Vlaams Parlement

vergadering **C108**
zittingsjaar 2017-2018

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 23 januari 2018

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Vlaamse sociale bescherming en de aansluiting bij de zorgverzekering
– 818 (2017-2018) 3

Nota van de Vlaamse Regering ingediend door minister Jo Vandeurzen. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019
– 1177 (2016-2017) – Nrs. 1 en 2
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hervorming in de geestelijke gezondheidszorg
– 874 (2017-2018) 5

VRAAG OM UITLEG van Renaat Landuyt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de controle op het elektronisch toezicht in het kader van de voorhechtenis
– 698 (2017-2018) 27

VRAAG OM UITLEG van Peter Persyn aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de Vlaamse sociale bescherming en de aansluiting bij de zorgverzekering
– 818 (2017-2018)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Minister, elke persoon ouder dan 25 jaar die in Vlaanderen woont, dient jaarlijks de zorgpremie te betalen. Die bedraagt 50 euro, of 25 euro voor wie recht heeft op een verhoogde tegemoetkoming in de ziekteverzekering. Er zijn enkele uitzonderingen voor deze verplichte premie, bijvoorbeeld voor uitgaande grensarbeiders of voor ingeschrevenen in het wachtregister. Onlangs kreeg mijn fractie enkele meldingen binnen van personen van buitenlandse origine die al jaren in Vlaanderen wonen maar die toch, gezien de omstandigheden, buiten de Vlaams sociale bescherming (VSB) vallen, dit naar aanleiding van de Europese regelgeving hieromtrent.

Minister, in veel gevallen hebben die personen met een buitenlandse nationaliteit jarenlang een bijdrage betaald aan de Vlaamse zorgverzekering of, zo u wilt, de VSB. Waarom betalen deze mensen hun bijdrage als ze toch buiten de Vlaamse bescherming vallen? Worden zij daartoe uitgenodigd door hun zorgkas? Kunnen ze die bijdrage eventueel terugvorderen? Hoe ziet u deze terugvordering?

Hoe komt het dat die mensen jarenlang hun bijdrage betalen zonder op de hoogte te worden gebracht dat de VSB voor hen niet van toepassing is?

Een uitbreiding van de VSB is nakende met het nieuwe decreet. Zult u werk maken van een uitbreiding van de VSB voor deze categorie van mensen? Zo ja, wanneer mogen zij deze uitbreiding verwachten? Wat zullen de formaliteiten zijn van deze uitbreiding?

Hoeveel van deze mensen hebben sinds de invoering van het nieuwe decreet geen bijdrageplicht meer die ze onder het vroegere decreet betreffende de Vlaamse zorgverzekering wel hadden? Om hoeveel betaalde bijdragen gaat het? Wat gebeurt daarmee? Wordt een praktische regeling getroffen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Mijnheer Persyn, het principe is dat wie ingeschreven is in de bevolkingsregisters een bijdrage betaalt en rechten opent. De VSB is gebaseerd op 'wonen in Vlaanderen'.

Er zijn verschillende categorieën van personen die in Vlaanderen of Brussel wonen, en die hun zorgpremie voor de VSB niet hoeven te betalen. Ik som even de belangrijkste op: de personen die uit eigen recht of als persoon ten laste buitenlands sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie; de personen die krachtens een internationaal verdrag of protocol vrijgesteld zijn van het betalen van de zorgpremie – dan gaat het bijvoorbeeld over EU-ambtenaren, personeelsleden van de NAVO, enzovoort; personen die niet ingeschreven zijn in het bevolkingsregister of vreemdelingenregister van hun gemeente, bijvoorbeeld inschrijvingen in het wachtregister.

Momenteel beschikt het agentschap voor de VSB en de zorgkassen over gegevensstromen waardoor volgende groepen niet meer uitgenodigd worden om de zorgpremie te betalen: de personen die uit eigen recht buitenlands sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat van de EU; de personen die niet ingeschreven zijn in het bevolkingsregister of vreemdelingenregister van hun gemeente.

Voor de andere groepen zijn momenteel geen gegevensstromen beschikbaar. De zorgkas zal deze groepen dus inderdaad uitnodigen om de zorgpremie te betalen omdat ze in Vlaanderen wonen en de zorgkas niet weet dat ze niet moeten betalen. Wel vermeldt de zorgkas in haar uitnodigingsbrief de categorieën die niet moeten betalen. Als de persoon hierop reageert, zal de zorgkas de zorgpremie nadien niet meer opvragen.

Als een zorgkas vaststelt dat iemand onterecht zorgpremies betaald heeft, stort zij alle betaalde bedragen zonder enige beperking terug.

Als mensen een aantal jaren bijdragen zouden hebben betaald zonder op de hoogte te zijn van het feit dat de VSB op hen niet van toepassing is, verwijs ik naar wat ik heb gezegd over de categorieën. In principe zijn uitgaande grensarbeiders, die wonen in Vlaanderen en werken in het buitenland, al van bij de start uitgesloten van het toepassingsgebied en betalen zij dus al van bij de start ook geen bijdrage. Het kan wel zijn dat personen op een bepaald moment in hun leven van statuut veranderen waardoor zij vanaf dat jaar vrijgesteld zijn van het betalen van bijdragen. De zorgpremies voor de voorgaande jaren zijn in dat geval terecht betaald. Zij waren verzekerd en hadden recht op de tegemoetkomingen tot het moment dat zij onder een ander, buitenlands, socialezekerheidsstelsel vallen. De EU-verordening beoogt diegenen die tegelijk onderworpen zijn aan twee socialezekerheidsstelsels en bekijkt hiervoor in principe de plaats van tewerkstelling.

We kregen vragen van uitgaande grensarbeiders die verzekerd wensen te zijn in het kader van de VSB, onder andere met het oog op de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden. Het nieuwe decreet zal in die mogelijkheid van vrijwillige aansluiting voorzien. Het bepaalt dat volgende categorieën vanaf 1 januari 2019 op vrijwillige basis kunnen aansluiten: de personen die uit eigen recht of als persoon ten laste buitenlands sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat van de Europese Unie; de personen die krachtens een internationaal verdrag of protocol vrijgesteld zijn van het betalen van de zorgpremie. Voor de personen die niet ingeschreven zijn in het bevolkingsregister of vreemdelingenregister van hun gemeente, bijvoorbeeld omdat ze zijn ingeschreven in het wachtregister, wijzigt de situatie niet.

Het decreet van 24 juni 2016 houdende de VSB heeft geen wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van het Zorgverzekeringsdecreet, dat destijds de start was van de zorgverzekering.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Als ik het goed begrijp, is een vrijwillige aansluiting van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) mogelijk voor een bepaalde categorie. Minister, kunt u nog eens de categorieën noemen waarvoor vrijwillige aansluiting in Vlaanderen zal zijn toegelaten?

Minister Jo Vandeurzen: Volgens het nieuwe decreet zullen vrijwillig kunnen aansluiten: de personen die uit eigen rechten of als persoon ten laste buitenlands sociaal verzekerd zijn in een andere lidstaat en de personen die krachtens een internationaal verdrag of protocol vrijgesteld zijn van het betalen van de zorgpremie, zoals de Europese ambtenaren.

De voorzitter: De heer Persyn heeft het woord.

Peter Persyn (N-VA): Ik begrijp dat voor die personen ook het recht geopend is op een verzorging binnen de instellingen en voorzieningen die door Vlaanderen erkend en gesubsidieerd worden.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: We zullen het daar nog over hebben bij de bespreking van het ontwerp van decreet, maar het sluit inderdaad aan bij de VSB.

Peter Persyn (N-VA): Kan die regeling ook worden toegepast voor de Vlaamse Brusselaars of de Brusselse Vlamingen? Ze mogen zich altijd aansluiten voor de Vlaamse zorgverzekering, maar voor de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (THAB) is daar nog grote onduidelijkheid over.

Minister Jo Vandeurzen: Dat is wel een probleem van een andere aard. Door de zesde staatshervorming is de financiering van de THAB naar de Vlaamse Gemeenschapscommissie overgeheveld. Die overheid is bevoegd voor THAB in Brussel en dat is het verschil.

Peter Persyn (N-VA): Ik vind dit toch een interessante piste, die perspectieven biedt.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

Nota van de Vlaamse Regering ingediend door minister Jo Vandeurzen. Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019
– 1177 (2016-2017) – Nrs. 1 en 2

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de hervorming in de geestelijke gezondheidszorg
– 874 (2017-2018)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp·a): Voorzitter, mijn vraag is verwerkt in mijn betoog over het actieplan in het algemeen. Dat neemt minder tijd in beslag en het is wellicht voor iedereen gemakkelijker.

Onderzoek wijst uit dat meer dan 30 procent van de mensen in Europa jaarlijks af te rekenen krijgt met psychische problemen en dat in westerse landen ongeveer één derde van alle aanvragen voor een invaliditeitsuitkering het gevolg is van psychische problemen. De helft van die problemen ontstaat zelfs vóór de leeftijd van 14 jaar, driekwart ervan vóór het 25ste levensjaar. De Vlaamse overheid geeft een heel goed signaal door hiervoor een actieplan te maken en duidelijk rond geestelijke gezondheid te werken. Ik vind het jammer dat het nog niet het grote masterplan voor de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen geworden is. Het is enkel een kader om tot 2019 te kunnen werken. Hier kan nog niet de keuze gemaakt worden voor een krachtig beleid, een langetermijnvisie en de daaraan gekoppelde middelen. Ik had graag een tijdspad gezien: wat komt wanneer? Ik weet wel dat niet alles op één dag kan, maar het langetermijnperspectief is er helaas niet, en dat vind ik erg jammer. Onze fractie hoopt dat daar alsnog iets aan kan gebeuren.

Het actieplan legt volgens ons terecht de nadruk op preventie en vroegdetectie. Er is gezegd dat de nodige middelen daarvoor op tafel zouden komen. Het kinderrechtencommissariaat vindt dat dit onvoldoende het geval is. Sommige kinderen en jongeren hebben meer ingrijpende geestelijke gezondheidszorg nodig en wachten echt lang op hulp.

Minister, in België is dat historisch zo gegroeid en dat is niet uw verantwoordelijkheid, maar toch: in België gaat maar 6 procent van het gezondheidsbudget naar geestelijke gezondheid. Een fractie daarvan is bestemd voor kinderen en

jongeren. Er zal toch een aanzienlijker budget nodig zijn voor die geestelijke gezondheid, wanneer we zien hoe groot de problemen zijn en hoeveel mensen daarmee worden geconfronteerd, niet enkel in Vlaanderen trouwens.

Een verschuiving van middelen zal niet volstaan. Als we denken aan de volwaardige uitbouw van mobiele teams, bijvoorbeeld, waar volgens mij redelijk wat animo voor is, dan zijn er volgens de berekening van Zorgnet-Icuro al meer dan 1000 vte nodig om het volledige territorium te kunnen beslaan. De VIPA-middelen (Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden) voor de sector zijn de laatste jaren erg laag. Tussen 2007 en 2014 was er jaarlijks een totaalbudget van ongeveer 260 miljoen euro en daarvan gaat maar 4 procent naar de geestelijke gezondheidszorg. Er is dus een vraag naar alle geledingen in de maatschappij en naar andere overheden om meer aandacht te schenken aan en te voorzien in meer budget voor dit deel van de gezondheidszorg en van welzijn.

We vinden dat de ambitie in dit actieplan om voluit te gaan voor een intersectorale benadering van een aantal exclusief Vlaamse bevoegdheden wel matig blijft. Rond Wonen, Werk en Onderwijs kan er veel meer gebeuren om een aantal zaken dichter bij elkaar te brengen en zo de geestelijke gezondheidszorg toegankelijker te maken.

Een vereniging als UilenSpiegel zegt zelf dat we enkel op die manier goed kunnen slagen in heel die doelstelling van de vermaatschappelijking van de zorg. Als die vermaatschappelijking ook enige kans wil krijgen, dan zouden verschillende vormen van zorg zich moeten kunnen organiseren in samenwerking met alle lokale partners, dus niet maar één dienst, bijvoorbeeld enkel een mobiel team of iemand in ambulante zorg. Op die manier kan er immers het best voor worden gezorgd dat mensen daadwerkelijk krijgen wat ze nodig hebben. Ook dat is iets dat Zorgnet-Icuro sterk benadrukt en iets waar we ons helemaal in kunnen vinden. Men zegt daar dat een vermindering van de bedden altijd gepaard moet gaan met de opbouw van andere diensten. Anders is vermaatschappelijking enkel synoniem voor een soort besparing, of een onmogelijke opdracht die men op de schouders van mensen legt.

Voor vermaatschappelijking wordt er ook gekeken naar mantelzorg, naar buren, naar de naaste omgeving. Het is vaak zo dat men dan ziet dat op die manier misschien ook middelen zouden kunnen worden gespaard, maar, voor alle duidelijkheid, de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG) zegt daarover ook dat die sociale cohesie waarop we een beroep willen doen, niet vanzelf komt, dat er evengoed investeringen nodig zijn om die te ondersteunen, zoals de ondersteuning voor die mensen die zorg dragen voor iemand met psychische kwetsbaarheid. Eenzelfde pleidooi is er ook van de Vlaamse Jeugdraad, die kritisch kijkt naar de ontwikkelingen inzake de vermaatschappelijking van de zorg en pleit voor kwaliteitsvolle, professionele zorg voor kinderen. Zij zijn er een beetje bevreesd voor dat het individu zelf en zijn netwerk, en hoe sterk dat netwerk is, zouden bepalen hoeveel hulp een kind krijgt. Op die manier zouden zij die een sterker netwerk hebben, gemakkelijker toegang krijgen tot hulp dan anderen. Ze zijn daar bevreesd voor en willen daarvoor waarschuwen. Ook wij pleiten er natuurlijk sterk voor dat dat recht op hulp voor elke jongere gegarandeerd zou zijn. Zij zeggen: zorg ervoor dat het betrekken van dat netwerk, van die kracht van het individu en zijn onmiddellijke omgeving, de bestaande hulpverlening kan ondersteunen en versterken, niet per se vervangen.

In het actieplan wordt ook verwezen naar die complexe bevoegdheidsverdeling in de geestelijke gezondheidszorg. Precies daarover had ik ook een vraag om uitleg ingediend, een beetje op basis van het onderzoek dat is gedaan door Mental Health Europe, samen met de universiteit van Kent. Daarbij heeft men 35 Europese landen bestudeerd, om te zien hoe het daar is gesteld met de geestelijke gezondheidszorg.

Zij wilden vooral achterhalen welke landen een verschuiving hebben gemaakt van instellingen naar laagdrempelige ambulante zorg. Hun conclusie is dat, ondanks alle hervormingen, psychiatrische patiënten in België nog vaak erg lang in een ziekenhuisbed verblijven. Nochtans maakt België sedert 2011 officieel werk van die hervorming. Ik verwijs naar artikel 107. Vorig jaar waren echter bijvoorbeeld iets meer dan 6 procent van de bedden afgebouwd, terwijl de mobiele teams met grote wachtlijsten beginnen te kampen. Waar die mobiele teams zijn geïnstalleerd, zie je dat dat goed werkt. Ook die samenwerkingsverbanden tussen instellingen werken prima, maar de wachtlijsten worden erg groot.

Volgens de directeur van Mental Health Europe is de hervorming in de geestelijke gezondheidszorg onvoldoende geïmplementeerd. Ze zegt ook dat België veel beter zou kunnen scoren, mochten we dat wel doen. Men zegt dat ziekenhuizen hun rol te spelen hebben, maar dat er natuurlijk ook een shift moet zijn waarbij mensen binnen de samenleving opnieuw zelf controle kunnen krijgen over hun leven. België is nog altijd het land met het grootste aantal psychiatrische bedden per inwoner van Europa. De hervorming die ter zake is ingezet, verloopt veeleer traag. Volgens een aantal mensen zou dat zo zijn omdat verschillende overheidsniveaus daarvoor moeten instaan. Het overhevelen van middelen van de ene naar de andere kant ligt altijd wat gevoelig. De ene bouwt iets af en de andere moet het dan maar oplossen. We kennen allemaal de discussies. Dat bemoeilijkt een en ander. Als het financieren van de bedden federaal gebeurt, terwijl de geestelijke gezondheidszorg Vlaamse bevoegdheid is, dan zou je zonder goede afspraken een systeem kunnen krijgen waarbij de ene overheid zich wat terugtrekt en de andere het allemaal moet gaan oplossen, wat natuurlijk een belangrijke druk zou leggen op de Vlaamse begroting. Goede afspraken, ook over ingezette budgetten, lijken ter zake dus wel van groot belang. Josée Van Remoortel, Europees adviseur geestelijke gezondheidszorg, die heeft meegewerkt aan het rapport, vindt dat er ook op dat vlak veel verbetering mogelijk is.

Minister, in het kader daarvan had ik graag van u gehoord hoe u staat tegenover de bevindingen van het rapport. Deelt u een beetje dezelfde zorgen en ziet u ook dezelfde redenen als de aangehaalde waarom dat niet zo gemakkelijk loopt? Welke mogelijkheden ziet u eventueel om die hervorming beter af te stemmen op de hervorming van uw federale collega? Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) stuurt bijna tweehonderd enquêteurs uit om in het hele land Belgen te bevragen over hun gezondheid. Dat is van start gegaan. Ze polsen voor het eerst nu ook naar de geestelijke gezondheid, vanaf peuterleeftijd. Het zou erg mooi zijn te weten wanneer we over die resultaten kunnen beschikken. Daar kunnen we wellicht veel uit leren. Ik vroeg me vooral af op welke manier ze die peuters zullen bevragen. Ik neem immers aan dat dat niet op de klassieke manier is.

Een ander puntje in dat actieplan is dat onze maatschappij nood heeft aan vlot bereikbare, beschikbare, rechtstreeks toegankelijke hulpverlening. Het is toch nog steeds zo dat mensen met ernstige en langdurige psychiatrische problemen te lang in de kou blijven staan. Er zijn voor die mensen meer psychiatrische-verzorgingstehuizen, er is beschut wonen, er zijn ook tussenvormen, er zijn psychosociale revalidatiecentra, er is ook ondersteuning van sociale huisvestingsmaatschappijen, maar ook op dat vlak, zegt Zorgnet-Icuro, zouden we meer moeten kunnen proberen te doen. Een goede zorgprogrammatie is de eerste vereiste om te bepalen waar die noden zich precies situeren en hoe de middelen op gepaste wijze zouden moeten worden ingezet. Ook patiëntenverenigingen vragen acties om zorg toegankelijk te maken, en daarbij speciale aandacht te hebben voor mensen met een klein inkomen, die weinig middelen hebben om op zoek te gaan naar een zelfstandig psycholoog en dan vaak lang moeten wachten op hulp die aan hun inkomen is aangepast. Ik weet dat u de cgg's recent een beetje hebt versterkt, maar in verhouding tot de groep die wacht... In Gent is er

nu opnieuw een aanmeldingsstop afgekondigd. Men weet nog niet voor hoe lang. Voor sommige mensen is dat echt schrijnend.

In die regio merken wij ook dat in de residentiële zorg een aantal mensen worden aangemeld voor wie ambulante zorg er sneller zou zijn geweest en beter had kunnen helpen. Het gaat voor die mensen echt over de juiste zorg op het juiste moment.

De drempel naar hulpverlening is volgens een bevraging van de Vlaamse Jeugdraad voor jongeren echt nog vaak hoog. Zowel bij vrienden als bij professionals zijn jongeren vaak in eerste instantie op zoek naar een luisterend oor. Zij vragen een onvoorwaardelijke aanwezigheid van mensen, ook mensen die hen deskundig kunnen helpen. Uit het focusgesprek bleek dat die jongeren in hulpverlening op zoek gaan naar een aangename plek, een plek die ook vlot bereikbaar is voor diegenen onder hen die zich zelfstandig verplaatsen, een plek die gemakkelijk toegankelijk is, een plek waar ze hun hoofd zomaar kunnen leegmaken.

De federatie van de cgg's zegt zelf dat het ggz-landschap bij ons een omgekeerde piramide is. De basiszorg is redelijk beperkt gefinancierd en de residentiële zorg is volgens hen niet alleen duurder, maar ook overgefinancierd. Hoe kan die piramide omgekeerd worden? Het komt altijd op hetzelfde neer. Minister, ik weet dat u daar voorstander van bent. U staat daar niet alleen in. De Wereldgezondheidsorganisatie steunt u daar ook in. De vraag is heel concreet: hoe gaan we dat doen?

Volgens de federatie is ook het gegeven dat het Preventiedecreet en het Ggz-decreet gescheiden decreten zijn, een probleem. Men zegt dat linken alleen niet genoeg is als men tot een geïntegreerde zorg willen komen. Zouden we niet beter alles integreren? Zouden we niet beter gaan naar een geïntegreerde zorg?

Ook de rol van het overlegplatform blijft nog onduidelijk in relatie tot het niveau van netwerkvorming. Hoe verhouden die twee zich tot elkaar? We weten dat de overlegplatforms provinciaal georganiseerd zijn, maar er zijn ook federale netwerken kinderen en jongeren. De netwerken volwassenen en de netwerken internering zouden werken via werkingsgebieden, maar er is weinig transparantie en coherente afbakening. De afwerking van die regio's zou beter kunnen.

Er moet ook duidelijkheid en opklaring komen over de opdrachten die de werkplatforms zullen krijgen. Is dat een coördinerende, ondersteunende of eerder een aansturende rol? De federatie hoopt, met het oog op een onderlinge link tussen al die trajecten, alvast dat ze op zijn minst vanuit eenzelfde visie kunnen vertrekken, met eenzelfde timing, met eenzelfde gebiedsafbakening en eenzelfde taal. Dat zou het voor iedereen eenvoudiger werken maken, en voor de mensen toegankelijker.

In het kader van de generalistische basiszorg wordt de eerstelijns psychologische functie uitvoerig beschreven. Daar ben ik echt blij om. De federatie is er altijd van uitgegaan dat zeker in tijden van schaarste eerst moet worden ingezet op de nulde en eerste lijn, of op die basisvoorzieningen. De inzet van middelen op de eerste lijn kan zorg toegankelijker maken en vroegdetectie en ingrijpen ook mogelijk maken. Tegelijkertijd weet men ook dat 60 procent van wie aangemeld wordt in die eerste lijn een doorverwijzing behoeft naar meer gespecialiseerde zorg. Daarin moet dan natuurlijk ook voldoende geïnvesteerd worden om die mensen te kunnen doorverwijzen. Maar als die eerste lijn goed georganiseerd is, zou dat er alvast voor kunnen zorgen dat er meer trapsgewijs wordt gewerkt en dat mensen zich niet onmiddellijk in die tweede lijn aandienen, zoals vandaag erg vaak het geval is.

Vlaanderen is in 2011 ook gestart met projecten eerstelijns psychologische functie. In 2018 zijn dat nog steeds dezelfde projecten. Het zou goed zijn mochten we zicht krijgen op een structurele verankering van deze voorlopig nog projectmatige financiering. Ik begrijp uit het feit dat er nu nog geen vooruitzichten worden

geboden dat die budgetten wellicht nu niet voor u beschikbaar zijn. Maar het zou minstens goed zijn om te weten, ook als de Vlaamse overheid nog niet de middelen heeft om dat breed uit te rollen, of u absoluut van plan bent om dat breed uit te rollen. Wilt u dat echt? Gelooft u daar hard in? Gaat u daarvoor vechten? Ook als de middelen nu nog niet voorhanden zouden zijn. Daar is de intentie voor mij, en voor vele mensen in het veld, erg belangrijk. Zullen we daarop uitkomen? Is dat het doel? Is dat de richting die we uitgaan?

Op bladzijde 28 zie ik dat we in het kader van een coherent beleid werken aan een consistente steunpuntfunctie voor geestelijke gezondheid en dat die steunpuntfunctie inhoudelijk nauw samenwerkt met het intersectorale Vlaamse steunpunt en de nodige thematische verbindingen legt. De centrale doelstellingen van die steunpuntfunctie zijn: informatie, advies, opbouw, borging van kennis, expertise, enzovoort. Voor de creatie van die functie bundelen we de krachten en middelen van de partners die nu al in de sector aanwezig zijn. Er heerst binnen de sector een beetje angst dat dat een lege doos zou worden. Een belangrijke voorwaarde om een goed functionerend steunpunt te realiseren, is dat dat voldoende autonoom zou kunnen functioneren en dat die autonomie er is ten aanzien van alle actoren. Hoe kunt u daarover waken? Hoe kunt u ervoor zorgen dat die autonomie er is tegenover die werkgeverskoepels, wetenschappelijke instituten en overheid?

Zorgnet-Icuro pleit voor een langetermijnvisie, opgesteld in samenwerking met de sector. Voorafgaand aan een nieuw decreet is de inventaris van de impact op de ggz van alle decretale bepalingen en het andere wetgevend kader nodig omdat er zoveel versnippering is in de sector, maar ook in de regelgeving. Een nieuw decreet, dat volgens hen de standstill bevestigt, of een en ander regelt zonder dat er middelen aan vasthangen, heeft geen zin. Zorgnet-Icuro was daarover heel duidelijk. Zij zijn op zoek naar een langetermijnvisie waaruit zij, als sector, ook perspectief kunnen putten. Ik deel die bezorgdheid graag. Dat neemt niet weg dat ik de inspanningen voor deze nota apprecieer, maar ik deel ook wel de vraag naar een gedegen en stevige langetermijnvisie waarmee fundamenteel iets verandert.

Het Kinderrechtencommissariaat stelt dat er echt nood is aan een plan dat bestaat uit concrete doelstellingen, indicatoren, tijdschema's en gepaste budgetten. Dat komt ook vaker terug. Ik vraag u daar soms naar. Ik zeg dat meestal ook in de hoop u gerust te stellen: ik verwacht niet dat u alles in één keer kunt oplossen, dat zal in een tijdlijn moeten gebeuren. Wat kan er wanneer heel concreet worden gerealiseerd? Dat zou eigenlijk mogelijk moeten zijn, maar ik kan mij inbeelden dat niet iedereen in een ploeg dat soort engagementen lang op voorhand wil nemen. Stel dat het u nu niet lukt, dan is het moeilijk om te weten wie er de volgende keer aan de onderhandelingstafel zal zitten. Maar dan hoop ik wel dat de volgende keer aan die oproep van het Kinderrechtencommissariaat gehoor kan worden gegeven en dat de doelstellingen zeer concreet worden gemaakt, en dat er ook een becijferd plan aan vasthangt, een meerjarenplanning, om ervoor te zorgen dat de middelen die de ggz-sector verdient werkelijk die richting uitgaan.

Ik ondersteun ook het pleidooi van de Vlaamse Jeugdraad, die hamert op het belang van een sterke overheid. De overheid mag zich niet terugtrekken omdat de vermaatschappelijking van de zorg enkel kan slagen indien mensen worden gezien als een partner van diegenen die professionele zorg bieden, zij mogen niet in de plaats komen van die mensen. De sp.a fractie wil ook dat pleidooi houden.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, we hebben hier al een hele tijd geleden van u een toelichting gekregen bij het actieplan. We hebben vervolgens, vorig najaar, een aantal hoorzittingen georganiseerd. Ik vond dat bijzonder boeiende hoorzittingen.

Dat heeft ons ook de kans gegeven om wat u naar voren bracht in het actieplan en om wat van onze kant van de tafel als belangrijk werd ervaren, neer te pennen in een resolutie. Deze resolutie betreffende een versterkt geestelijke gezondheidsbeleid werd door dit parlement aangenomen op 21 december 2017. Ze komt voort uit het actieplan en de hoorzittingen die hierover gehouden werden.

Een van de zaken die we in die resolutie vragen, is aandacht te hebben voor mensen met een verhoogde kwetsbaarheid. Het gaat dan niet enkel om een financiële kwetsbaarheid maar ook om mensen met een dubbeldiagnose of om jongvolwassenen. We vragen ook om de drempels naar een meer toegankelijke geestelijke gezondheidszorg te inventariseren en om de beschikbare middelen efficiënt in te zetten. Er werd ook heel expliciet verwezen naar ervaringsdeskundigen: die moeten als een volwaardige partner bij het geestelijke gezondheidsbeleid betrokken worden. De algemene brede sensibilisering zit erin, en ook: het stigma doen afnemen.

Minister, intussen kennen we ook het Mental Health First Aid-programma. Enkele dagen geleden nog was er de nieuwe campagne 'Leven zonder filter', die voor een groot deel tegemoetkomt aan de vraag die aan de grondslag lag van het punt in deze resolutie. We hebben het ook over de toegankelijkheid van de zorg en de leesbaarheid van het zorglandschap. Bij de afbakening van de sprekers voor de hoorzitting was al duidelijk dat het ggz-veld in Vlaanderen heel erg divers en zelfs voor ons complex is, laat staan voor iemand die voor zichzelf of voor zijn kind of voor zijn naasten op zoek moet naar hulp.

Minister, deze resolutie is een mooie samenvatting van wat wij uit uw actieplan en uit de hoorzittingen hebben gehaald. We kijken met dezelfde bekommernis als die van mevrouw Van den Bossche uit naar het aangekondigde decreet waarin een aantal zaken fundamenteel kunnen worden aangepast.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): Ik keer terug naar de eerste keer dat we hierover gesproken hebben. Dat is lang geleden, naar aanleiding van een actuele vraag in de plenaire vergadering. Als ik het mij goed herinner, was het in maart 2017. Er werd toen gevraagd naar wat de bedoeling is, enzovoort. Op dat moment was ook het advies van de strategische adviesraad (SAR) beschikbaar. Dat advies was dikker dan het actieplan zelf. De SAR schuift daarin heel veel voorstellen naar voren en plaats ook accenten voor de toekomst.

Minister, u gaf toen een goed antwoord. U zei dat u het advies ernstig ging opnemen. Ik ga ervan uit dat dat altijd gebeurt. Maar u zei ook dat u het advies zou herwerken in dialoog. Intussen zijn we bijna een jaar verder. We hebben hoorzittingen gehad. Allicht zult u ook achter de schermen studies en analyses hebben gemaakt. U zult ook feedback hebben gehad. Waar staan we vandaag? Komt er een nieuwe versie van het Vlaamse actieplan? Of gaat dat volledig naar het nieuwe decreet? Welke stappen in het proces plant u nog?

Een van de voornaamste kritieken, maar het is ook een vaststelling, is dat het Vlaamse actieplan gaat over de periode 2017-2019. We zitten daar natuurlijk al dik in. Het is dus geen langetermijnvisie. Het gaat niet over waar we naartoe moeten. Eigenlijk is dat jammer. Het is nodig dat je weet wat we op korte termijn zullen doen, maar als we niet weten wat de langetermijnplanning is, waar we echt naartoe willen, welke omslag we zullen maken, welke structuur we fundamenteel willen aanpakken, dan is het moeilijk om met een tijdelijk actieplan verder te gaan dan alleen maar het bestendigen van wat er is. Dat is jammer omdat we net daar nu ongelooflijk nood aan hebben.

De ggz in Vlaanderen en eigenlijk in heel België heeft een enorme noodzaak aan grote hervormingen. We moeten dat ernstig nemen en dat thema veel hoger op

de politieke agenda plaatsen. We kennen de cijfers: ongeveer één op de vier mensen komt in zijn leven in aanraking met ggz. Die cijfers gaan soms tot één op twee mensen die in zijn of haar leven met psychologische problemen kampt. 37 procent van het langdurig ziekteverzuim heeft als oorzaak ggz. Iedere dag ondernemen 28 Vlamingen een zelfmoordpoging. Drie Vlamingen overlijden dagelijks door suïcide. Om die cijfers kunnen we echt niet heen.

Als je bekijkt hoeveel mensen hulp vragen of krijgen voor hun mentale gezondheidszorg, merken we dat ongeveer 4 procent van die mensen een psycholoog of psychiater bezocht. Dat zie je ook in het budget: slechts 6 procent van het budget van Gezondheidszorg gaat naar ggz. Maar als je bekijkt wat het ons kost, blijkt dat 3,5 procent van ons bnp naar gezondheidsproblemen met een mentale oorsprong gaat. Daarom moet dat meer aandacht krijgen en moeten we daarop inzetten.

Er bestaat kamerbreed ook consensus over het feit dat we in de manier waarop dat wordt georganiseerd veel meer naar een even ambulante zorg moeten gaan en veel minder naar een zorg die gericht is op opnames en residentieel verblijf. Daar zijn de afgelopen decennia stappen in gezet. We hebben artikel 107. Er is nu, denk ik, ook een nieuwe oproep voor artikel 107. Maar als je van een wit blad zou vertrekken en zou onderzoeken hoe dat idealiter zou moeten worden georganiseerd, kom je wellicht tot een andere structuur dan we vandaag hebben. We moeten die oefening durven te maken. Ze is ook nodig. Of dat nu met een decreet gebeurt dat hier volgend jaar ligt of niet, vind ik bijna ondergeschikt aan het feit dat we die oefening ten gronde en au fond maken. Ik hoop dat in het decreet zal worden opgenomen dat dat snel kan, want de urgentie is groot.

De vraag is niet zozeer of er een decreet komt of niet, maar wel of er een langetermijnvisie komt, een fundamentele hervorming. En gaan we ook in de ggz, zoals in een aantal andere domeinen, naar een mentaliteitsshift, naar een cultuurshift en naar een nieuwe visie en een nieuwe toekomst? Ik hoop absoluut dat het antwoord daarop ja is. Vanuit de oppositie wil ik de hand reiken om daar mee aan te denken omdat dat iets is dat verder moet reiken dan een legislatuur of drie partijen. Dat moet heel breed gedragen zijn, zodat we hier de bakens kunnen uitzetten voor de komende tien of twintig jaar.

Daar is nu nood aan, veeleer dan wat dit actieplan doet, namelijk de bakens zetten voor het komende jaar of de komende twee jaar.

Het ontbreken van een langetermijnvisie wordt ook aangekaart in de verschillende adviezen. Dit is een Vlaams actieplan, waarin wel wordt verwezen naar de andere niveaus. Het vermeldt dat "onderzocht moet worden wat de impact is van een federale terugbetaling", enz. Dit kan inherent evenwel niet samen met het federale niveau gebeuren: de bevoegdheidsverdeling is wat ze is en we moeten daarmee aan de slag. Een gezamenlijke visie is belangrijk, zoals gezegd in verband met de federale terugbetaling en wat dat betekent voor Vlaanderen, of met hoe we de cgg's zullen positioneren, hoe we zullen zorgen dat het middelengebruik daalt. Bijna 16 procent van de Vlamingen gebruikt psychofarmaca, het gebruik van antidepressiva stijgt ieder jaar, zowel bij jongeren als bij ouderen is dat een probleem. We moeten een omslag krijgen, zodat we veel meer naar behandeling en therapie gaan, dan enkel of vooral met medicatie bezig te zijn. Daarvoor hebben we die samenwerking met de federale overheid nodig.

In het actieplan vond ik de manier waarop naar het federale niveau wordt verwezen redelijk vrijblijvend. We gaan onderzoeken wat de impact is, of we gaan in dialoog, maar waar gaan we echt naartoe? Ik miste die samenwerking ook voor die korte termijn van het actieplan.

Belangrijke vragen blijven er over het budget en de timing. Er zijn veel acties opgesomd, maar er wordt niet gezegd welk budget en welke timing daartegenover

staat. Die vragen stonden al in het SAR-advies en kwamen ook aan bod in de hoorzittingen. Een urgente vraag is te weten welke slagkracht er zal zijn. Vaak wordt er naar mijn gevoel gewacht wat er op het federale niveau zal gebeuren met de hervorming en met de terugbetaling. Intussen zou ook die Vlaamse Regering alvast kunnen inzetten op het versterken van de eerstelijnspsychologen, of om de cgg sterker te maken zodat, als die terugbetaling er is, we een goed ambulant netwerk hebben om daarmee aan de slag te gaan. Hetzelfde geldt voor artikel 107, waarvoor nu een nieuwe oproep komt. Dat is een goede zaak, maar we moeten ervoor zorgen dat onze ambulante zorg daar klaar voor staat. Momenteel liggen er wel mensen in die ziekenhuisbedden. Vaak is een opname voor mensen de enige optie, ook wanneer ambulante zorg beter zou zijn. Als je botst op lange wachttijden om hulp te krijgen en er is wel een mogelijkheid voor opname, kiezen veel mensen voor die opname. Als we die omslag willen maken zal de federale overheid vooruit moeten gaan, maar zal ook de Vlaamse overheid die ambulante zorg sneller en krachtiger moeten uitbouwen.

Mevrouw Van den Bossche heeft daarnet al verwezen naar de mobiele teams en het feit dat er nog geen volledige dekking is. Dus ook in dat verband is een ernstige uitbouw cruciaal. We moeten dan ook weten waar we wat nodig hebben. De sterkte van het actieplan is dat we een goed overzicht krijgen van wat er nu al is en hoe alles in elkaar past. Wat er niet in staat en ook niet gepland is, is om een goede behoefteanalyse te maken: welke geestelijke gezondheidszorg hebben we nodig? Waar moeten we naartoe als we willen zorgen dat we geestelijke gezondheidszorg ernstig nemen?

Er is een prevalentieonderzoek uit december 2013 met een inschatting van de behoeften aan geestelijke gezondheidszorg, daar is kritiek op gekomen, maar het is een aanzet van steunpunt WVG. Wat stellen we voorop? We missen dat, zo bleek ook uit de hoorzittingen. In het hoofdstukje van het actieplan rond onderzoek staat niet vermeld dat er een prevalentieonderzoek of een behoefteanalyse komt, wel dat er zorgstrategische plannen moeten zijn. Hoe kun je zo'n plan maken als je niet weet wat de zorgnoden zijn? Er ontbreekt dus een belangrijk element om de toekomst uit te bouwen, en dat was volgens mij minstens één van de topprioriteiten voor de komende twee jaar: wat hebben we nodig en wat is het aanbod dat daartegenover moet staan?

Dan kunnen we afstappen van het ombouwen van ziekenhuisbedden, wat op zich een goede zaak is, maar het gebeurt op een organische manier, zodat er grote regionale verschillen ontstaan die op geen enkele manier verantwoord kunnen worden.

De relatie tussen artikel 107 en de eerstelijnspsychologen wordt niet duidelijk gemaakt in het actieplan. Maar wat doet artikel 107? Het gaat naar de eerste functie kijken. Dan zit je recht in het hart van uw eerstelijnspsychologen. Die zaken staan in verband met elkaar.

Heel de eerstelijns psychologische functie, die iedereen fantastisch vindt en die continu wordt bejubeld, blijft wel steken in de projectfase. U hebt dat nu doorgeschoven naar de eerstelijnszones en die zullen hopelijk nog deze legislatuur vorm krijgen, maar hebt u daar een budget voor om ze effectief ook van start te laten gaan, of moeten we wachten tot 2020 of 2023 op die eerstelijnsfuncties? Zelfs als dit een plan is op de korte termijn, zouden daarin acties kunnen zitten die op lange termijn nodig en zinvol zullen zijn.

'Health in All Policies' is ongelooflijk belangrijk als het gaat om geestelijke gezondheidszorg. De commissie Onderwijs is recent aan het bakkeleien geweest over eindtermen en nu moet de invulling gebeuren. Daar zit een luik in over die geestelijke gezondheidszorg. Mensen in armoede hebben een veel hoger risico op

geestelijke gezondheidsproblemen. Andersom is het ook zo dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen een veel hoger armoederisico hebben. Dat is met elkaar verweven. Het beleid moet die twee elementen dan ook samen aanpakken. Hetzelfde geldt voor wonen en voor werk. Er wordt verwezen naar de proeftuinen en naar de nood aan meer overleg en samenwerking met wonen. Hoe gaat u met minister Homans de komende jaren inzetten op de aanpak van die problematiek? Hoe gaan we zorgen dat mensen met geestelijke gezondheidsproblemen beter toegeleid worden naar de arbeidsmarkt? De SAR stelt vast dat er een te lage arbeidsparticipatie is, die moet opgekrikt worden. Hoe hebt u afspraken gemaakt met minister Muyters om daar bewust op in te zetten de komende twee jaar? Omgekeerd is werk en druk op het werk ook een risicofactor voor de geestelijke gezondheid. Welke stappen worden daar nu al in gezet om een kentering teweeg te brengen?

Kortom, ik kan niet zeggen voor of tegen dit actieplan te zijn, behalve dat het veel vragen oproept en dat er nog veel ontbreekt om te zijn wat het moet zijn. Het lijkt veeleer een samenvatting van wat er bestaat en een bundeling van een aantal zaken. Hier en daar zijn er een paar nieuwe dingen, zoals kwartiermaken, maar ook daaromtrent is de vraag: hoe past het in het nieuwe denken rond zorgvormen? Ik blijf op mijn honger zitten, maar ik ga ervan uit dat, nu we een jaar verder zijn met dit actieplan, u ons meer toelichting zult kunnen geven.

Ik eindig positief: de algemene principes van waaruit vertrokken wordt, zijn goed. We kunnen ons vinden in het twintigtal visies en basisprincipes die aan het actieplan ten grondslag liggen. De vraag is alleen nog: hoe gaan we daar echt uitvoering aan geven?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Ik verwijs naar de resolutie met betrekking tot een versterkt geestelijke gezondheidszorgbeleid dat we in het Vlaams Parlement hebben ingediend en dat door het parlement is aangenomen.

Iedereen is het erover eens dat mensen sneller dan vandaag de weg moeten vinden naar zorg wanneer zij een geestelijke gezondheidsprobleem hebben. Dat kan sneller en beter. Het is cruciaal om zoveel mogelijk drempels weg te werken of zo laag mogelijk te maken. Het gaat niet alleen om mensen die nog op zoek zijn naar hulp. Ook wie al hulp gevraagd heeft, vindt soms zijn weg niet. Het gaat dan over de leesbaarheid van het zorglandschap. Dat is zelden een sinecure, zelfs niet voor ervaren mensen die er dagelijks mee bezig zijn. Dit geldt ook voor nieuwe evoluties.

In de hoorzittingen hebben we gehoord dat er veel goede initiatieven zijn, maar als iemand de moed bijeenschraapt om hulp te vragen bij een online- of tele-initiatief en wanneer dat het juiste niet blijkt te zijn, wordt hij doorverwezen. Dan heeft degene die hulp zoekt al snel het gevoel dat hij van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Dan bestaat het risico dat hij alsnog afhaakt. Daarom hebben we er in het voorstel van resolutie voor gepleit om werk te maken van warme doorverwijzingen, waarbij mensen meegenomen worden naar de juiste deur, waar ze zorg op maat kunnen vinden.

In het algemeen moet er werk gemaakt worden van een andere beeldvorming over geestelijke gezondheidsproblemen. U hebt daar de voorbije jaren al veel inspanningen voor gedaan en u doet dan vandaag nog altijd. 'First aid in mental health' is een absolute meerwaarde: het breed verspreiden van kennis bij de brede bevolking over hoe eerste zorg kan worden toegediend is belangrijk. Tot zover mijn eerste punt over het wegnemen en verlagen van drempels naar de zorg- en hulpverlening.

Mijn tweede punt gaat over het onderzoeken van de zorgnoden. Ik heb het al vermeld in de plenaire vergadering en heel wat collega's hebben het hier ook al

aangekaart. Als we weten wat de zorgnoden zijn, kunnen we de geestelijke gezondheidszorg organiseren en weten we hoe we de middelen efficiënt kunnen inzetten. In dat opzicht verwijs ik naar de vraag in de voornoemde resolutie naar betrouwbare en intersectorale registratie. Vandaag bestaan er onvoldoende gegevens over welke zorgnoden er zijn en hoe we daar adequaat op kunnen antwoorden vanuit het beleid. We moeten grondig die denkoefening doen. We hebben op het actieplan dat voorligt verder gewerkt met een resolutie, met hoorzittingen en met concrete vragen. Ik kijk uit naar de antwoorden vanuit de Vlaamse Regering op de vragen in de resolutie omdat we de organisatie van onze geestelijke gezondheidszorg grondig onder de loep moeten nemen, net met het oog op meer geestelijke gezondheid.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik zal starten met de vraag van mevrouw Van den Bossche en dan reageren op de algemene beschouwingen, de commentaar, kritiek en vragen van de andere collega's.

In het algemeen zult u ondertussen wel begrepen hebben dat ik voorstander ben van vermaatschappelijking van de zorg, een beweging die erg concreet is in de geestelijke gezondheidszorg. Ook wat uit het Europees rapport naar voren komt, verbaast ons niet: we hebben in België een geestelijke gezondheidszorg die zich om historische redenen zeer sterk achter de muren van ziekenhuizen afspeelt.

Daar wordt goede zorg verleend, maar wat dit landschap betreft, moeten we toch ook vaststellen dat we een eigenlijk een relatief beperkte ambulante en eerstelijnszorg hebben als het gaat over geestelijke gezondheidszorg in België/Vlaanderen.

De bevoegdheid is uiteraard verdeeld over meerdere bestuursniveaus, en het aanbod, zeker het ziekenhuisaanbod, is dan ook nog historisch gezien vrij ongelijk verspreid over de diverse gemeenschappen, hetgeen natuurlijk ook heeft betekend in de loop der tijd dat er correcties zijn aangebracht via conventie- en andere technieken.

Ik moet u toch wel even herinneren aan een belangrijke afspraak die wij met de federale overheid hebben gemaakt in de vorige legislatuur. In 2010 is de federale overheid in samenwerking met de diverse deelstaten gestart met een hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Ik herinner me nog zeer goed dat ik, als gemeenschapsminister, en de federale collega er bijzonder fier op waren dat we een gids daarvoor konden goedkeuren, en dat we dus een gestroomlijnd beleid zouden voeren. We zouden dat ook aan de pers voorstellen. Ik denk dat er niemand is komen opdagen om het heuglijke feit vast te stellen dat de overheden samen een visie hadden gemaakt. We hebben dat echter toch wel gedaan op dat ogenblik. De hervorming is toen dus gestart voor volwassenen. In 2015 hebben wij ook samen een nieuw beleid qua geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren bekroond met de ondertekening van de 'Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren'. Het is misschien toch belangrijk om ook dat nog eens in herinnering te brengen. Soms zegt men immers dat er geen visie is, dat er meer samenwerking moet zijn. Ik kan alleen maar vaststellen dat we minstens voor twee doelpopulaties daar in ieder geval de voorbije jaren behoorlijk wat in hebben geïnvesteerd.

Met het oog op de internationale cijfers wat de aanwezigheid van residentiële capaciteit qua geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen betreft, lijkt er uiteraard nog ruimte voor de creatie van bijkomende mobiele teams door de buitengebruikstelling of bevriezing van ziekenhuisbedden. Er werd gevraagd hoe we daarnaar kijken. Ik kan u alleen nog maar eens bevestigen dat op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 20 november 2017 de beslissing is genomen betreffende de mobiele teams geestelijke gezondheidszorg volwassenen.

Het aantal mobiele teams en het aantal vte's waarover de netwerken dienen te beschikken, zijn daar vastgelegd. Het aantal mobiele equipes 2a – dan gaat het over crisiszorg – werd bepaald in functie van het aantal inwoners, namelijk 1 per 150.000 inwoners. Het aantal mobiele equipes 2b, dus langdurige zorg, werd bepaald in functie van de prevalentie. Die is dan begroot op 1,1 case per 1000 inwoners, en 1 vte per 18 cases. Het aantal inwoners is daarbij steeds de bepalende variabele. De territoriale indeling van de netwerken heeft dus uiteraard ook een direct effect op het aantal en de grootte van de equipes, aangezien het aantal inwoners een belangrijke variabele is. Volgens de afspraken toen is er in België volgens die berekeningsmethode nood aan 46,1 2a-teams voor crisisopvang en 47 2b-teams voor langdurige zorg. In principe moet elk 2a-team bij voorkeur 12 vte's tellen, en elk 2b-team minstens 9 vte's. Voor onze gemeenschap betekent dat 26,3 2a-teams en 26,8 2b-teams die moeten worden gerealiseerd. Dat aantal mobiele teams en die vte's kunnen worden gerealiseerd door middel van een bijkomende buitenwerking- of buitengebruikstelling van ziekenhuisbedden. Netwerken die zelf onvoldoende middelen of ziekenhuisbedden hebben, kunnen worden ondersteund, op voorwaarde dat ze voldoende inspanningen leveren aangaande het buiten gebruik stellen van bedden. Het is de bedoeling dat de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen tegen het einde van deze maand een voorstel doen over hoe zij dat aantal mobiele equipes willen bereiken in hun netwerk. In de daarop volgende maanden zal dat voorstel worden besproken door het netwerk, de federale en de Vlaamse overheid samen.

Mocht u daar meer over willen weten, dan kan ik u alvast ook zeggen dat u de slides met de toelichting die aan de netwerken is gegeven over die beslissingen van de interministeriële conferentie, kunt terugvinden op de website www.psy107.be.

Er is natuurlijk de fundamentele vraag hoe we in de toekomst de afstemming tussen de bestuursniveaus nog beter willen realiseren. Daarvoor wil ik u toch een aantal zaken in herinnering brengen. De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen omvat niet enkel de realisatie van functie 2, dus de mobiele teams, waarnaar ook mevrouw Van den Brandt heeft verwezen. Ook de realisatie van de vijf functies uit de gids voor een betere geestelijke gezondheidszorg is natuurlijk belangrijk. De Vlaamse overheid heeft de afgelopen jaren daartoe ook initiatieven genomen, bijvoorbeeld om functie 5, de specifieke woonvormen, in te vullen. Zo zijn er sinds december 2015 proeftuinen inzake woonzorg in de geestelijke gezondheidszorg. De bedoeling is dat men in die proeftuinen ervaring opdoet met flexibele woonzorgvormen voor chronisch psychiatrische patiënten. In het najaar van 2017 hebben we twee oproepen gelanceerd: enerzijds een oproep voor specifieke woonvormen voor jongvolwassenen met psychische problemen en anderzijds een oproep voor aanklampende zorg voor zorgmijdende personen met psychische problemen die sociaal huren. Mevrouw Van den Brandt, ik hoor u zeggen dat er niks concreets in staat, maar we hebben daar ondertussen wel degelijk een aantal initiatieven voor genomen, en dat ook ter invulling van functies waarvoor de gemeenschappen ook een verantwoordelijkheid zouden nemen op basis van de afspraken die in de interministeriële conferentie werden gemaakt.

Ik kan ook nog eens bevestigen dat de overheden, de gemeenschappen en de federale overheid, elkaar dus ook daadwerkelijk informeren over de initiatieven die passen binnen die hervormingsbewegingen. Er is daarvoor een interkabinettenwerkgroep (IKW) 'taskforce ggz'. We nemen die beslissingen over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg gemeenschappelijk in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Een stand van zaken met betrekking tot die hervorming staat eigenlijk standaard op de agenda van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid.

Mevrouw Van den Bossche, u had ook een vraag over de enquête door het WIV. Ik kan ter zake bevestigen dat daarvoor in 2018 4200 personen verspreid over

heel Vlaanderen zullen worden ondervraagd. Die data zullen in de eerste jaarhelft van 2019 worden verwerkt. De resultaten van de gezondheidsenquête zijn te verwachten in de tweede helft van 2019. Het is juist dat het de eerste keer zal zijn dat een module geestelijke gezondheid bij kinderen en adolescenten wordt toegevoegd aan de enquête. De doelstelling van die module is het beoordelen van het welzijn of de psychosociale problemen die veel voorkomen bij kinderen, dus tot 14 jaar, en bij jongeren, dus tot 18 jaar, in de algemene bevolking, en het kunnen inschatten van de prevalentie ervan. Wat de vragen betreft die er zijn geweest over de behoefteraming, geef ik hierbij dus alvast ook een stuk van de aanpak. De vragenlijst die zal worden gebruikt voor die module, zal worden ingevuld door de ouders, op basis van het gedrag van het kind de afgelopen zes maanden.

We zijn nu bezig met de bespreking van het actieplan. Ik wil toch nog eens aangeven dat het actieplan eerst eind december 2016 aan de regering is voorgelegd. Dan zijn de adviezen ingewacht. Er is wel degelijk rekening gehouden, voor zover we dat natuurlijk gewettigd vonden, met de adviezen die zijn binnengekomen. In mei 2017 is het actieplan definitief door de regering goedgekeurd. Als je probeert een globale beweging te doen in de geestelijke gezondheidszorg, dan is het natuurlijk ook logisch dat je ook niet kunt ontsnappen aan de vaststelling dat daaromtrent samenwerking tussen de diverse bestuursniveaus noodzakelijk is. Ik blijf echter beklemtonen dat die er in het verleden wel degelijk was, zeker in de geestelijke gezondheidszorg. Ik heb het u al gezegd: de implementatie van de gids, zowel die voor volwassenen als die voor kinderen en jongeren, is eigenlijk standaard een issue op de bijeenkomsten van de ministers in de interministeriële conferentie.

Naar aanleiding van uw vragen en bedenkingen bij dat Vlaamse actieplan wil ik toch even een aantal beschouwingen maken en ook een aantal concrete projecten of acties beschrijven die er ondertussen zijn.

Eerst moet ik toch zeggen dat we de ontwikkeling en de uitwerking van een masterplan geestelijke gezondheid met een langetermijnvisie natuurlijk ook hebben meegenomen naar die IKW 'taskforce ggz'. Alle kabinetten bevoegd voor de geestelijke gezondheid in België zijn het erover eens dat een dergelijk masterplan noodzakelijk is, maar in één adem wordt natuurlijk gewezen op het feit dat dat veronderstelt dat er ook tussen de diverse overheden overeenstemming wordt gevonden daarover. Mevrouw Van den Bossche, ik heb het al eens kunnen zeggen, ook naar aanleiding, denk ik, van een debat of gesprek dat ik met u in De Zevende Dag mocht hebben: ik persoonlijk ben ervan overtuigd dat een nieuwe grote dynamiek in de hervormingsbeweging in de geestelijke gezondheidszorg op de agenda zal moeten komen van zowel de Vlaamse als de federale verkiezingen. Om een nieuwe grote beweging te maken, heb je wel degelijk op de twee niveaus een momentum nodig. Ik ben er echt van overtuigd dat dat er ook staat aan te komen. In die zin moet hetgeen we vandaag doen, en ook het decreet dat we nog kunnen goedkeuren, fundamenten geven om dan ook in mogelijke onderhandelingen tussen degenen die dan geroepen zijn daaromtrent de volgende afspraken te maken voor de implementatie van een aantal dingen die in deze legislatuur natuurlijk niet gefinaliseerd zijn, en ook inzake de budgetten en de verschuivingen van budgetten die daar mogelijkerwijze mee verbonden zijn.

Iedereen beseft, denk ik, dat we opnieuw voor zo'n grote beweging staan. Dat neemt echter niet weg dat we natuurlijk ook in deze legislatuur nog initiatieven nemen, waaronder ook een regelgevend initiatief. Daarover moet uiteraard ook worden overlegd. Dat moet de basis kunnen zijn waarop we in Vlaanderen ook nieuwe stappen kunnen zetten.

Dat betekent dat we op dit moment werken aan de ontwikkeling van een nieuw decreet inzake geestelijke gezondheid. Mevrouw Van den Brandt, uiteraard wordt

daarover intens overlegd met alle betrokken stakeholders, met vertegenwoordigers van patiënten, van families, maar uiteraard ook met vertegenwoordigers van de beroepsgroepen en de koepels. We hebben daarover regelmatig overleg in het structureel overleg geestelijke gezondheid dat we hebben geïnstalleerd en dat op regelmatige basis ook bijeenkomt. We zullen uiteraard proberen een toekomstgericht kaderdecreet te creëren, dat is afgestemd op de bestaande decreten, maar ook op andere decreten die in ontwikkeling zijn, zoals het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming, het decreet inzake de woonzorg, het decreet inzake preventie en noem maar op. Dat is niet onbelangrijk. Dat is een belangrijke randvoorwaarde.

Het actieplan dat u vandaag bespreekt, bevat, denk ik, een duidelijke visie en heel wat concrete basisprincipes, die we de jongste maanden uiteraard hebben trachten te vertalen in zeer concrete acties en initiatieven. Daarbij is natuurlijk het principe van 'Health in All Policies' gehanteerd, wat impliceert dat die acties invulling krijgen in diverse agentschappen en ministeriële bevoegdheden.

Ik ga er een paar opnoemen, omdat u er ook vragen over hebt gesteld. Er wordt momenteel gewerkt aan een traject om één Vlaamse steunpuntfunctie inzake geestelijke gezondheid te realiseren, vanaf 1 januari 2019, hopen we. Dat is belangrijk. Het luik beeldvorming zal daarbij een belangrijke rol kunnen spelen. We zullen ook trachten om zowel Te Gek!? als de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG), het beeldvormingsbudget incluis, daarin te integreren, naast de budgetten en de werking inzake de inhoudelijke aspecten van convenanten die met koepels zijn afgesloten. We denken ook aan een integratie van middelen van de netwerken cultuursensitieve zorg, die de expertise kunnen borgen. Ook de expertise die vanuit de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) beschikbaar is, zouden we een plaats willen geven. Opdrachten van die steunpuntfunctie zijn uiteraard beeldvorming en communicatie, praktijkondersteuning, methodiekontwikkeling en -implementatie en dergelijke meer. Wat dat steunpunt, dat natuurlijk de resultante moet zijn van de participatie van verschillende partijen, uiteindelijk aan autoriteit kan verwerven, is natuurlijk ook afhankelijk van de bereidheid van alle stakeholders om er samen de schouders onder te zetten.

We blijven natuurlijk ook inzetten op een breed gedragen bevordering van de geestelijke gezondheid en de preventie van geestelijke gezondheidsproblemen. Daarin zijn bepaalde prioriteiten vastgelegd in gezondheidsdoelstellingen. Voor geestelijke gezondheid is dit onder andere vertaald in gezondheidsdoelstellingen met betrekking tot suïcidepreventie en, binnen de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025', tot de thema's tabak, alcohol en drugs. Wij zijn momenteel aan het concretiseren hoe we algemene kadermethodieken kunnen aanpassen naar settings zoals onderwijs, werk en de lokale gemeenschap. Er is dus wel degelijk een visie, en een intentie om die visie te vertalen naar zaken die in die settings kunnen worden geïmplementeerd. Hierbij kan ik verwijzen naar het budget van 200.000 euro waarin is voorzien om Mental Health First Aid, die fameuze EHBO-cursussen voor psychische problemen, te implementeren in Vlaanderen.

Suïcidepreventie blijft een van de speerpunten in het preventief beleid. Zoals aangekondigd, willen we belangrijke stappen zetten in de stroomlijning van het suïcidepreventielandschap. Er werd recent een oproep voor een partnerorganisatie voor suïcidepreventie gelanceerd, met een integratie van de huidige werkingen en financieringen van het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), de Werkgroep Verder, Zorg voor Pogers en de inhoudelijke koepelconvenant van de Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg (FDGG). Op deze manier willen we stappen zetten in de rationalisatie van ons preventief beleid. Ik herhaal nog eens dat 165.000 euro werd uitgetrokken voor het opzetten van een psychologisch autopsie-onderzoek met controlegroep, dat zich richt tot mannen en vrouwen in Vlaanderen tussen 45 en 60 jaar die zijn

overleden door suïcide, in samenwerking met de Universiteit Gent en de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek. Dit onderzoek is noodzakelijk om een beter zicht te krijgen op de risicofactoren van deze leeftijdsgroep.

Men vraagt mij wat er nog concreet kan gebeuren in deze legislatuur. Hiervoor verwijs ik naar de lancering van de template 'programma vroegdetectie en -interventie' midden juli 2017. Voor dit programma is in 2,3 miljoen euro voorzien, waarvan 1 miljoen euro nieuwe recurrente middelen. In vier netwerken wordt het programma vanaf 1 januari 2018 uitgerold.

Om het luik met betrekking tot de preventie geestelijke gezondheid af te ronden, signaleer ik u ook nog dat we in het kader van 'harm reduction' recent een oproep hebben gedaan voor de organisatie, mét terreinwerking, voor het voorkomen en beperken van gezondheidsschade bij injecterende druggebruikers. Daar waar we vroeger fragmentarisch werkten in aparte overeenkomsten inzake spuitenruil, hebben we de werkingen 'harm reduction' ingebed in de medisch-sociale opvangcentra (MSOC's), geïntegreerd in één Vlaamse oproep. Die moet starten begin 2019. We hebben in de mogelijkheden voorzien om in deze oproep rekening te houden met overdosispreventie of het bevorderen van therapietrouw bij gebruikers in behandeling voor hepatitis C. Uit het hoofdstuk uit het actieplan dat daarover gaat, is er ondertussen toch al een en ander operationeel gemaakt.

Ook wat betreft onze ambitie om een globale, geïntegreerde en zorgnoodgestuurde geestelijke gezondheids- en welzijnszorg vanuit een samenlevingsgericht kader te realiseren, hebben we niet stilgezeten. Onder andere in het decreet betreffende de geestelijke gezondheid, dat we aan het maken zijn, zullen we uiteraard duidelijk maken dat netwerken, functies en programma's centraal zullen staan. Het gaat niet zozeer om het erkennen van allerlei diensten en voorzieningen op zich, het gaat om de trajecten die ze mee faciliteren of waarin ze een plaats innemen. De ontwikkelingen binnen de netwerken geestelijke gezondheid volwassenen heb ik geschetst in het kader van ons deel van de uitvoering van de gids voor een nieuw gezondheidsbeleid voor volwassenen. Wij wachten op dit ogenblik nog op de studie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) 'Organisatie en optimalisering van geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in België', om te bekijken hoe we ook voor die doelgroep stappen kunnen en moeten zetten.

Ik kan u wel al meegeven dat we aan het toewerken zijn naar één Vlaamse coördinatiefunctie netwerking en samenwerking met betrekking tot geestelijke gezondheid door de integratie van de werking van de overlegplatforms ggz in één Vlaamse structuur. Daarover was ook een vraag: over die veelheid aan platforms en over de geografische versnippering.

Deze oefening houdt ook rekening met de evolutie naar een eengemaakte onafhankelijke ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg. Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) ondersteunt ons wetenschappelijk bij deze oefening, evenals bij de uitwerking van een Vlaamse steunpuntfunctie geestelijke gezondheid waarover ik u daarnet al een en ander heb verteld.

Natuurlijk zijn ook investeringen in de ggz zelf noodzakelijk. Zelfzorg neemt hierin een belangrijke plaats in. U hebt uiteraard, hoop ik, gemerkt dat we vorige week de campagne 'Leef zonder filter' hebben gelanceerd, specifiek gericht op jongeren. Wij zullen deze campagne ook evalueren. Daarnaast is er een budget van 125.000 euro uitgetrokken om de HerstelAcademies verder over Vlaanderen uit te rollen. Binnen dit budget zijn onder meer middelen uitgetrokken om ervaringsdeskundigen, weliswaar binnen een kader van vrijwilligerswerk, te vergoeden om samen met een professional herstelprogramma's uit te werken die dan in de HerstelAcademies door de ervaringsdeskundige en de professional kunnen worden aangeboden.

De generalistische basiszorg is en blijft natuurlijk uitermate belangrijk. Ik ben uiteraard blij dat we de geestelijke gezondheid een plaats hebben kunnen geven in de oproep van rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp. 'Eén gezin, één plan' blijft ons motto. Binnen elk van de vijftien samenwerkingsverbanden moet telkens minimaal in één VTE eerstelijnspsychologische functie voor kinderen en jongeren voorzien worden, wat neerkomt op een minimaal budget van ongeveer 1 miljoen euro.

Wat betreft onlinehulpverlening zijn we een intensief traject met de cgg's aan het lopen om een coherent beleids- en financieringskader te realiseren. We zien daarbij 2018 als een overgangsjaar.

We zijn ons er uiteraard van bewust dat nog heel wat uitdagingen inzake de verdere uitbouw van ambulante diagnostiek en behandeling voor ons liggen. Dit neemt niet weg dat we in de afstemming met de zorgregiobepaling in het kader van de eerstelijnsconferentie ook de werkingsgebieden van de cgg en andere ambulante partners, zoals de centra voor ambulante revalidatie (CAR), de referentiecentra autismespectrumstoornissen (RCA), de centra voor ontwikkelingsstoornissen (COS), de poliklinieken enzovoort onder de loep willen en moeten nemen.

U hebt daarover al herhaaldelijk vragen gesteld in deze commissie. Ik ben het daar ook fundamenteel mee eens.

Binnen deze oefening moeten we vanuit samenwerking of integratie en op basis van een grondige inventarisatie een globaal en geïntegreerd ambulant diagnostisch en behandelingsaanbod durven te ambiëren. Ik verwijs hierbij ook graag even naar het Actieplan Autisme, dat de Vlaamse Regering vlak voor het kerstreces heeft bekrachtigd. Hierin zitten onder andere heel wat uitdagingen met betrekking tot de afstemming inzake ambulante diagnostiek, ook voor autisme.

Zoals aangekondigd hebben we voor de preventieve werking van de cgg, zoals suïcidepreventie en preventie inzake alcohol en drugs, een bovenbouw op provincieniveau gerealiseerd. Ik wil in de kantlijn even aanhalen dat we nog altijd moeten afwachten welke impact de mogelijke terugbetaling van psychologen vanuit de federale overheid zal hebben. Indien deze terugbetaling zich naar volwassenen zou richten, zullen we moeten bekijken hoe we de projecten rond 'eerstelijnspsychologische functie naar volwassenen' hierop laten aansluiten of inpassen. Ik denk dat het duidelijk is dat een mogelijke terugbetaling vanuit het federale niveau alleen maar kan betekenen dat wij onze inspanning moeten consolideren en versterken. Ik zou dus niet graag zien dat dat een alibi wordt om de eigen inspanningen terug te schroeven, integendeel. Maar het is natuurlijk belangrijk om te weten waar die financiering zich concreet zal situeren, om te zien wat ons daaromtrent te doen staat.

We hebben ondertussen vanuit de cgg en Solentra 359.000 euro geïnvesteerd in de organisatie van traumabegeleiding voor vluchtelingen in het kader van de vluchtelingencrisis. We zullen dit in 2018 verlengen.

U vraagt of het plan voldoende concreet is. Ik signaleer dat de Tandemwerking binnen de Vlaamse gevangenissen ondertussen is uitgebouwd. Met deze werking willen we gedetineerden met een geestelijk gezondheidsprobleem, zonder exclusies, helpen met het vinden van de gepaste zorg- en hulpverlening na detentie. Deze werking begint op volle toeren te draaien. In het voorjaar plannen we een eerste grondige evaluatie, ook over de aansluiting van Tandem bij de forensische werking van de cgg's in de gevangenissen en het justitieel welzijnswerk van de centra voor algemeen welzijnswerk (CAW's).

De brug naar de residentiële behandeling is bevoegdheidsmatig niet evident. Dat zal u niet verbazen. Dit hebben we ook vastgesteld toen de resultaten van de Zorginspectie over de thematische inspecties rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de kinderpsychiatrische diensten werden bekendgemaakt.

Wij hebben met respect voor bevoegdheden maar toch ook vanuit onze bevoegdheid inzake kwaliteit en handhaving onze verantwoordelijkheid genomen. De K-diensten (kinderpsychiatrische diensten) zijn momenteel aan het inventariseren welke architectonische aanpassingen en bouwkundige ingrepen noodzakelijk zijn. De financiering om deze aanpassingen te realiseren, die afhankelijk is van de noden vanuit het werkveld, is opgenomen in de begroting van het Departement WVG. De VIPA-regelgeving wordt hierop afgestemd. Vanaf 2018 zullen we hiervoor middelen toekennen.

Voor de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor de toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregelen binnen de ggz is aan het steunpunt WVG 136.000 euro toegekend. We verwachten de oplevering daarvan tegen eind 2018. Voor het exploratieve onderzoek naar hoe voorkomen kan worden dat kinderen en jongeren in een cel moeten verblijven en naar de problematiek van de gedwongen opnames van minderjarigen in de volwassenenpsychiatrie en de mogelijke aanpak ervan in Vlaanderen is in 68.000 euro voorzien, waarvan 34.000 euro vanuit het Agentschap Zorg en Gezondheid en 34.000 euro vanuit het Agentschap Jongerenwelzijn. Het onderzoek is gestart en zal aflopen eind oktober 2018.

Wat betreft rehabilitatie en revalidatie maken we op dit ogenblik volop werk van de uitvoering van het decreet houdende de werk- en zorgtrajecten in samenwerking met de beleidsdomeinen Werk en Sociale Economie. Daarover werden al vragen gesteld in de commissie. Qua regelgeving is dat klaar.

Ik heb in het begin van mijn antwoord al gezegd dat er heel wat stappen werden gezet voor de begeleiding in het kader van woonzorg. De evaluatie van de proeftuinen woonzorg in de ggz is afgerond. Een aantal projecten worden gecontinueerd, een aantal andere geïntegreerd of stopgezet. Op basis van deze evaluatie en de aansluitende evaluatie van het SSeGa-project (Samenwerkingsverband Sociale huisvestingsmaatschappijen en geestelijke Gezondheidszorg Antwerpen) is de 'Vlaamse template ter ondersteuning van de ontwikkeling van functie 5: specifieke woonvormen en woonondersteuning' uitgewerkt. Deze oproep, die in september 2017 werd gelanceerd, bestond uit twee oproepen om de netwerken ggz aan te zetten om effectieve stappen te zetten in woonbegeleiding. De eerste oproep legt de focus op de realisatie van specifieke woonvormen voor jongvolwassenen met psychische problemen. Hiervoor is een budget van 1.250.000 euro uitgetrokken. Het gaat over vijf projecten, 250.000 euro per project, voor een projectduur van twee jaar. Bij de tweede oproep staat het aanbieden van aanklampende zorg centraal voor zorgmijdende personen met psychische problemen die sociaal huren. Hiervoor is in 1.200.000 euro voorzien. Het gaat om zes projecten van 200.000 euro per jaar, en dat is een recurrent bedrag. Daarnaast zullen we in het kader van de regelgeving in het kader van het overnamedecreet 'beschut wonen en persoonsvolgende trajecten' door regelluwte een aantal veranderingen kunnen opzetten. Die zullen voor die sector een opportuniteit vormen. Dat ontwerp van decreet mag u binnenkort in het parlement verwachten.

Ik heb daarmee trachten aan te geven dat wij dat actieplan telkens opnieuw systematisch proberen uit te voeren en daar concrete initiatieven voor te nemen. Ik neem aan dat u begrijpt dat door mijn overzicht blijkt dat we de oefeningen die lopen met betrekking tot de steunpuntfunctie, de coördinatiefunctie netwerking en de samenwerking met de ombudsfunctie voortzetten. U mag ervan uitgaan dat we dit decretaal proberen te onderbouwen.

Er zijn ook budgetten uitgetrokken om ervaringsdeskundigheid binnen de ggz meer op de kaart te zetten. We hebben in 34.000 euro voorzien om vanuit de praktijk te bekijken in welke mate Cachet kan worden ingezet op de stem van kinderen en jongeren met psychische problemen, in samenwerking met het Vlaams Patiëntenplatform Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid (OPGanG). Samen met

OPGanG wordt een project gerealiseerd om te bekijken hoe de stem van mensen met een verslavingsproblematiek kan worden gehoord, vertrekkend vanuit een algemeen kader en de contouren van de conceptnota Verslavingszorg. In het ontwerp van decreet dat we aan het voorbereiden zijn, zullen we trachten een aantal stappen te zetten in het kader van de inbedding van ervaringsdeskundigheid binnen de sector ggz.

We zijn ook de toekomstige inkanteling van de ggz in de VSB verder aan het voorbereiden. Het onderzoek rond BelRAI Community Mental Health wordt gecontinueerd en verder verfijnd. Er zijn ook middelen uitgetrokken voor een specifiek onderzoek naar de toepassing en bruikbaarheid het forensische BelRAI-supplement.

Dan kom ik tot de punctuele antwoorden op uw vragen. Mevrouw Van den Bossche, we zullen een aantal precaire dossiers in de psychiatrische ziekenhuizen proberen aan te pakken, maar we gaan ook de regelgeving van VIPA aanpassen om de noodzakelijke infrastructuur voor vrijheidsberovende maatregelen op een kwaliteitsvolle manier te kunnen uitvoeren. Ook voor pvt is er in VIPA zeker een perspectief gecreëerd.

Voor de vragen rond wonen heb ik verwezen naar het project dat we met de sociale huisvesting, naar aanleiding van de evaluatie van de proefprojecten, nu duurzaam gaan opnemen.

Op de vragen rond de afstemming van de regels heb ik aangegeven dat we dat zullen meenemen. Dat moet in het decreet een wettelijke basis krijgen.

De eerstelijnspsychologische functie moet ongetwijfeld worden uitgerold. We wachten een beetje tot we de zonekwestie zien stabiliseren, maar ook om te zien hoe de financiering van de terugbetaling van de therapie concreet gemaakt zal worden.

Ik heb geantwoord op de kritiek rond de legedoossteunpuntfunctie. Dat veronderstelt wel dat de partners beseffen dat af en toe middelen moeten worden geïntegreerd en gepoold. We gaan niet alles doubleren, maar wel integreren en daardoor versterken.

Ik bevestig dat ik gesprekken heb met de Jeugdraad. Ze hebben een goed advies afgeleverd, dat vanuit ons perspectief meer dan de moeite waard is. We hebben getracht dat met die zelfzorgcampagne ook te doen.

Mevrouw Van den Brandt, er is nu echt wel structureel overleg met de sector. Dat we in ons plan voorzichtig spreken over de federale overheid, heeft alles te maken met respect voor de bevoegdheidsverdeling, maar doet geen afbreuk aan het feit dat we inzake geestelijke gezondheid in een permanente afstemmingsdialoog zitten.

Ik heb u een aantal bouwstenen gegeven voor de behoefteanalyse. Naar aanleiding van een audit van het Rekenhof van het decreet over de cgg's tijdens de vorige legislatuur, was een van de kritieken dat we een behoefteanalyse moesten maken van de nood aan cgg's. Daaruit is een studie voortgevloeid, die aangeeft dat we dat nauwelijks kunnen, zeker als je dat doet vanuit één type aanbod. Als je vraagt om daar een soort programmatie voor te maken, was de reactie uit de studie dat dit zoveel afhangt van de historische toestand en de vraag of er een aanbod beschikbaar is in de regio of niet. Het is niet mogelijk om daar een instrument van te maken dat alleen bestemd is voor de cgg's.

Bij het KCE is er op dit moment een studie bezig rond ouderen en psychiatrie en ik heb u ook aangegeven welke parameters we gebruiken in de gids die rond artikel 107 is afgesproken.

Mijnheer Anseeuw, ik ben het met u eens dat de registratie cruciaal is. We zullen bekijken of er een wettelijk basis nodig is om daar meer uniformiteit in te brengen, zodat het nut daarvan voor het beleid verhoogt. U hield een pleidooi voor een warme doorverwijzing. Het is mijn overtuiging dat we moeten komen tot een situatie waarbij, als we over handhaving en toezicht spreken, we niet enkel focussen op wat er wordt gedaan in een voorziening of dienst, maar dat we ook de continuïteit en het traject van de patiënt moeten evalueren. Ik ben het ermee dat dit accent ook in het decreet aanwezig moet zijn.

Mevrouw Van den Bossche noemde het vaak genoemde cijfer van 6 procent van het RIZIV-budget dat wordt besteed wordt aan ggz. Als we de stijgende vraag naar dit soort zorg willen beantwoorden, zullen we natuurlijk op gemeenschapsniveau stappen moeten zetten. Ik heb getracht aan te geven welke inspanningen we doen, ook budgettair. We zullen ook het debat over de keuzes in de zorg en over de ziekteverzekering moeten voeren.

Ik eindig met datgene waarmee ik begonnen ben. Ik ben ervan overtuigd dat het voor de ggz in dit land en in onze gemeenschap absoluut nodig is. Ik hoop dat iedereen die nu met vuur pleit voor een grondige hervorming van de ggz, ervoor zal zorgen dat dat in het verkiezingsprogramma van zijn of haar partij met zoveel woorden wordt gezegd en dat, als die partij wordt geroepen om te onderhandelen, hij of zij er met veel overtuiging over zal waken dat de ggz niet bij de 'varia' terechtkomt, maar prominent op de agenda staat.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (sp·a): Minister, we zijn blij dat u in ruimte voorziet om die vrijheidsbeperkende maatregelen via het VIPA te kunnen afbouwen door architecturale ingrepen.

Ik vind u bijzonder afwachtend over de eerste lijn. Ik had gehoopt dat, indien u daar voorlopig nog geen budget voor hebt, u zou bevestigen dat u een groot minnaar bent van het concept. Dat heb ik nu zo niet begrepen, en daarover ben ik teleurgesteld. Velen zullen overtuigd moeten zijn van de waarde van die eerstelijns psychologische zorg als we werkelijk die revolutie in het ggz-landschap willen waarmaken.

U vindt de langetermijnvisie in het masterplan ook noodzakelijk, maar daar is overeenstemming over nodig tussen alle beleidsniveaus. Dat begrijp ik. U zegt ook dat de hervorming op de agenda komt van de Vlaamse en federale verkiezingen. U zegt dat het zal moeten worden bekeken bij de onderhandelingen. U hebt het ook over budgetten en verschuivingen. Mag ik daaruit afleiden dat u denkt dat er nood is aan een staatshervorming om toe te laten dat u die zaken fundamenteel met de federale collega's hertekent? Of denkt u dat dat perfect kan zonder staatshervorming, maar dat er toch onderhandelingen nodig zullen zijn zoals na verkiezingen omdat de wijzigingen erg ingrijpend zullen zijn?

Minister, u roept op om die 6 procent voor ggz binnen het RIZIV-budget op te trekken. U zegt dat dit een prominente plaats in uw programma inneemt. U mag er zeker van zijn dat dit zo zal zijn voor sp.a. Wij hebben er geen idee van of u ons wilt oproepen voor de onderhandelingen op dat moment, maar stel dat het zo is, dan wil ik altijd voor dit hoofdstukje langskomen.

De voorzitter: Mevrouw Van den Brandt heeft het woord.

Elke Van den Brandt (Groen): We zullen afwachten wat de kiezer te zeggen heeft.

Minister, mevrouw Van den Bossche vraagt of er een staatshervorming nodig zal zijn. U zegt dat u het masterplan niet alleen vanuit Vlaanderen gaat doen, dat dat

ook samen met de andere overheden zal gebeuren. Dat is heel terecht. Maar zijn er momenteel breuklijnen? U zegt dat u regelmatig samenzit, en dat het een vast punt is op de interministeriële conferentie. Dan hebt u er wellicht ook een zicht op of alle regio's en gemeenschappen dezelfde richting uitkijken, of zijn er fundamentele visieverschillen? Ik kan mij voorstellen dat er wat betreft de persoonsgebonden financiering andere visies zijn. Wellicht moeten we ons voorbereiden op botsende visies en op eventueel verschillende modellen die in de verschillende gemeenschappen vorm krijgen.

Dan kom ik tot meer punctuele vragen en opmerkingen. U sprak over de rationalisering van een aantal zaken rond suïcidepreventie vanuit de gezondheidsdoelstellingen, zoals bij VLESP, Werkgroep Verder enzovoort. Is daar een fusie op komst van die organisaties of gaat het om het afstemmen van de werking? Is daarrond overleg met de betrokken partners?

De studie van het KCE over ggz voor ouderen is op komst, zegt u. Wilt u daar ook naar een gids gaan, zoals die voor volwassenen en voor jongeren, en is het de bedoeling dat dit het traject wordt, of komt daarvoor nog een ander traject?

U verwees naar de campagne 'Ik leef zonder filter'. Dat is een goede campagne, die nodig is, en tot de juiste doelgroep is gericht. Het verheugt me dat u verwijst naar het advies van de Jeugdraad om dat op te zetten. Ik vond het ook een degelijk en waardevol advies. Nu zitten we in de periode van 'Dertig dagen zonder klagen'. Ik heb wel moeite met het gelijklopen van dergelijke campagnes. Als we ggz bespreekbaar willen maken, moeten we durven zeggen dat mensen mogen klagen.

Minister Jo Vandeurzen: Dat is geen campagne van de Vlaamse overheid.

Elke Van den Brandt (Groen): Neen, maar u hebt ze wel expliciet gesteund. Als we zaken bespreekbaar willen maken, is het van belang dat we, zeker naar onze jongeren toe, het signaal geven dat je niet altijd vrolijk, mooi en gezellig hoeft te zijn. Af en toe mag je best slecht in je vel zitten, dat is zelfs heel normaal.

In het advies van de SAR stond dat je de eerstelijns psychologische functie voor jongeren en voor volwassenen niet mag opsplitsen. Het argument is dat dit één functie is, die generalistisch van aard is en vergelijkbaar met een huisarts. De gespecialiseerde zorg daarna kan wel opgedeeld zijn, maar het apart inrichten van eerstelijnspsychologen voor jongeren vonden ze een slecht idee. Ik vind het moeilijk om daar een mening over te hebben en ik wil graag uw visie daarover horen. U bent dat aan het uitrollen. In welke mate hebt u met de SAR of met andere actoren overleg gehad om te onderbouwen dat een eerstelijnsfunctie voor jongeren wel relevant is?

Wat betreft woonzorg en 'Health in All Policies' haalt u een aantal voorbeelden aan, zoals die woonbegeleiding enzovoort. Eigenlijk was mijn punt dat het een goede zaak is om rond jongvolwassenen of zorgmijders in sociale woningen heel gericht projecten op te zetten. Als je ziet wat de uitdagingen zijn inzake betaalbaar wonen voor mensen met psychische problemen, komen we er niet met die projecten alleen. Dat is mijn punt, ook wat werk betreft, dat het goed is dat daarin stappen gezet worden. Maar als we het echt willen waarmaken, zal er veel meer nodig zijn dan wat nu op tafel ligt.

Dan heb ik nog een vraag over ervaringsdeskundigen. U haalt de voorbeelden aan rond Cachet, het Vlaams patiëntenplatform en rond verslavingsvormen. In het actieplan stond dat u zou overwegen om die opleidingen uit te breiden. Wordt dat gepland of is daarin voorzien? Dat zou volgens mij een goede stap zijn voor

mensen met psychische problemen, als je ziet wat ervaringsdeskundigen in armoede doen en welke impact ze hebben.

Over de behoefteanalyse zegt u dat er een oefening is gebeurd. Ik deel uw mening als u zegt dat op die behoefteanalyse veel kritiek te geven is. Dat is natuurlijk omdat het vertrok vanuit de cgg's. Waarom vertrekken we niet vanuit een algemeen prevalentieonderzoek voor Vlaanderen, los van wat het aanbod nu is? Waarom onderzoeken we niet wat de te verwachten prevalentie is van geestelijke gezondheidsproblemen in Vlaanderen en hoe we daar kunnen op inspelen? Dat is misschien niet gemakkelijk, maar moeilijk gaat ook. We hebben heel slimme mensen die daar hopelijk hun schouders onder kunnen zetten. Ik blijf ervoor pleiten om dat te doen omdat het ons beleid zal onderbouwen. U verwijst al naar de onderhandelingen van 2019. Welnu, het zou fijn zijn dat de mensen die dan moeten onderhandelen, over goed materiaal beschikken om mee aan de slag te gaan en ervoor te zorgen daar iets degelijks uit kan komen. Kortom, een prevalentieonderzoek en een budgettaire raming van het zorgaanbod dat daaraan kan beantwoorden, lijkt mij cruciaal om daar echt mee aan de slag te gaan.

Ik wil eindigen met datgene waarmee u ook bent geëindigd, dat de echte shift er zal moeten komen na de volgende onderhandelingen. Ik hoop niet dat we daarop gaan wachten. Ik denk dat we nu aan de slag moeten gaan. Dat was ook mijn vraag: in welke mate staan de neuzen al dan niet in dezelfde richting in de diverse gemeenschappen? Als we hier in het parlement over dat thema praten, heb ik echter niet het gevoel dat er heel fundamentele visieverschillen zijn. Er is alleen een brede vraag om een aantal stappen te zetten. Als dat zo is, dan moeten we er nu voor zorgen dat die shift incontournabel is tegen 2019, dat dat niet mag afhangen van de doorzettingskracht van diegenen die dan rond de tafel zitten, maar dat er een model op tafel ligt, wat kan via het decreet, waar de sector de schouders onder zet, maar ook de diverse politieke fracties. Alle voorbereidingen die daarvoor nodig zijn, moeten nu eigenlijk ook al echt worden gedaan. Ik hoop dat dat ook zal gebeuren. Ik hoop dat het decreet dan die dynamiek in gang kan zetten. Anders lopen we volgens mij het risico te eindigen in hetzelfde traject dat er nu is wat de terugbetaling van psychologen betreft: de Federale Regering engageert zich ertoe, dan gaan we vijf jaar daarnaartoe werken, er is nu wel een budget ingeschreven, maar het is nog altijd onduidelijk wat het gaat worden. Dat uitstel heeft natuurlijk een impact. Dan zegt u immers nog even te zullen wachten met uw eerstelijnspsychologen enzovoort. Op die manier schuiven we het dus door. Ik hoop dat de volgende regeerperiode geen doorschuifregeerperiode wordt, maar echt een daadkrachtperiode.

Ik had net gevraagd naar dat prevalentieonderzoek. U hebt daarvoor verwezen naar de gids, naar de 46 2a-teams en de 47 2b-teams. Staat het materiaal waarop dat is gebaseerd, in die slides waarnaar u verwijst, of is dat een aparte studie, en kunnen we daar dan ook inzage in krijgen?

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, ik ben heel blij dat u mee het belang onderschrijft van een goede en betrouwbare registratie. In dat opzicht en ook in het kader van uw oproep op het einde van uw repliek denk ik dat het belangrijk is dat het opstarten van die registratie niet te lang op zich laat wachten, al weet ik natuurlijk wel dat het op poten zetten daarvan op een goede en grondige manier moet gebeuren. Ik verwacht dus niet dat dat overmorgen wordt opgestart, maar toch, als we gevolg willen geven aan uw oproep in de volgende regeerperiode, dan hebben we natuurlijk wel wat gegevens nodig.

Het verheugt me ook dat u in het kader van handhaving en toezicht niet alleen aandacht wilt hebben voor wat binnen de voorzieningen gebeurt, maar dat u de

continuïteit van de zorg en de doorstroming tussen die verschillende voorzieningen ook mee in rekening wilt brengen. Dat lijkt me erg belangrijk. Dat is een cruciaal punt voor meer geestelijke gezondheid.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Ik moet zeggen dat het op de interministeriële conferentie en de voorbereiding daarvan meestal wel lukt om akkoorden te maken. Als men in een federaal land als het onze – en we zijn daar ook niet uniek in, moet ik eerlijk zeggen, dat is in wel meer federale landen natuurlijk een issue – toelaat dat er op gemeenschapsniveau bevoegdheden worden genomen, dan betekent dat ipso facto dat iedereen het er ook mee eens is dat er asymmetrische evoluties kunnen zijn. Anders moet je geen bevoegdheden op een ander niveau brengen. Dat lijkt me eerlijk gezegd nogal logisch. Er is het feit dat er in Vlaanderen, natuurlijk ook om historische redenen, veel capaciteit in onze psychiatrische ziekenhuizen is. Dat betekent natuurlijk dat die constructie, ook vanuit het RIZIV, in de diverse regio's ook niet gelijk is als het gaat over geestelijke gezondheidszorg.

Intuïtief, maar nu spreek ik vanuit mijn parate kennis uit een federaal verleden, denk ik dat je zult merken dat bijvoorbeeld die realiteit door het RIZIV ook is beantwoord met conventies, die dan in Wallonië op een andere manier of meer tot stand zijn gekomen dan in Vlaanderen. Er zijn in de loop der jaren dus allerlei initiatieven genomen om dat aanbod op een bepaalde manier toegankelijk te kunnen maken. Men heeft de erkenningen in het klassieke systeem, men heeft daar conventietechnieken voor. Er bestaat dus wel een en ander ter zake.

Een sluwe vraag was natuurlijk of ik nu vind dat daar een staatshervorming voor nodig is. Als u mij dat eerlijk vraagt, voor mij is dat niet onmiddellijk nodig. Waarom? Ik denk dat wij altijd zullen moeten leven met de realiteit dat er hoe dan ook afstemmingen nodig zullen zijn tussen de diverse niveaus. Als je gaat voor vermaatschappelijking, dan zeg je meteen dat de hele sociale component, dat het maatschappelijk werk, de lokale besturen, allerlei zaken die niet onmiddellijk kunnen worden geklasseerd onder strikt medische terugbetalingen, ook in beeld komen.

U hebt het zelf trouwens terecht aangehaald: wie vermaatschappelijking zegt, impliceert ook een flankerend beleid in tal van sectoren, zoals huisvesting, maatschappelijk werk, noem maar op. Dat moeten we ook onder ogen durven te zien. Je kunt niet zeggen dat je de zorg wil vermaatschappelijken als je niet weet, beseft dat je tegelijkertijd flankerend daarvoor een aantal dingen moet doen. Trouwens, in Gent is er naar aanleiding van vragen ook voor een stuk versterking gegeven aan de CAW's. In deze commissie is het ontwerp van decreet inzake lokaal sociaal beleid al gepasseerd. Volgende week komt dat in de plenaire vergadering. Daarin wordt juist heel uitdrukkelijk verwezen naar vermaatschappelijking, omdat we weten dat het over levenskwaliteit gaat en we dus het puur medisch model verlaten. De vraag die moet worden beantwoord voor mensen met kwetsbaarheden, ook als ze ziek zijn en zorg nodig hebben, is dus: helpt wat we doen hen participeren in de samenleving? Als dat het paradigma is, dan zeggen we meteen ook dat er heel wat andere componenten of dimensies aan de orde zijn dan puur de vraag naar terugbetaling van prestaties die om een of andere reden in het RIZIV worden gefinancierd.

Mijn ervaring is dat er veel kan als de politieke wil er is, maar dan moet natuurlijk de bereidheid aanwezig zijn om dat ook te accepteren. Dan moet men bijvoorbeeld bij het RIZIV ook bereid zijn om te zeggen dat er inderdaad evoluties en dynamieken zijn die anders zijn in de verschillende landsdelen. Het zorglandschap is trouwens ook niet hetzelfde. Laten we dus proberen om dat ook op een correcte

manier onder ogen te zien. Ik geef een voorbeeld dat voor mij heel typisch is. Vlaanderen heeft naar aanleiding van de eerste eerstelijnsgezondheidsconferentie sinds jaren in 2010 gezegd dat het een gegevensdeling mogelijk moest maken in de eerste lijn, maar eigenlijk in een breed perspectief ook tussen welzijnsactoren en zorgactoren. Dat is dan Vitalink geworden. Daar is een wetgeving voor gemaakt. In het zuiden van het land heeft men die gegevensdeling op een andere manier benaderd, is dat toch een meer medisch en een verticaler model. Met al de ervaringen die ik heb, zowel bij de federale overheid als bij de ziekteverzekering, bij het RIZIV wordt perfect aanvaard en gerespecteerd dat wij die keuze hebben gemaakt. Wij worden daarin erkend en herkend. In die zin zeg ik dus: als je de bereidheid hebt en je weet dat je geroepen bent om samen te werken in het perspectief van de betrokkene, dan kan er veel. Natuurlijk zijn er ook zaken die je kunt doen als je opnieuw over grote manoeuvres spreekt, maar in mijn ogen kan er eigenlijk veel als je dat doet in goede afstemming.

In die zin was er ook die vraag naar die prioriteiten en dat budget. Ik vind dat een interessant debat, maar het is natuurlijk iets dat onze samenwerking in deze commissie in deze legislatuur wat overstijgt. Ik zie dat ook niet zo meteen als een big bang in het RIZIV. Zo zal dat niet gaan. Er zijn een aantal verschuivingen bezig in de gezondheidszorg, die wij ook als gemeenschap onder ogen moeten zien. Het is immers natuurlijk gemakkelijk te praten over een ander niveau. Er is de verschuiving naar meer thuisondersteunende zorg, ouderenzorg, geestelijke zorg, ambulante zorg, chronische zorg. Dat zijn bewegingen die wij hoe dan ook mee onder ogen moeten zien. Zoals ik al heb gezegd, als je dat plaatst in een visie van vermaatschappelijking, dan spreek je ook over meer dan puur de medische zorg alleen. Dan gaat het over een breder verhaal.

Mevrouw Van den Brandt, u zegt dat u nog twijfelt aan die eerstelijnspsychologische functie voor jongeren. Ik twijfel daar eerlijk gezegd niet aan. Gegeven het landschap zoals het is, hebben wij er alle belang bij om te investeren in de nulde en de eerste lijn in Vlaanderen. Des te vroeger we kunnen detecteren en reageren, hoe beter. Dat is daarnet trouwens in de eerste ronde ook al gezegd. In die zin lijkt me dat eigenlijk heel essentieel. Natuurlijk moeten we dat ook later in de hele organisatie van de geestelijke gezondheidszorg een plaats geven, maar ik vind het wel essentieel. Als ik een tour maak in Vlaanderen en op het terrein probeer te luisteren, dan merk ik dat ik die vraag toch regelmatig tegenkom. Bij een CLB, een sociale dienst, Kind en Gezin, de regioverpleegkundige: men zegt me dat ik echt toch snel eens moet bekijken wat er aan de hand is en of we dat toch niet kunnen aanpakken zonder dat dat escaleert. Dat is dan toch vaak de vraag naar zulke interventies.

In die zin ben ik er eigenlijk wel van overtuigd dat dat een meerwaarde is. Natuurlijk, als we weten hoe de federale overheid ook een aantal zaken gaat financieren bij de meer ambulante terugbetaling van psychische bijstand, dan kunnen we ook bekijken hoe een en ander zich met elkaar moet verhouden. Dat geldt zeker voor de eerstlijnspsychologische functie voor volwassenen, als men zou focussen op die doelgroep. Ik blijf dat echter toch wel een belangrijke component vinden van een goede, toegankelijke eerste lijn, en zelfs support voor de nulde lijn in een aantal opzichten.

Er wordt natuurlijk met VLESP en anderen overlegd over die integraties. Het is echt niet de bedoeling om dat te doen zonder een draagvlak. Integendeel, dat zijn organisaties die historisch enorme verdiensten hebben gehad en nog altijd hebben. We gaan dus zeker die organisaties daarin meenemen.

Iemand had ook een vraag over geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Zoals gezegd, het kenniscentrum is daar ook mee bezig, maar ik denk dat u toch mag verwachten dat er zeker vraag zal zijn naar het voeren van een goed en specifiek

beleid qua geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Als je alleen al maar kijkt naar onze residentiële ouderenzorg, dan zul je er toch niet aan voorbij kunnen dat daar ook vragen zijn qua geestelijke gezondheidszorg. Je ziet ook heel duidelijk dat een aantal woonzorgcentra in de residentiële ouderenzorg, nu nog maar schoorvoetend, maar toch, zich gaan profileren of minstens units maken die ook voor chronisch psychiatrische patiënten toegankelijk zijn. De 'outreach' vanuit de geestelijke gezondheidszorg naar onze residentiële ouderenzorg is ook een dynamiek die bezig is. Op dat vlak zijn er dus zeker al bewegingen. Ik denk echter dat het ook belangrijk is om, op basis van afspraken die we dan toch interfederaal kunnen maken, ook in dezen een aanpak trachten neer te zetten gelijkaardig aan deze die we hebben gedaan voor kinderen en jongeren en volwassenen, en ons dan te engageren om de stukken die aan de gemeenschappen werden toegekend, dan ook op ons niveau op te nemen.

Alle dossiers van de cgg's om VIPA-steun te vragen, zijn ondertussen gehonoreerd, tenzij er de jongste maand of twee maanden zijn bijgekomen, maar ik denk dat is beslist over alles dat op tafel lag. Dat mag ook wel eens worden gezegd.

De voorzitter: De vraag om uitleg en de bespreking van de nota zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Renaat Landuyt aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de controle op het elektronisch toezicht in het kader van de voorhechtenis – 698 (2017-2018)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Landuyt heeft het woord.

Renaat Landuyt (sp·a): Voorzitter, minister, waarde collega's, via de media vernamen we dat de mededader van een dodelijke steekpartij in Brugge ondanks elektronisch toezicht al tweeënhalve week spoorloos was verdwenen. De verdachte mocht zijn proces thuis afwachten, met een enkelband. Hoewel hij zijn woning niet mocht verlaten, werd het signaal van zijn enkelband in ieder geval gedurende tweeënhalve week niet opgepikt door de bewakingsbox die bij hem thuis was geïnstalleerd.

Naar aanleiding van deze specifieke individuele zaak werden er in ieder geval technische en praktische problemen gesignaleerd, die nog zouden voorkomen. Daarom de ongerustheid en de vraag of dit wel zo is, of het een geïsoleerd feit was of een uiting van een groter permanent probleem. Vandaar mijn vragen.

Minister, welke procedure wordt er eigenlijk gevolgd indien blijkt dat de enkelband van een persoon in voorhechtenis geen signaal meer geeft en zich dus mogelijk niet meer op de gewenste locatie bevindt? Wordt er gewacht tot de gerechtelijke procedure voortgaat of wordt dat meteen gemerkt, wat men zou veronderstellen?

Wordt dat doorgaans meteen ontdekt? Of is het naïef om dat te denken? Hoelang duurt het gemiddeld vooraleer politie, parket of de onderzoeksrechter in het kader van de voorhechtenis daarvan een signaal krijgt? Mijn vragen gaan dus over de praktijk in het kader van de voorhechtenis. Maar het is vooral ook een bezorgde vraag of dit een eenmalig voorval was, of iets dat zich nog dreigt voor te doen?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, de voorlopige hechtenis onder elektronisch toezicht verloopt altijd via een systeem van geolokalisatie, waardoor het Vlaams

Centrum Elektronisch Toezicht, kortweg VCET, de plaats kan bepalen waar de inverdenkinggestelde zich bevindt. Dat systeem van geolokalisatie is samengesteld uit een identificatieband die permanent aan de enkel moet worden gedragen, een mobiel geolokalisatietoestel dat de inverdenkinggestelde moet bijhouden, en een box die dient als ondersteuning voor het geolokalisatietoestel wanneer de inverdenkinggestelde op zijn verblijfplaats van elektronisch toezicht is en die de enkelband moet detecteren.

Het VCET houdt 24 uur op 24 toezicht op het systeem van de geolokalisatie. De inverdenkinggestelde moet de enkelband permanent dragen en het geolokalisatietoestel, de gps, bij elke toegestane verplaatsing meenemen. De justitiabele moet ook permanent bereikbaar zijn voor het VCET.

Als het VCET een alarm ontvangt van niet-detectie of als een justitiabele zich op een andere plaats bevindt dan toegelaten, of ook als de justitiabele zijn materiaal beschadigt of bij elke andere overtreding, wordt de justitiabele eerst gecontacteerd om uitleg te vragen over de gemaakte vaststellingen. De medewerker van de monitoring contacteert daarna het directielid, dat na analyse van het dossier een beslissing neemt. Overtredingen worden vervolgens gemeld aan de onderzoeksrechter, of na regeling van de rechtspleging, wanneer het gerechtelijk onderzoek beëindigd is, aan het openbaar ministerie.

Behalve een melding bij de bevoegde magistraat worden de meest ernstige overtredingen, bijvoorbeeld alle gebeurtenissen die een ontsnapping vormen of een onttrekking aan het elektronisch toezicht, door het VCET ook gemeld aan de gevangenisdirecteur en de politie. Die stappen worden, telkens weer, onmiddellijk genomen na het vaststellen van de overtreding. Voor de avonduren of nacht is daarvoor een specifieke procedure opgesteld en wordt er samengewerkt met de federale politie om de gegevens van de magistraat van wacht te verkrijgen.

Ik wil toch nog eens benadrukken dat elektronisch toezicht een actieve en zelfs positieve medewerking van de betrokkene vereist. Het beoordelen van de opportuniteit en de mogelijke tegenindicaties voor het toekennen van het elektronisch toezicht behoort tot de bevoegdheid van de opdrachtgever. De bevoegdheid van het VCET slaat op het correct monitoren en opvolgen van het elektronisch toezicht en het signaleren wanneer iets misloopt via de vooropgestelde procedure, zodat de bevoegde opdrachtgever de nodige beslissingen kan nemen.

Tot slot kan ik nog aangeven dat er steeds voldoende enkelbanden met gps-technologie voorhanden zijn. Als er een technisch probleem wordt vastgesteld tijdens het aanbrengen van het bewakingsmateriaal of tijdens de uitvoering van deze uitvoeringsmodaliteit, wordt er dadelijk contact opgenomen met de helpdesk van de leverancier voor de nodige ondersteuning. Daarnaast worden op geregelde tijdstippen opleidingen georganiseerd over het bewakingsmateriaal voor de medewerkers van de mobiele eenheid, de monitoring en de directie.

De voorzitter: De heer Landuyt heeft het woord.

Renaat Landuyt (sp·a): Bedankt, minister, maar mijn vraag betrof eigenlijk het voorval in Brugge. Ik heb misschien de fout gemaakt om niet de specifieke datum te geven. U geeft een beschrijving van wat er normaal moet gebeuren, maar ik breng u een geval aan waarbij het niet normaal is gebeurd. Tweeënhalve week wist men van niets. Hij was al tweeënhalve week weg, en pas dan was er op een of andere manier een alarm. Er moet in de door u beschreven procedure dus iets verkeerd gelopen zijn, of niet? Dat was de kern van mijn vraag. Mijn vraag ging eigenlijk niet over het systeem zoals het zou moeten werken, maar over het feit dat het niet gewerkt heeft. Men zegt ook dat er nog problemen zijn en dat het nog kan voorkomen. Ik wou u de kans geven om dat al dan niet te weerleggen.

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Het is een beetje delicaat in een concrete situatie, maar wat ik heb aan informatie, laat mij niet toe om te denken dat er een probleem geweest is, anders dan wat ik u beschreven heb. Ik heb bij ons geen aanduiding dat er iets zou zijn misgegaan. Als ik het Belgabericht lees, gaat het over iemand die vier keer onder voorwaarden was vrijgelaten. Dan is hij onder elektronisch toezicht geplaatst. Op een bepaald moment heeft hij zich daaraan onttrokken. Volgens mijn informatie is dat allemaal gemeld. Maar het is niet omdat ze die pas een maand later vinden, dat dat betekent dat er iets fout is gegaan in de procedure.

Renaat Landuyt (sp·a): Dat kan het misverstand zijn. Men stelde het voor alsof men het tweeënhalve week niet geweten had.

Minister Jo Vandeurzen: Ik ga voort op wat ik krijg. Men heeft dat vrij duidelijk en snel gesignaleerd, maar elektronisch toezicht veronderstelt een zekere participatie. Als je je daaraan wilt onttrekken... Als ik het goed gelezen heb, heeft men de betrokkene uiteindelijk wel teruggevonden. Hij is ondertussen zelfs bij bestek veroordeeld. Ik heb geen aanduidingen dat dat zou betekenen dat men een hele tijd niet zou hebben geweten dat hij zich daaraan heeft onttrokken.

Renaat Landuyt (sp·a): Dan is dat een goede weerlegging, want dat was de discussie, tot op de markt bij ons. Anders moet u het nog maar eens controleren. Ik zou een beetje ongerust zijn dat er iets misgelopen is.

Minister Jo Vandeurzen: Ik lees in het krantenbericht: "Volgens de verdediging is de Leuvenaar sindsdien spoorloos. 'De enkelband geeft geen signaal meer en wij weten zelf ook niet waar hij is.'"

De voorzitter: Voor alle duidelijkheid: we hebben de vraag aanvaard, omdat gepeild werd naar een systeemfalen, en niet op basis van een individueel feit. Als de minister zegt dat er in dat individuele feit een melding gebeurd is, denk ik dat u een antwoord hebt.

Minister Jo Vandeurzen: In het krantartikel staat: "Gisteren bleek dat hij al twee weken spoorloos is." Dat kan zijn dat op de rechtbank de ene of de andere dat vastgesteld heeft, maar dat wil niet zeggen dat die intern niet gesignaleerd zou zijn. Dat is niet hetzelfde.

Renaat Landuyt (sp·a): Ik zou het nog eens navragen. De analyse van de krantartikels en van de procedure hebt u gemaakt, maar ik zou individueel eens navragen of daar echt geen probleem is geweest. Misschien zijn ze ook niet trots om het te melden. Ik geef het maar mee. Ik speel open kaart.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.