnen van de WHO worden mee opgenomen in de adviezen van die structuren, die werden opgericht in het kader van het Internationaal Gezondheidsreglement van de WHO.

Alle nieuwe aandoeningen of risicosituaties die een mogelijke bedreiging vormen voor de volksgezondheid binnen Vlaanderen en België, worden zowel binnen de groep die zich bezighoudt met de assessment als binnen de groep die zich bezighoudt met het managen van de uitdagingen geëvalueerd. Als er een nieuwe acute dreiging is, dan worden die beide groepen indien nodig ook binnen de 24 uur geactiveerd.

De voorzitter: De heer Van Malderen heeft het woord.

Bart Van Malderen (sp·a): Minister, het zal u misschien verbazen, maar als lid van de oppositie ben ik tevreden met het antwoord. Als het goed is, zeg ik het ook graag zelf. Mijn vraag dateert van 2 februari, dus voor u een aantal maatregelen hebt genomen. Het lijkt me bijzonder belangrijk om de eerste lijn in te schakelen in dezen. Het aantal mensen dat potentieel in aanraking komt met deze aandoening, is gelukkig relatief klein. Dat maakt het echter net des te moeilijker om alert te zijn voor symptomen en risicogroepen te identificeren, dus moet men daar des te alerter voor zijn. Het is vaak zo dat tropische ziekten in tropische landen veel gemakkelijker worden opgepikt en herkend dan bij ons in eerste lijn. Ik meen dus dat de sensibilisatie die ter zake is gebeurd, correct is. Het gevaar van lokale transmissie lijkt me op dit ogenblik ook relatief klein, aangezien de drager

een mug is die hier niet voorkomt. Ik roep op tot waakzaamheid met betrekking tot de variant waarvan het seksueel overdraagbaar zijn op dit ogenblik op basis van één geval bewezen wordt geacht. Dat moet men nauwgezet blijven volgen.

Ik ben blij vast te stellen dat, in weerwil van wat in dezen soms wordt gezegd, er wordt samengewerkt tussen de twee bevoegdheidsniveaus, dat daar kanalen voor bestaan en dat men ter zake zijn verantwoordelijkheid neemt. In dezen lijken discussies over bevoegdheden me niet aan de orde. Het gaat over verantwoordelijkheid nemen. Ik ben dus tevreden met uw antwoord.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Sinds vorig jaar heeft Vlaanderen ook een Outbreak Support Team (OST), dat kan interveniëren als er ergens een infectie is ontstaan. Ik kijk in de richting van de heer Persyn, die wat internationale ervaring heeft. Ik heb ook de indruk dat de WHO deze keer iets alerter heeft gereageerd dan bij de vorige crisis, maar dat is een perceptie van iemand die dat natuurlijk niet vanaf de eerste rij heeft meegemaakt. Bij ebola was er echter toch nogal wat commotie over de snelheid waarmee dat internationaal was gebeurd. Ik heb de indruk dat men nu wel veel korter op de bal heeft gespeeld. Voor mij is dat een perceptie, maar voor anderen misschien een wetenschap.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Absoluut. Ik treed uw vaststelling bij, en ook de vaststellingen van collega Van Malderen. Deze keer is er adequater gereageerd. Ook verloopt het intern overleg op Belgisch en regionaal niveau goed. Ik denk dat wij bij de les zijn. Minister, zoals u zegt, heeft de WHO niet de fout gemaakt veel te lang afwezig te blijven, zoals vorige keer. Er is inderdaad ook op internationaal niveau coördinatie nodig. Daarvoor is de WHO natuurlijk bevoegd.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Ingrid Lieten aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over woonzorgzones
– 1066 (2015-2016)

VRAAG OM UITLEG van Griet Coppé aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de integratie van het concept 'woonzorgzones' in het woonzorgbeleid
– 1103 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Lieten heeft het woord.

Ingrid Lieten (sp·a): Minister, ik had de vraag aan u en aan minister Homans gericht, maar minister Homans heeft er alle vertrouwen in dat u de vraag zult beantwoorden, dus stel ik ze aan u. Ik wil het even hebben over een recent advies van de Vlaamse Ouderenraad, waarin deze instantie pleit voor een 'Ageing Well in Place'-beleid, waarbij ouderen zo lang mogelijk en zo lang als ze zelf wensen in hun thuisomgeving zouden kunnen blijven. Dat betekent wel dat er een combinatie moet zijn van aangepaste woningen, dus van levensloopbestendige woningen, groepswonen en assistentiewoningen in alle varianten, maar ook dat straten en pleinen toegankelijk moeten zijn voor iedereen, dat er een goed openbaar vervoer moet zijn, dat de dagelijkse voorzieningen op loopafstand moeten zijn en dat er een zorgkruispunt moet zijn, waar alle info voorhanden is over beschikbare hulp en zorg in de wijk. Nu lees ik in dat advies in ieder geval ook heel veel van de uitdagingen die u zelf in uw visienota's met betrekking tot het ouderenbeleid naar voren brengt. De Vlaamse

Ouderenraad geeft onder andere ook aan dat de lokale overheid een regisseursrol op zich kan nemen. Ik meen dus dat de vragen die ik stel, ook in de richting van uw beleidsintenties gaan, maar misschien is het toch goed om op dit moment dan een stand van zaken te vragen.

De Vlaamse Ouderenraad vraagt heel concreet aan de Vlaamse overheid om initiatieven te nemen met betrekking tot woonzorgzones en alternatieve woonvormen, die volgens de raad op dit moment onvoldoende bekend zijn bij de senioren. Hij vraagt dus om het idee van 'Ageing Well in Place' volop te ondersteunen, om daar ook positief aan te werken, onder andere door pilootprojecten te installeren en op basis van de resultaten daarvan ook schaaluitbreiding en structurele verankering mogelijk te maken. Dat alles moet volgens de raad gebeuren op basis van een goede gegevensdatabank over het woningenbestand van senioren en met een maximale inspraak door de senioren.

Minister, wat is de stand van zaken met betrekking tot de implementatie van woonzorgzones in Vlaanderen? In hoeverre wordt dit ook verruimd, los van de zorgbehoevendheid van senioren, naar een algemeen concept van zorgvriendelijke wijken waarvan iedereen beter zou kunnen worden, ook gezinnen met jonge kinderen of mensen met een handicap?

Welke rol spelen de lokale dienstencentra vandaag in dit concept?

Zijn er al contacten gelegd met de federale overheid om de woonsituatie van ouderen beter in kaart te brengen en om de eventuele onaangepastheid van woningen tot op het lokale vlak te kunnen bekijken?

Welke initiatieven werden er al genomen om alternatieve woonvormen beter bekend te maken bij senioren?

In het licht van de woonzorgzones spelen ook de woonzorgnetwerken een rol. Het betreft een buurtgericht functioneel samenwerkingsverband tussen verschillende welzijns- en zorgactoren. Deze netwerken werden voorzien in het Woonzorgdecreet van 2009 – u stond mee aan de wieg ervan. Hoever staat het met de uitvoeringsbesluiten en de subsidiëring? Of wat is de planning ter zake?

Hoe ziet u de samenwerking tussen uw beleidsdomeinen? U hebt natuurlijk ook het functioneel beleidsdomein Wonen heel hard nodig om de doelstellingen te kunnen halen. Er is ook het functioneel beleidsdomein Mobiliteit en Ruimtelijke Ordening. Hoever staat het met die samenwerking? Welke gezamenlijke initiatieven zijn er nog gepland?

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Voorzitter, minister, collega's, mijn vraag ligt in dezelfde lijn. De Vlaamse overheid zet in op de doelstelling om ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen. Deze visie werd herhaald in de recent goedgekeurde conceptnota 'Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen' die door de Vlaamse Regering werd goedgekeurd.

Op 16 december 2015 bracht de Vlaamse Ouderenraad inderdaad een standpunt uit over woonzorgzones als concept binnen een geïntegreerd woonzorgbeleid. Een woonzorgzone is een woonwijk, een geografische plaats, die toegankelijk is en die is voorzien van aangepaste woonvormen en is uitgerust met goede zorgvoorzieningen. Dergelijke woonzorgzones zijn een noodzakelijke voorwaarde om de beleidsdoelstelling 'Ageing in Place' te realiseren.

Ook in de beleidsbrief Welzijn 2015-2016 wordt beloofd om het concept van woonzorgzones te onderzoeken. Ik citeer: "Lokale dienstencentra fungeren vaak als

regisseur in de uitbouw van informele en buurtgerichte zorgnetwerken. Ze werken daarvoor samen met lokale samenlevingsopbouwinitiatieven, OCMW's, lokale besturen, woonzorgcentra, diensten maatschappelijk werk en andere dienstverleners en zetten een antenne- of mobiele werking op om ook verder afgelegen gebieden bij de werking te betrekken. We onderzoeken de uitbouw van lokale woonzorgnetwerken en woonzorgzones en de mogelijke rol daarin van lokale dienstencentra en hoe deze kan afgestemd worden met andere plaatselijke initiatieven."

In het verleden werden al initiatieven genomen. Ik denk aan de studiedag met Sien Winters in 2009. Die werd georganiseerd in samenwerking met het OCMW en het Zorgbedrijf Antwerpen.

Ik verwijs ook naar de woonzorgzone van Wervik, een van de voortrekkers om hier aandacht aan te besteden en in de praktijk uit te voeren.

In Aalst loopt een project 'Ageing in Place'. Men wil er testen welke infrastructurele, sociale en maatschappelijke voorwaarden vervuld moeten worden om ouder te kunnen worden in de eigen leefomgeving. Met het project 'de integrale ouderentoets' wil men nagaan in welke mate de infrastructuur en de dienstverlening van de verschillende beleidsdomeinen van het stadsbestuur rekening houden met ouderen. De resultaten moeten mogelijk maken dat ouderen die thuis wonen, toegang hebben tot het publieke leven. Het gaat er kortom om dat ze blijven meetellen, dat ze niet geïsoleerd en vereenzaamd achterblijven. Ook wil men zorgvragen voorkomen door preventie van ongevallen in de woonomgeving en bij gebruik van publieke ruimte. Het project loopt sinds januari 2014 tot het einde van dit jaar.

Ik verwijs tot slot naar de resolutie Buurtgerichte Zorg. Die werd op het einde van vorige legislatuur goedgekeurd. Daarin wordt eveneens een pleidooi gehouden voor de creatie van meer woonzorgzones.

Minister, ik wil u vooral het volgende vragen. Hoe definieert u de rol van de Vlaamse regelgever en het Vlaamse beleid inzake woonzorgzones? Hoever staat u met het onderzoek naar de uitbouw van lokale woonzorgnetwerken en woonzorgzones, en naar de rol van lokale dienstencentra daarin? Bent u bereid om het concept van woonzorgzones te implementeren in het Vlaamse ouderenbeleid? Kunt u een stand van zaken geven over de proeftuin in Aalst? Wat leert deze proeftuin ons tot nu toe over woonzorgzones?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Voorzitter, dames en heren, ter inleiding, maar ik weet dat ik hiermee een open deur intrap: er zijn natuurlijk meerdere ministers bevoegd voor de vragen die werden gesteld. Ik heb het antwoord alvast afgestemd op twee van mijn collega's – minister Homans en minister Schauvliege – want zij hebben ter zake cruciale bevoegdheden.

Laat me beginnen met de visie op wonen en zorg van en voor ouderen. Het 'Ageing Well in Place'-principe waarnaar wordt verwezen en waar ook de Vlaamse Ouderenraad voor pleit, is niet toevallig ook het uitgangspunt waaraan het Vlaams ouderenbeleidsplan in ontwikkeling zal refereren. Ook de conceptnota 'Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen. Dichtbij en integraal. Visie en veranderagenda', die onlangs werd goedgekeurd door de Vlaamse Regering en werd overgemaakt aan de diverse adviesraden, beklemtoont het belang van het oud kunnen worden in de vertrouwde omgeving.

Een leeftijdsvriendelijk Vlaanderen promoot een visie op een samenleving voor alle leeftijden, waar iedereen een actieve rol kan spelen in de gemeenschap en van gelijke rechten en kansen kan genieten in alle perioden van het leven. Specifiek

voor de doelgroep ouderen betekent dit onder andere een oriëntatie op de kwaliteit van leven van de ouder wordende bevolking, de actieve bestrijding van leeftijdsdiscriminatie en stereotypering, een inclusieve arbeidsmarkt, digitale inclusie, de ondersteuning van het gezond ouder worden en de autonomie van de oudere personen, en dit binnen alle Vlaamse beleidsdomeinen en op alle beleidsniveaus.

Oudere personen aanzetten tot blijvende activiteit 'Ageing in Place/Active Ageing' en hen zo lang mogelijk in hun vertrouwde omgeving laten wonen, is mogelijk als ook de leef- en woonomgeving daarop afgestemd is. Een aangename en veilige woonomgeving stimuleert ouderen om naar buiten te komen. Voldoende zit- en rustplaatsen, begaanbare stoepen, bereikbaar openbaar vervoer, de aanwezigheid van basisvoorzieningen, alsook warme, betrokken en zorgzame buurten of de buurtvervlechting, kunnen hier een significante bijdrage toe leveren.

Wanneer oudere personen nood hebben aan ondersteuning en/of zorg, wordt deze in eerste instantie aangereikt in de voor hen vertrouwde leef- en woonomgeving in de nabijheid van familie, vrienden en kennissen. Daar waar zorg en ondersteuning niet meer mogelijk zijn thuis, wordt voorzien in aangepaste woon- en zorgvormen ingebed in de voor de oudere persoon bekende leef- en woonomgeving. De lokale overheden, verenigingen en welzijns- en zorgvoorzieningen kunnen hier als actoren een belangrijke ondersteunende rol vervullen en het vertrouwen hiertoe tussen mensen vergroten. Buurtgerichte zorg heeft grote slaagkans als er voldoende onderlinge betrokkenheid is tussen de mensen van die buurt.

Ik kom tot het begrip 'woonzorgzone'. Het concept werd in de jaren 90 geïntroduceerd in Vlaanderen vanuit Nederland. Dat gebeurde door middel van het zogenaamde STAGG-model. STAGG staat voor Stichting Architecten Onderzoek Gebouwen Gezondheidszorg. Het is geïnspireerd op een aantal modellen in de Scandinavische landen. Het concept is een planologisch en ruimtelijk concept, gecombineerd met een planning en organisatie van zorg- en dienstverlening, en dit met een inclusief karakter. De introductie van het concept had alles te maken met de wijzigende visie op wonen en zorg, met als gevolg een vervaging van de scheidingslijnen tussen wonen en zorg, een toenemende diversificatie van woon- en zorgvormen, vervaging tussen doelgroepen, het verlaten van het medisch model, toenemende vraag naar zorg op maat en bereikbaarheid van zorg.

Het standpunt van de Vlaamse Ouderenraad omschrijft een woonzorgzone als een gewone woonwijk, gemeente of deelgemeente, met in grote meerderheid inwoners die niet meer dan normaal gebruikmaken van zorg- en welzijnsvoorzieningen. Naast voldoende aangepaste of levensloopbestendige woningen kenmerkt een woonzorgzone zich door een verhoogd voorzieningenniveau van ondersteunings-, welzijns- en zorgdiensten. Er is een integrale zorg- en dienstverlening opgezet. In de woonzorgzone bevindt er zich een zorgkruispunt of woonloket, een laagdrempelig informatieloket, waar de bewoners van de zone terechtkunnen voor informatie, zorg en ondersteuning.

Het werkt samen met de zorg- en dienstverleners actief in de woonzorgzone. Alle noodzakelijke dagelijkse voorzieningen zoals winkel, café, kapper, bank, apotheker, recreatie, restaurant enzovoort zijn op loopafstand bereikbaar.

Binnen een woonzorgzone bevinden zich eveneens een of meerdere residentiële woonzorgvoorzieningen waar 24 op 24 uur zorg en dienstverlening worden aangereikt. Door de samenhang tussen wonen, woonomgeving, welzijn en zorg als uitgangspunt te nemen en de projecten daarmee te verbinden, wordt er een onzichtbaar weefsel over de wijk gelegd. Daardoor kunnen mensen er langer zelfstandig blijven wonen.

Het concept van de woonzorgzone staat dus uitdrukkelijk voor een integrale gebiedsgerichte aanpak van wonen, welzijn en zorg voor ouderen en mensen met

een beperking. Jong en oud vindt perfect aansluiting bij het concept van de vermaatschappelijking van de zorg.

In Vlaanderen zijn er niet zoveel echte voorbeelden van woonzorgzones. Vaak wordt het begrip woonzorgzone ook ten onrechte gebruikt. Het concept is het verst in de praktijk gebracht in Wervik. In Genk, Aalst, Olen, Brussel en Antwerpen is men ook met het concept aan de slag gegaan. De implementatie van woonzorgzones is bij uitstek inderdaad ook een lokale aangelegenheid.

Wat de realisatie van het concept betreft, wordt een belangrijke regierol toebedeeld aan de lokale overheid. Die ziet erop toe dat de woonomgeving in die zone toegankelijk is, dat er een divers aanbod aan aangepaste woonvormen is en dat er toegankelijke zorgvoorzieningen zijn die goed op elkaar zijn afgestemd. Het betreft dus voornamelijk een regiefunctie die zich op het voorwaardenscheppende niveau bevindt.

De Vlaamse overheid kan de gemeenten de kapstokken geven zodat zij ten volle invulling kunnen geven aan hun regierol. Zo is er bijvoorbeeld de intentie van de minister van Wonen om de gemeenten een grotere rol te geven in het woonbeleid zodat zij hun regierol nog beter vorm kunnen geven. Ook Ruimtelijke Ordening heeft een rol te spelen. Daar loopt momenteel een studie 'Vergrijzing en ruimtelijke planning', waarbij de relevante beleidsdomeinen in een paar workshops werden betrokken. Vanuit zorg en welzijn willen wij het concept woonzorgzone plaatsen in een ruimere context van vermaatschappelijking van zorg, buurtzorg en zorgzame buurt. En dan verwijs ik naar de resolutie Buurtgerichte Zorg van 2014.

Ook levensloopbestendig wonen, leeftijdsvriendelijke steden en gemeenten, dementievriendelijke omgeving zijn uitingen van een bewustwording dat kwaliteitsvolle infrastructuur en ruimte samen moeten gaan om ook ouderen en personen met een lichte of zware beperking aan de samenleving te laten deelnemen.

Ook het bedrijfsleven kan een bijdrage leveren door binnen een woonzorgzone de inplanting en de toegankelijkheid van winkels, banken, cafés, restaurants enzovoort goed af te stemmen op de specifieke noden van de bevolking.

Integrale toegankelijkheid en 'universal design' zijn daarbij de uitgangspunten. De Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) en de Vlaamse Ouderraad zullen als relevante partnerorganisatie in dit proces de modellen van leeftijdsvriendelijke en dementievriendelijke gemeenten lokaal verder implementeren terwijl de inspiratiebundels van het VIPA in de verschillende welzijnsdomeinen, architecten en bouwheren warm moeten maken om de toegankelijkheid van de zorginfrastructuur te optimaliseren.

Wanneer we de woonzorgzone als een concept beschouwen dat mee vorm kan geven aan de vermaatschappelijking van de zorg, is het duidelijk dat de zorgvriendelijke wijk elke vorm van afnemende of onvoldoende aanwezige competenties wil ondersteunen of compenseren. We willen daartoe de eerstelijnszorg uitbouwen tot een intersectorale samenwerking tussen minstens thuiszorg, ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en de zorg en ondersteuning voor en van personen met een handicap.

We zetten proefprojecten op die een ruimere combinatie van verschillende zorgvormen en formules binnen één gebouw of intramurale context beogen.

Overigens hebben de ministers van Volksgezondheid van de deelstaten en van de federale overheid in oktober 2015 een gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken goedgekeurd met als titel 'Geïntegreerde zorg voor een betere gezondheid'. In uitvoering daarvan hebben we op 2 februari 2016 een projectoproep gelanceerd aan alle actoren in zorg en welzijn om nieuwe processen over geïntegreerde zorg uit te

testen waarbij de hulp- en dienstverlening zowel op microniveau – organisatie en inhoud van de zorg aan de patiënt – als op het mesoniveau – werkmodaliteiten tussen de zorgverleners, structuur en aansturing van het aanbod – geïntegreerd wordt.

In de conceptnota Vlaams Welzijns- en Zorgbeleid voor Ouderen kan men lezen welke initiatieven we vanuit zorg en welzijn concreet beogen te realiseren op het vlak van wonen en welzijn. Ik geef een aantal voorbeelden. In overleg met de Vlaamse minister van Wonen willen we ondersteuningsmogelijkheden/premies voor woningaanpassing oplijsten en promoten, alsook financieel toegankelijke alternatieve collectieve woonvormen zoals groepswonen en Abbeyfieldhuizen.

In overleg met de minister van Wonen willen we de knelpunten oplijsten die men ondervindt bij de realisatie van alternatieve collectieve woonvormen en streven we naar een regelluw kader.

In overleg met de minister van Ruimtelijke Ordening lijsten we de knelpunten op inzake stedenbouwkundige aspecten bij de realisatie van woonzorginfrastructuur en streven we naar vereenvoudigde procedures. We pleiten ook voor het aanmoedigen van het flexibel en meervoudig inzetten van infrastructuur en woon- en zorginnovatie en voor het sensibiliseren van het principe 'design for all' in het beleidsdomein Wonen en Openbare Ruimte, alsook in Onderwijs, bijvoorbeeld in de opleiding tot architect.

De lokale dienstencentra dragen bij uitstek bij aan de uitbouw van informele en buurtgerichte zorgnetwerken. In functie hiervan gaan zij de samenwerking aan met de woonzorgcentra in de buurt, met lokale preventieactoren, met samenlevingsopbouw, met het verenigingsleven of met de buurtwerking. Ze zijn een laagdrempelig aanspreek- en informatiepunt, in eerste instantie met betrekking tot zelfzorg, thuiszorg en thuiszorgondersteuning maar vaak echter veel ruimer. Tegelijk zijn ze een activiteitencentrum dat wijkbewoners prikkelt om in verbinding te treden en om deel te nemen aan de sociale interactie. Daarbij gaat bijzondere aandacht naar kwetsbare ouderen. Vandaag zijn er ruim 220 erkende dienstencentra en 62 vergunde initiatieven. Veel gemeenten werken ook met antennes en mobiele dienstencentra om maximaal de doelgroep te bereiken. Ik zal de regelgeving daartoe versoepelen.

Ik verwijs hierbij aansluitend naar de projecten van Samenlevingsopbouw Vlaanderen, die vanuit verschillende invalshoeken projecten stimuleert die bijdragen aan een zorgzame samenleving. De 49 projecten Welzijn trachten bijvoorbeeld dienstverlening zonder drempels te realiseren of ontwikkelen zorgnetwerken, dorpsrestaurants waar ontmoeting, hulpverlening, vorming en informatie geïntegreerd worden.

Met de 52 projecten 'Stad en Dorp' ijvert men voor sterkere wijken en buurten in steden en op het platteland, samen met lokale besturen, partners en bewoners.

Gegevensuitwisseling over het woningbestand in Vlaanderen is in een ruimere context te bekijken dan enkel in het kader van de woonsituatie van ouderen. Een belangrijke stap hierin is de verdere uitbouw van de opvolger van de volks- en woningtellingen, namelijk de Census 2011. Hierbij wordt namelijk heel wat informatie verzameld, zowel over de woning, onder andere kwaliteitskenmerken, als over de bewoner, onder andere het bewonersstatuut. Als alternatief voor een klassieke enquête wordt de Census 2011 uitgebouwd door gegevens uit allerlei administratieve databanken, waaronder de databank met de kadastrale gegevens, te koppelen. Voorlopig toont dit project enkel de situatie voor 2011, maar op termijn is gepland om de informatie op meer structurele basis beschikbaar te stellen.

Gegevens zijn beschikbaar tot op individueel niveau, maar het opvragen hiervan zal altijd gebonden zijn aan de privacywetgeving. Veel gegevens tot op

buurtniveau zijn voor 2011 echter al vrij beschikbaar op de website. De Vlaamse overheid volgt de verdere ontwikkelingen binnen dit project van dichtbij op.

Samen met de federale overheid hebben we via het Vlaams Platform Statistiek in voorbereiding van het Belgisch Statistisch Programma verschillende kadastrale statistieken tegen het licht gehouden met de vraag of verbeteringen in de wijze van ontsluiting mogelijk waren. Verder zijn er vanuit Wonen Vlaanderen, op basis van de resultaten van een onderzoek van het Steunpunt Wonen, ook al gesprekken geweest met de collega's van de FOD Financiën om de registratie en ontsluiting van de huurcontracten te verbeteren.

In de beheersovereenkomst die we met de Vlaamse Ouderenraad hebben afgesloten, staat onder andere de sensibilisering ingeschreven voor alle thema's die ouderen kunnen aanbelangen. Wonen is daar een van. In de schoot van de Ouderenraad is een commissie Wonen actief die de ontwikkelingen op dit vlak opvolgt en becommentarieert.

In de periode 2012-2015 hebben we aan de vzw Abbeyfield Vlaanderen subsidies toegekend om het concept van zelfstandig samenwonen lokaal te promoten om enerzijds potentiële bewonersgroepen te vormen en fondsen en partners te werven en anderzijds de eerste projecten uit te werken en mogelijke sites te verkennen. Beleidsmatig moet ik nog aanstippen dat het Woonzorgdecreet de rol van de regionale dienstencentra op het vlak van aangepast wonen heeft verruimd. Naast advies verlenen over en het binnen bereik brengen van het volledig aanbod aan materiële en immateriële hulp en dienstverlening, bieden zij ook ergotherapeutische begeleiding aan en kunnen ze optioneel de volledige begeleiding van de aanpassing van de woning op zich nemen. In de programmatie van de sociale woningbouw wordt op basis van de demografische tendensen een aanbod aan aanpasbare woningen opgenomen. In de ontwerprichtlijnen voor de sociale huisvesting van de Vlaamse Maatschappij voor Sociaal Wonen wordt in een afzonderlijk deel expliciet aandacht besteed aan normen voor aanpasbaar bouwen.

Het inzetten van zorgtechnologie voor ouderen moet hun autonomie versterken, hun gevoel van comfort vergroten en een betere maatschappelijke inclusie waarborgen. Flanders' Care, een programma dat net voor de krokusvakantie werd goedgekeurd, faciliteert de technologische zorginnovatie, doorheen de volledige innovatiecyclus, van onderzoek en ontwikkeling, over demonstratieprojecten en implementatie tot internationale vermarkting.

Ten slotte vermeld ik de initiatieven van de Vlaamse Bouwmeester. Er zijn proefprojecten geselecteerd om nieuwe concepten van zorgwonen en publieke ruimte te testen. Deze projecten worden nu stilaan gerealiseerd en doorlopen daarvoor de nodige procedures. Het vermelden waard is dat de tweede editie van de proefprojecten van de Vlaamse Bouwmeester, Zorg in de buurt, zich in het bijzonder zal richten op de ondersteuning van kleinschalige zorgprojecten in een netwerk op schaal van de buurt.

Ik veronderstel dat mevrouw Lieten heeft meegewerkt aan de zorgproeftuin AIPA in Aalst. AIPA staat voor Ageing in place Aalst, een project in het kader van de zorgproeftuinen, die nu onder de bevoegdheid vallen van collega Muyters, minister van Werk, Economie, Innovatie en Sport. AIPA beoogt uit te testen welke infrastructurele, sociale en maatschappelijke voorwaarden moeten worden vervuld om te kunnen "ouder worden in de eigen leefomgeving". Het platform AIPA wil dit onder meer bereiken door ouderen aangepast te laten wonen. Daarbij ligt de focus op het tegengaan van vereenzaming en de betaalbaarheid van wonen en zorg. AIPA besteedt bovendien bijzondere aandacht aan sociaal zwakkere doelgroepen. AIPA stelt twee demowoningen ter beschikking waarin de laatste nieuwe applicaties, infrastructuur en dienstverlening door de ouderen en verzorgenden zelf

kunnen worden getest. AIPA zal ook 40 bestaande woningen van ouderen gebruiken om een evolutie van de aanpassingen te observeren en uit te testen. De woningen liggen los gegroepeerd in een viertal 'woonzorgwijken', geconcentreerd rond een specifieke zorginstelling.

Om de vereenzaming tegen te gaan, wil AIPA ouderen zo lang mogelijk bij het publieke leven betrekken. Daarom kunnen ook het dienstenaanbod en de openbare ruimte als deel van de leefomgeving worden getest op aanpassingen voor senioren. Het project bereikte ondertussen al een testpanel van meer dan 650 ouder wordende Aalstenaars, mantelzorgers, familieleden en zorgverleners. Er werden 500 huisbezoeken afgelegd, mensen werden bevraagd over hun woonsituatie en hun verwachtingen bij het ouder worden. Daaruit konden heel wat tips worden gedestilleerd voor kleine ingrepen die het thuis wonen aangenamer kunnen maken: tips in overvloed inzake energie-efficiëntie, gedrags-aanpassing, tochtstrips en schakelaars op makkelijk bereikbare plaatsen.

Voor AIPA is elke proeftuin ouderenzorg ingebed in een lokaal bestuur, waarmee ik graag beklemtoon dat voor de hand liggende principes de meeste kans op slagen hebben als ze lokaal vertaald en geïmplementeerd worden. Zoals al aangehaald moet Vlaanderen daarbij een kader aanreiken, met aandacht voor de regelgeving en de financiering, en moet het inspireren en faciliteren. Wij besteden hierin veel aandacht aan co-creatie en participatief werken met de ouderen via diverse geledingen.

Waarom zijn er nog geen uitvoeringsbesluiten opgemaakt voor de woonzorgnetwerken, een begrip dat opgenomen is in het Woonzorgdecreet uit 2009?

Volgens artikel 45 van het decreet bepaalt de Vlaamse Regering welke taken een erkend woonzorgnetwerk moet verrichten om zijn opdracht goed uit te voeren. In het kader van het veranderingstraject dat we op dit ogenblik in de eerstelijnszorg in Vlaanderen uitrollen, en uitgaande van de eerder vermelde conceptnota Vlaams welzijns- en zorgbeleid voor ouderen, waarin zorg in de buurt een belangrijk perspectief is, wil ik nagaan hoe we het best vorm geven aan lokale en buurtgerichte samenwerkingsverbanden, binnen de nieuwe inzichten die zijn ontwikkeld zowel op het vlak van de organisatie van de eerstelijnszorg, als met betrekking tot wonen en ouder worden.

De beleidsdomeinen Wonen en Welzijn zijn beide mee betrokken bij het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen dat een beleidskader ruimtelijke kwaliteit wil uittekenen. Dat kader omvat kernkwaliteiten voor ruimtelijke ontwikkeling die relevant kunnen zijn bij het uitbouwen van buurtgerichte zorg. Basisvoorzieningen zijn nabij en bereikbaar. Ze spelen in op de behoeften van de gebruikers van de omgeving. Hun locatie stimuleert verplaatsingen te voet, per fiets of met het openbaar vervoer. De publieke ruimte in en om het gebied is toegankelijk voor alle lagen van de bevolking, ongeacht leeftijd, socio-economische en culturele achtergrond en zorgbehoevendheid, en biedt stimuli tot ontmoeting. De omgeving is beweegvriendelijk ingericht. Ze nodigt uit tot beweging, sport en spel. Ze zet aan tot een actieve, gezonde levensstijl en tot zachte verplaatsingen. Het is de bedoeling ruimtelijke kwaliteit als één geheel van kernprocessen in het witboek Ruimte op te nemen. De Vlaamse Regering streeft ernaar, na uitgebreide consultatie, het Beleidsplan Ruimte Vlaanderen definitief vast te stellen en in 2017 een decreetwijziging voor te stellen. Rond die tijd moet ook een decretaal kader dat gemeenschappelijk wonen faciliteert, definitief vorm kunnen krijgen.

De voorzitter: Mevrouw Lieten heeft het woord.

Ingrid Lieten (sp·a): Hartelijk dank voor het antwoord, minister. Ik heb geen verdere vragen.

De voorzitter: Mevrouw Coppé heeft het woord.

Griet Coppé (CD&V): Ook ik, minister, ben tevreden met uw uitgebreide antwoord, waaruit blijkt dat niet alleen de minister van Welzijn verantwoordelijk is, maar ook de minister van Wonen en Ruimtelijke Ordening. Er is al heel veel gebeurd. We kunnen niet ontkennen dat de lokale overheid, samen met Vlaanderen, een belangrijke rol krijgt toebedeeld. Ik hoop dat de lokale overheden zich daar ook bewust van zijn. Uit de bevolkingscijfers die we bij het begin van het jaar krijgen, blijkt natuurlijk dat de leeftijd stijgt, dat het aantal ouderen toeneemt. Daarom is het heel belangrijk de woonzorgzones goed te volgen en zoveel mogelijk kansen te geven, zodat een grote populatie in Vlaanderen kan blijven meetellen en goed kan wonen. Verdere vragen heb ook ik niet. We kunnen ons nog tot andere ministers wenden. De decreetwijzigingen zijn aangekondigd voor 2017, en ik hoop dat alles verder de nodige aandacht krijgt.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Bij zo'n conceptnota met heel veel relevante informatie is het moeilijk om geen bijkomende vragen te hebben. Het wordt vooral moeilijk hun aantal te beperken.

Dat de gemeenten een regierol krijgen, is heel belangrijk. Daar volgt echter uit dat ze daarvoor ook de nodige instrumenten en hefbomen moeten krijgen. We moeten de decentralisatie-oefening volledig maken. We zouden bijvoorbeeld naar een model kunnen gaan waarbij de gemeenten een lokaal sociaal beleidsplan opmaken en op basis daarvan financiering krijgen om een zorgaanbod uit te werken. De rol van de Vlaamse Regering zou dan een heel stuk kleiner worden en zou komen te liggen in de controle op de uitvoering van zo'n lokaal sociaal beleidsplan, het opstellen van kwaliteitsindicatoren en het monitoren van de kwaliteit. Dat is een heel andere manier om de bevoegdheden in te vullen. Op die manier zouden de gemeenten ook concreter hun regierol kunnen waarmaken.

U zegt terecht dat lokale dienstencentra daarin een zeer belangrijke rol spelen. De lokale dienstencentra moeten een kloppend hart zijn. Ik vind het belangrijk dat we in iedere zorgregio een lokaal dienstencentrum krijgen, maar in de conceptnota heb ik niet gezien hoe we ze overal zullen krijgen. Het lokaal dienstencentrum kan ook veel meer versterkt worden, een informatiepunt zijn, een plek waar mensen elkaar ontmoeten, waar 24 uur per dag assistentie aanwezig is om mensen te helpen bij activiteiten rond het dagelijks leven - uit bed komen, naar toilet gaan enzovoort –, om op die manier te zorgen dat mensen in hun eigen wijk kunnen blijven. We moeten dus de buurt- en regiogebonden zorg op die manier effectief waarmaken.

Naast mijn vraag over de manier waarop u die lokale diensten wilt verstrekken, heb ik ook een vraag over andere aspecten. Rond het thuiswerk staat in de conceptnota dat wordt nagegaan of en hoe de subsidies eventueel moeten worden aangepast. Wanneer we naar echte buurtgebonden zorg willen gaan, als we de zorgregel centraal willen stellen, de lokale dienstencentra willen opwaarderen, is het volgens mij vanzelfsprekend dat we nagaan hoe dit rijmt met het model van thuiszorg. Ik vind het een vrij zwakke formulering om na te gaan of er op een andere manier subsidies moeten komen. Er is geen politieke consensus over de manier waarop thuiszorg gesubsidieerd moet worden, maar ik vind het vanzelfsprekend dat we het model moeten durven herbekijken. Ik vind dat in de conceptnota heel vaag en heel zwak geformuleerd.

Hetzelfde geldt voor de aangepaste regels voor de CADO's. In de tekst staat namelijk dat wordt bekeken of er eventueel aangepaste regels moeten komen. De CADO's krijgen momenteel vrij zware reglementeringen opgelegd inzake

voedselinspectie, enzovoort. Ik vind het heel belangrijk dat we ervoor zorgen dat die regels haalbaar zijn, dat de CADO's ruimte krijgen om zich te ontwikkelen.

Hetzelfde geldt voor cohousing en samenwonen. U zegt dat er in 2017 een nieuwe reglementering komt. Ik vind het dringend dat we niet alleen kijken naar grote woonzorgcentra, naar de grote instellingen. We moeten ook nagaan hoe we met kleinschalige samenwoningsprojecten ouderen in hun eigen buurt kunnen houden. Ik mis dus nog een aantal zaken en ik vraag me af wanneer die zullen worden uitgewerkt.

Aangezien de tijd beperkt is, eindig ik met een oproep om uw conceptnota hier grondiger te bespreken dan op basis van een vraag waarop we twee minuten mogen reageren.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik dank de collega's voor hun vragen, die naar de kern gaan van het debat rond de toekomstige organisatie van de ouderenzorg.

Ik heb nog een bijkomende technische vraag. In het regeerakkoord staat dat we moeten werken aan een Vlaams integraal beleid omtrent de ondersteuning van woningaanpassingen. Minister, wat is daar de stand van zaken? We hebben immers de Vlaamse premie voor woningaanpassing voor mensen die thuisblijven. U hebt recent werk gemaakt van het zorggerelateerd infrastructuurforfait voor de woonzorgcentra. Is op dat vlak al vooruitgang geboekt?

Ik heb nog twee suggesties. De eerste sluit nauw aan bij de opmerkingen van collega Van den Brandt. Er is uitgebreid teruggekomen op de rol van de lokale dienstencentra. Ook bij de bespreking van de conceptnota Vlaamse sociale bescherming is daarover gesproken. Onze fractie heeft er al bij herhaling voor gepleit om het aanbod van de lokale dienstencentra ook uit te breiden tot personen met een beperking en eventueel personen met psychische problemen. Eigenlijk heeft het lokale dienstencentrum immers een veel bredere roeping en moet het er ook zijn voor alle kwetsbare profielen. De infrastructuur is aanwezig en wordt uitgebreid. Ik dacht toch dat het de bedoeling is om per gemeente een lokaal dienstencentrum uit te bouwen. Dat lijkt me immers een geëigend laagdrempelig loket voor alle personen met zorgvragen en zorgbehoeften. Ik sluit mij dus aan bij de denkoefening van collega Van den Brandt.

Ik hoop dat u mij niet van kneuterigheid beschuldigt – want ik spreek vlot Duits, Engels en Frans – maar ik zou alle collega's willen oproepen om samen een keurige Vlaamse, of Nederlandstalige, terminologie te ontwikkelen voor de termen die betrekking hebben op ouder worden en waardig thuis ouder worden. Ik begrijp dat op congressen gesproken wordt over 'aging', 'ambiant aging' en 'well aging in place'. Ik roep alle collega's op tot vindingrijkheid om een Vlaamse terminologie te ontwikkelen.

De voorzitter: De minister van Wellness zal nu antwoorden.

Minister Jo Vandeurzen: Die nota is met veel stakeholders voorbereid. Die gaat naar een adviesronde. Ik hoop dat ze voldoende relevant is om in het parlement enige aandacht te krijgen. Er staan een aantal dingen in die we op korte termijn doen of gedaan hebben en waar we op middellange termijn aan moeten denken. Ik denk dat iedereen het er met mij over eens is dat het aanvoelen is dat we over het ouder worden een geïntegreerde visie moeten expliciteren, die dan ook bij alle betrokken partijen gehonoreerd kan worden.

Ik ben het met de heer Persyn eens. In de nota staat dat we deels af moeten van het categoriaal denken. Als je buurtgericht wilt werken, als je wilt vermaatschappelijken, dan kunnen we dat niet doen voor de ouderen, en dan apart voor de

gehandicapten enzovoort. Die openingen om daar meer flexibel mee om te gaan, moeten we echt proberen te maken. Dat zal voor dienstencentra zijn. Maar, mevrouw Van den Brandt, ik pleit er ook voor om niet te denken dat alleen dienstencentra in een wijk die rol kunnen opnemen. Er zijn ook woonzorgcentra die die rol opnemen, er zijn ook buurtcentra en buurtlokalen. Er is allerhande ontmoetingsinfrastructuur die als je daarnaar kijkt met deze bril, op een heel multifunctionele manier deels dagopvang kunnen zijn en een andere rol kunnen vervullen. Je moet daar wat creatiever in zijn. Veel groepen van assistentiewoningen hebben ook ontmoetingsruimten. Ik pleit ervoor om toch de nodige ruimte te nemen om dat in te vullen.

Ik ben het er ten gronde over eens dat we dat moeten doen vanuit een benadering die niet eerst alle mensen etiketteert en dan zegt dat voor de ene die infrastructuur er is en voor de andere die infrastructuur. We moeten er vanuit het buurtgerichte initiatief anders naar kijken. Er is hoe dan ook een belangrijke rol en een belangrijke opportuniteit weggelegd voor de lokale overheid. Ik begrijp heel goed dat die dan ook zeggen als het op een aantal zaken aankomt: wat is onze doorzettingskracht? Wij zullen ook daar moeten kijken wat er mogelijk is ten aanzien van zorgstrategische planning en dergelijke. We zullen ook het decreet Lokaal Sociaal Beleid moeten aanpassen aan de nieuwe evoluties op het vlak van de lokale overheden. Op dat vlak gaan we inderdaad proberen te zorgen dat een aantal sporen voldoende convergent blijven.

Wij doen met veel overtuiging mee aan de oproep pilootprojecten chronische zorg, juist omdat we de Vlaamse betrokken aspecten van het beleid, namelijk residentiële ouderenzorg, gezinszorg enzovoort, ook in dat verhaal willen inbrengen en willen kijken wat dat aan geïntegreerde modellen kan opleveren.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Elke Van den Brandt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het nieuwe kinderbijslagsysteem
– 1082 (2015-2016)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): We hebben de afgelopen dagen op verschillende momenten een aantal berichten gekregen over de uitbetaling van het kinderbijslagsysteem. Er is een studie geweest die het huidige systeem onder de loep heeft genomen alsook de verschillende alternatieven die er zijn. De studie werd besteld door de Vlaamse Regering. Ik veronderstel dat u mee de contouren van die studie bepaald hebt.

Daaruit zou blijken dat een eengemaakt kinderbijslagfonds goedkoper zou zijn dan meerdere. Er is ook bekeken of het dan de huidige moeten zijn, of een afslanking ervan, of men tot een geheel zou komen. Het is enerzijds een analyse van de financiële effecten, maar anderzijds ook van een aantal andere zaken, gaande van keuzevrijheid over de manier om efficiëntieoefeningen te kunnen doen enzovoort. Een aantal criteria en een aantal kwaliteitseisen werden bekeken.

Belangrijk op dit moment is dat er snel duidelijkheid komt over het nieuwe kinderbijslagsysteem. Het is vanzelfsprekend dat we zo veel mogelijk moeten laten doorstromen naar de kinderen zelf. Als we effectief efficiëntiewinsten kunnen doorvoeren in het beheer, moeten we die zeker bekijken en ernstig nemen. Iedere euro die we daar niet aan besteden, kunnen we dan wel besteden aan de kinderen zelf.

Als het van Groen afhangt, moet de kinderbijslag rekening houden met het inkomen. Op die manier krijgen kinderen in armoede een grotere toeslag. Ik ben ervan overtuigd dat kinderbijslag onvoorwaardelijk moet zijn voor elk kind. Het kan niet dat erkende vluchtelingen worden uitgesloten of dat de kinderbijslag wordt gekoppeld aan taallessen van ouders, inschrijvingen op school of andere voorstellen die recent werden aangekondigd. We hebben nu het hele debat over hoe de kinderbijslag moet worden betaald. We moeten tegelijkertijd het debat voeren welke kinderbijslag we hebben.

Minister, de studie is enorm snel op het intranet geplaatst. Bij de indiening van mijn vraag was dat nog niet het geval. De eerste vraag over de verschillende onderzochte modellen is beantwoord, alsook de vraag over de budgettaire verschillen. Zal de regering de aanbevelingen van de studie volgen om naar één systeem te gaan? Zult u naar een nieuw kinderbijslagsysteem gaan? Toen we u in het verleden vroegen naar het kinderbijslagsysteem, verwees u naar deze studie. Ze is er nu. U hebt simulaties laten doen over de soorten kinderbijslag. Hebt u nu alle bouwstenen in handen om een nieuw kinderbijslagsysteem uit te werken? Wanneer zullen daarover conceptnota's op tafel komen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Dames en heren, ik heb de studie inderdaad onmiddellijk op het intranet geplaatst omdat er niet veel mee te verbergen was.

Het Vlaams regeerakkoord bepaalt dat er een objectieve kosten-batenanalyse wordt uitgevoerd met betrekking tot de wijze van uitbetaling van de kinderbijslag. Deze efficiëntiestudie vertrekt vanuit de ambitie uit het regeerakkoord om het huidige systeem te vereenvoudigen en werd uitgevoerd door Deloitte, met medewerking van zowel de private als de publieke kinderbijslagfondsen.

Bij deze studie heeft Deloitte dertien mogelijk scenario's onderzocht, ingedeeld in drie types. Het eerste scenariotype neemt één enkel publiek fonds in aanmerking. Hierbij wordt de uitbetaling van de kinderbijslag ingekanteld in de Vlaamse administratie, in casu Kind en Gezin. Het tweede scenariotype vertrouwt de uitbetaling van de kinderbijslag toe aan een of meerdere derden. De uitbetaling wordt hierbij volledig uitbesteed aan één, enkele of meerdere erkende kinderbijslagfondsen of aan één, enkele of meerdere derde partijen via tendering. Het derde scenariotype gaat uit van een hybride model waarbij zowel een publieke actor als private actoren de uitbetaling van de kinderbijslag uitvoeren. Hierbij vervult Kind en Gezin deze opdracht samen met één, enkele of meerdere erkende kinderbijslagfondsen of één, enkele of meerdere derde partijen via tendering.

Voor elk van deze scenario's werden een aantal elementen in kaart gebracht. Zo is er een inschatting van de kosten en de mogelijke efficiëntiewinsten, waaronder automatisering, verbonden aan het betrokken scenario voor wat betreft de uitbetalingsactiviteit. Meer bepaald de personeelskosten, investeringskosten en andere werkingskosten werden in acht genomen. De regisseurskosten die worden gedragen door de overheid werden niet in rekening genomen. Er is een kwalitatieve analyse van de baten en de risico's verbonden aan het betrokken scenario, waarbij onder andere de bereikbaarheid van de dienstverlening mee in rekening werd genomen. Er is een inschatting gemaakt van de implementatierisico's verbonden aan de transitie naar de verschillende scenario's. Er is een highlevel-beoordeling van de kostenoutput van de scenario's gebaseerd op de reële productiviteit van de betrokken actoren, op basis van het aantal dossiers per vte. Op basis van deze productiviteit wordt het benodigde aantal vte's berekend in de publieke sector en de private sector, wat leidt tot een verschillende kostenoutput in de verschillende scenario's.

De studie omvat geen simulatie van de geldstromen verbonden aan de uit te betalen gezinsbijslag. Dit betekent dat de kostprijs per scenario onderschat wordt,

aangezien een aantal kosten niet zijn meegenomen. Dit betreft kosten die niet onmiddellijk zijn gelinkt aan de operationele activiteiten van de kinderbijslagfondsen en zijn in veel gevallen uitzonderlijke kosten, zoals bijvoorbeeld waardeverminderingen, financiële kosten, voorzieningen enzovoort.

De relatieve vergelijkbaarheid tussen de scenario's blijft echter wel overeind. Bijna alle scenario's hebben efficiëntiewinsten ten opzichte van het huidige systeem. Er zijn natuurlijk verschillen in de kostenoutput tussen de verschillende scenario's. Ieder scenario heeft naast deze kwantitatieve kenmerken ook belangrijke kwalitatieve kenmerken, met een aantal implementatierisico's, die allemaal in rekening moeten worden genomen, waardoor er geen eenduidig 'beste' scenario voorhanden is. Dat brengt met zich mee dat er op heden nog geen keuze is gemaakt voor een bepaald scenario. We zullen uiteraard met grote zorgvuldigheid alle kwantitatieve en kwalitatieve elementen uit deze studie in acht nemen bij de besluitvorming over de wijze van uitbetaling van de kinderbijslag. Automatische rechtentoekenning zal hierbij een belangrijk aandachtspunt zijn.

U mag verwachten, zoals ik al zei bij de bespreking van de begroting en de beleidsbrief, dat we in 2016 uiteraard over het geheel een ontwerp van decreet zullen indienen, dus zowel wat betreft de timing, de modaliteiten als het systeem van uitbetaling. Dat zal worden voorafgegaan door een conceptnota die voer voor debat kan zijn. U zult wel begrijpen dat we zullen proberen om dit in een geïntegreerde besluitvorming te gieten. Dat is de timing die ik ook aankondigde bij de beleidsbrief.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): In de pers was er sprake van dat u eind februari al met eerste versies zou komen, maar misschien bent u verkeerd geciteerd. *(Opmerkingen van minister Jo Vandeurzen)*

Waarvan akte.

Er zitten veel mensen te wachten op de inhoudelijke keuze, op hoe de kinderbijslag vorm zal krijgen en wat de modaliteiten zullen zijn. Aan de verschillende uitspraken van de meerderheidspartijen voel je dat het water op een aantal aspecten nog diep is. We zullen daarover waken.

U zegt dat er geen beste scenario is. In de krant stond dat een aantal van de betrokken organisaties samenzitten om na te gaan of ze niet kunnen besparen door de krachten te bundelen. Er moet worden nagegaan hoe dit kan op de meest efficiënte kostenbesparende manier. We kunnen dit niet negeren. Als we de studie bekijken, moeten we vaststellen dat het scenario waarbij naar één geheel wordt gegaan, een aantal voordelen heeft. Er zijn ook nadelen aan, maar er blijkt een duidelijke voorkeur voor van de opstellers van de studie.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Voor ons is het ontzettend belangrijk dat de transitie heel goed overwogen is en heel zorgvuldig gebeurt. Natuurlijk moeten we efficiëntie zoeken waar er efficiëntie te halen is. Voor ons is het prioritair dat we er ons rekenschap van geven dat er maandelijks voor 1,6 miljoen kinderen kinderbijslag wordt uitbetaald en dat dit naadloos overgaat van het ene systeem naar het andere. Kinderbijslag is een beleidsthema dat voor velen maandelijks een belangrijk stuk van hun inkomsten betekent. Dat verdraagt niet dat er ook maar enige fout zou gebeuren of enige vertraging zou ontstaan.

De overheveling van de kinderbijslag naar Vlaanderen met de zesde staats-hervorming biedt heel wat kansen en opportuniteiten om de tweeledige doelstelling

waar te maken: enerzijds tegemoetkomen aan de kosten die de opvoeding van een kind meebrengt en anderzijds de strijd aangaan tegen kinder-armoede. We moeten daar heel omzichtig mee omgaan in het uitwerken van een nieuw systeem. Dat zullen we ongetwijfeld verder bediscussiëren bij de bespreking van de conceptnota.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp·a): Minister, het klopt dat er voorkeursscenario blijkt uit de studie. Dat scenario zou niet alleen leiden tot de meeste efficiëntiewinsten, wat interessant is omdat u in een budgettair krappe context moet werken. Het is dan goed om meer geld te laten gaan naar de mensen voor wie u het doet, eerder dan naar de structuren. Het is ook een goed idee vanwege de eenvoud. Het is het meest eenvoudig om je maar tot één instelling te moeten wenden. Kind en Gezin lijkt me ook een heel geschikte instelling. Het is toch de ambitie van deze overheid om Kind en Gezin veel meer te laten zijn dan het louter preventieve, bijna medische waarmee mensen Kind en Gezin nu vereenzelvigen. Kind en Gezin ziet voor zichzelf veel meer en bredere taken bij de ontwikkeling van kinderen. Het zou niet slecht zijn mocht het het aanspreekpunt hiervoor zijn. Die eenvoud kan er ook voor zorgen dat mensen die het minst makkelijk de weg vinden in de kinderbijslagsystemen, niet riskeren hun kinderbijslag met vertraging of helemaal niet te ontvangen.

Ik begrijp dat dit geen gemakkelijke keuze is. Toch moeten we durven na te denken over de best mogelijke situatie.

U kondigt aan beslissingen te zullen nemen in een geïntegreerde besluitvorming. Dat is een mooie vertaling van: we zijn er onderling nog niet uit en het zal wat geven en wat nemen zijn op regeringsniveau, zowel inzake de inhoud van de hervorming als op het vlak van organisatie.

Ik herhaal dat u van onze fractie de steun krijgt voor wat wij veronderstellen dat u, u enigszins kennende, probeert te verwezenlijken. Wij hopen dat u zult slagen en niet te veel zult moeten geven en veel zult krijgen.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Minister, ik interpreteer dit als volgt: er worden geen verdere studies of simulaties meer gedaan en alle bouwstenen om een beslissing te nemen liggen nu op tafel. Uiteraard zal ik het geven en nemen wel blijven opvolgen, maar u bent niet meer op zoek naar bijkomende simulaties, opdrachten, oefeningen of studies om een nieuw kinderbijslagsysteem uit te werken.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het ligt niet in de bedoeling nog een studie of iets dergelijks aan te besteden. De ingrediënten zijn ter beschikking om een concept te ontwikkelen, wat niet betekent dat een voorstel niet meer kan worden onderzocht. Dat laatste zou immers getuigen van grote onzorgvuldigheid.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.