vergadering **C34**
zittingsjaar 2021-2022

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding

van 19 oktober 2021

(Een aantal sprekers namen mogelijk deel via videoconferentie.)

Vlaams Parlement

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Jeremie Vaneeckhout aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over antibioticagebruik en -resistentie
– 29 (2021-2022) 5

VRAAG OM UITLEG van Loes Vandromme aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over het aanbod aan arbeidsmatige activiteiten
– 30 (2021-2022) 9

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de derde coronaprik
– 92 (2021-2022)
VRAAG OM UITLEG van Maurits Vande Reyde aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de toediening van de coronaboosterprik bij personen met een beperking
– 110 (2021-2022)
VRAAG OM UITLEG van Maaike De Rudder aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de goedkeuring van het coronavaccin van Pfizer voor alle leeftijden
– 136 (2021-2022) 13

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de toename van het aantal eetstoornissen bij jonge vrouwen en meisjes
– 167 (2021-2022)
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de toename van het aantal eetstoornissen bij meisjes
– 202 (2021-2022) 19

VRAAG OM UITLEG van Maurits Vande Reyde aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de berekening van de organisatiegebonden kosten voor cashbudgetten
– 145 (2021-2022) 28

VRAAG OM UITLEG van Maaike De Rudder aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over het preventieve gezondheidsbeleid bij lokale besturen en het project Bewegen Op Verwijzing
– 180 (2021-2022) 30

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de garantie van voldoende coronatestcapaciteit en het motiveren van de bevolking om zich te houden aan de testverplichtingen
– 128 (2021-2022)
VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de coronatest- en triagecentra
– 182 (2021-2022) 33

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over psychische zorg voor ouderen
– 210 (2021-2022) 40

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de vertrouwenscentra kindermishandeling
– 224 (2021-2022)
VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de te late doorverwijzing naar justitie door vertrouwenscentra
– 270 (2021-2022)
VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de kritiek van jeugdpsychiaters en justitie op de vertrouwenscentra
– 293 (2021-2022) 45

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over het overmatig gebruik van antidepressiva
– 240 (2021-2022) 52

VRAAG OM UITLEG van Johan Danen aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de ondertekening van het asbestprotocol voor zorgvoorzieningen
– 324 (2021-2022) 55

VRAAG OM UITLEG van Celia Groothedde aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over hartaandoeningen bij vrouwen
– 327 (2021-2022) 58

VRAAG OM UITLEG van Jeremie Vaneeckhout aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over antibioticagebruik en -resistentie
– 29 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: De heer Vaneeckhout heeft het woord.

Jeremie Vaneeckhout (Groen): Minister, ik heb een vraag die al een tijdje op mijn lippen lag, en die nu eindelijk geagendeerd raakt, rond antimicrobiële resistentie (AMR), het verschijnsel dat micro-organismen niet meer reageren op antimicrobiële behandelingen, zeg maar antibiotica. Het kost in ons land jaarlijks naar schatting 530 mensen het leven. Zonder gerichte maatregelen dreigt dit cijfer de komende decennia exponentieel te groeien. Bepaalde rekenmodellen gaan er zelfs van uit dat er 22.500 sterfgevallen zouden kunnen zijn door AMR tegen 2050.

Om te vermijden dat we een volgende zware gezondheidscrisis aan het organiseren zijn, werken zowel de federale als de deelstaatregeringen aan een interfederaal plan om het antibioticagebruik te beperken onder de koepel van het nationaal actieplan One Health. Het plan mikt op diverse sporen die steunen op preventie en monitoring. Aan de preventieve kant wordt er gestreefd naar het vermijden van noodzakelijk antibioticagebruik door bacteriële infecties te voorkomen. En uiteraard wordt er ook verder ingezet op het vermijden van onnodige overconsumptie. De monitoring sluit hierbij aan om blijvend het overzicht te bewaren en bij te sturen waar nodig. Vooral in zorginstellingen die niet rechtstreeks met ziekenhuizen verbonden zijn, is er weinig zicht op de toediening van antibiotica.

Dat gaat dan uiteraard specifiek over Vlaamse materie: woonzorgcentra en andere zorginstellingen blijken grootverbruikers van antibiotica te zijn, net als de eerstelijnszorg. Sommige bronnen spreken van tot 90 procent van alle menselijk antibioticagebruik dat zou gebeuren in deze instellingen binnen de eerstelijnszorg. Allicht is die 90 procent deels te verklaren door het feit dat infecties vlotter circuleren binnen zorginstellingen en dat de bewoners er vatbaarder voor zijn. Naast de gevaren van onnodige en overconsumptie wijzen experten ook op het gevaar van het te snel grijpen naar breedspectrumantibiotica en tweedelijnsmiddelen.

Ik heb daarover een aantal pertinente vragen. Hoever staat het met de opmaak van het One Healthplan? Welke taken neemt Vlaanderen binnen dit plan op zich, specifiek wat AMR betreft?

Hebt u concreet zicht op het antibioticagebruik in Vlaanderen in het algemeen in de eerstelijnszorg, en meer bepaald ook in woonzorgcentra en andere zorginstellingen? Wat zijn de meest recente cijfers? Welke evolutie ziet u hierin? Hebt u ook zicht op het gebruik van breedspectrumantibiotica specifiek en tweedelijnsmiddelen buiten de ziekenhuizen en de evolutie ervan?

Hoe wordt het antibioticagebruik gemonitord? Waar en hoe kan de monitoring verbeterd worden?

Hoe wilt u de preventie tegen de verspreiding van bacteriële infectieziekten versterken? In hoeverre kunnen maatregelen waarmee we tijdens de coronacrisis vertrouwd raakten, in die strijd aangewend worden?

Ziet u hier specifieke uitdagingen binnen onze Vlaamse zorginstellingen?

Hoe wilt u verder sensibiliseren rond accuraat en gedoseerd antibioticagebruik?

Welke acties wilt u ondernemen om met name binnen woonzorgcentra en andere zorginstellingen het antibioticagebruik tot een noodzakelijk minimum te herleiden? Welke rol is hierin weggelegd voor de coördinerend geneesheer?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Het nationaal actieplan tegen antimicrobiële resistentie werd ondertussen ook door mij gevalideerd. Vlaanderen engageert zich in dit actieplan op diverse fronten, met de klemtoon op acties rond het verstandig gebruik van antibiotica, het versterken van de infectiepreventie en controle in verschillende settings, en het mee opstellen van een surveillanceplan met betrekking tot infecties, antimicrobiële resistentie en consumptie van antimicrobiële middelen.

Waar de strijd tegen antimicrobiële resistentie en fout antibioticagebruik een engagement is dat gedeeld wordt over verschillende bevoegdheidsniveaus, is het specifieke deel rond het voorschrijven van geneesmiddelen en het gebruik ervan nog altijd een federale bevoegdheid. Het gebruik wordt ook federaal opgevolgd.

Cijfers over het antibioticagebruik in Vlaamse ziekenhuizen zijn beschikbaar op www.healthstat.be. In 2019 was het mediane antibioticagebruik in de Vlaamse acute ziekenhuizen 509 dagdosissen per 1000 ligdagen. Dat is een stijging van 9,8 procent ten overstaan van de mediaan in 2010.

In alle Belgische acute ziekenhuizen ligt het percentage verbruik van breedspectrumantibiotica ten overstaan van alle antibiotica rond 30 procent. Dat blijft stabiel.

In de ambulante sector, de woonzorgcentra inbegrepen, lag het terugbetaald antibioticaverbruik in 2019 op 19,8 dagdosissen per duizend inwoners per dag. In vergelijking met 2010 is dat een significante daling, van 14 procent. In 2020 is dit verbruik verder gedaald naar 15,3 dagdosissen per duizend inwoners. Het verbruik van breedspectrumantibiotica is ook gedaald: min 18 procent tussen 2010 en 2019.

Specifiek in woonzorgcentra werden er verschillende puntprevalentiestudies rond antimicrobieel verbruik uitgevoerd. In 2016 was de prevalentie van residenten met minstens één voorschrift voor een antimicrobieel middel op de dag van de studie 5,6 procent. Een derde van de voorschriften was voor profylactisch gebruik. De meeste antimicrobiële middelen werden voorgeschreven voor urineweginfecties.

Het antibioticagebruik in België wordt gemonitord door de Belgische Commissie voor de coördinatie van het antibioticabeleid (BAPCOC) in samenwerking met Sciensano.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zet zich al jaren op verschillende manieren in voor de preventie van infectieziekten en zorginfecties. Dat gebeurt op diverse manieren. Ik kan daarbij onder meer verwijzen naar: de vaccinatiecampagnes; de handhygiënecampagnes in de woonzorgcentra; het ontwikkelen en aanbieden van praktische tools voor specifieke sectoren; de expertise en aanspreekpunten van het team infectieziektebestrijding en vaccinatie; de meldingsplicht van een reeks infectieziekten; het Outbreak Support Team; het ondersteunen en begeleiden van zorginstellingen bij uitbraken met multiresistente kiemen; en diverse acties binnen het Nationaal Actieplan tegen antimicrobiële resistentie (NAP-AMR) om infectiepreventie in woonzorgcentra te versterken.

De covidcrisis heeft het belang van degelijk gebruik van persoonlijk beschermingsmateriaal en bovenal een goede handhygiëne in de verf gezet. De covidpandemie heeft ook de gevoeligheid voor het thema infectiepreventie in onze zorgsettings

weer onder de aandacht gebracht. De terughoudendheid om de huiselijke sfeer te belasten met ziekenhuisachtige elementen van infectiepreventie, zoals handalcoholgel bij de kamers, heeft plaatsgemaakt voor verscherpte aandacht. Laat dat het begin zijn van een cultuuromslag op dat punt.

Vanuit Zorg en Gezondheid zal in het najaar 2022 opnieuw een handhygiënecampagne voor de woonzorgcentra plaatsvinden. De 'lessons learned' uit de COVID-19-crisis zullen we meenemen. Daarnaast besteden we aandacht aan het belang van een goed en correct gebruik van de persoonlijke beschermingsmiddelen.

We subsidiëren ook een pilootproject om na te gaan wat nodig is om de infectiepreventie, sterker dan nu al het geval is, te verankeren in de woonzorgcentra. En we werken vanuit Vlaanderen mee aan het federale HOST-project (Hospital Outbreak Support Team) om na te gaan hoe en in welke omstandigheden ziekenhuisexpertise rond infecties ter beschikking kan worden gesteld aan residentiële voorzieningen.

Het sensibiliseren rond antibioticagebruik wordt gecoördineerd vanuit BAPCOC. Jaarlijks vindt er een internationale Antibiotic Awareness Week plaats. Dit wordt al enkele jaren ook door Vlaanderen aangegrepen om te sensibiliseren naar de woonzorgcentra. Het NAP-AMR voorziet specifieke acties rond accuraat en gedoseerd antibioticagebruik. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) zullen dit trekken. We bekijken hierin onder andere ook de rol en opdracht van de coördinerend en raadgevend arts (CRA).

De voorzitter: De heer Vaneeckhout heeft het woord.

Jeremie Vaneeckhout (Groen): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is inderdaad goed dat u intussen uw akkoord hebt gegeven over het actieplan en dat het gevalideerd is en uitgerold kan worden. Het is toch wel een ernstige problematiek. Ik ben ervan overtuigd dat veel mensen in de sector overtuigd zijn dat er gehandeld moet worden. We zien dat aan de cijfers.

U schetst een verbetering in de ambulante sector ten opzichte van tien jaar geleden. In de Vlaamse ziekenhuizen is er echter geen verbetering en zitten we onder het Europese gemiddelde; in de ambulante sector zitten we dan weer boven het Europese gemiddelde wat antibioticagebruik betreft, ondanks de verbetering van de afgelopen tien jaar.

Ik heb nog aanvullende vragen. Op dit moment wordt ervan uitgegaan dat de antimicrobiële resistentie jaarlijks vijfhonderd mensen het leven kost. Tegen 2050 zou dat 22.500 kunnen zijn. Dat is toch een hoog aantal. U zegt dat er plannen zijn in de woonzorgcentra. Worden die op dezelfde manier uitgerold in andere Vlaamse zorginstellingen? Er zijn heel wat andere sectoren waar Vlaanderen mee bevoegd voor is, bent u van plan om die zaken daar ook uit te rollen?

Wilt u ook werken rond preventie en de bewustmaking van de patiënt zelf? Heel wat mensen blijven denken dat antibiotica een snelle en noodzakelijke oplossing is.

U hebt het actieplan gevalideerd. Zijn daar meetbare doelstellingen aan verbonden? Is er een tussentijdse evaluatie voorzien? Wanneer kan ik u de volgende vraag stellen om te zien of het actieplan wel degelijk binnen het Vlaamse gedeelte ervan concrete resultaten aflevert? Of zijn er geen meetbare doelstellingen aan verbonden?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Inderdaad, ik kan dat alleen maar beamen. Antibioticaresistentie wordt nog een heel groot probleem. We moeten alle zeilen bijzetten om de problemen zoveel mogelijk te vermijden.

Er is een wetsvoorstel ingediend om point-of-care testing (POCT) terug te betalen. Zo'n POCT is bijvoorbeeld de CRT-test (C-reactief proteïne); die zou huisartsen kunnen helpen om een beter onderscheid te kunnen maken tussen bacteriële en virale infecties. Nu heeft men vaak een vermoeden en schrijft men antibiotica voor, met zo'n test zou men meer zekerheid hebben.

De bevolking moet ook gesensibiliseerd worden. Vaak denken mensen dat een griep of een simpele verkoudheid met antibiotica te behandelen valt, terwijl dat niet zo is. Dan ontstaan er discussies tussen patiënten en artsen. Daar kan nog een tandje bij worden gestoken.

Koen Daniëls (N-VA): Ik kom even tussen, in overleg met collega Sleurs. Corona heeft ons alleszins geleerd dat het met minder voorschrijven van antibiotica ook lukt. Roel Van Giel zei het ook al.

Minister, in ons Vlaams regeerakkoord hebben we opgenomen dat we zowel in de thuiszorg als in de residentiële ouderenzorg de overconsumptie van geneesmiddelen willen terugdringen en optimaliseren. Zijn er op dit moment al zichtbare stappen gezet in het antibioticabeleid?

Het voorschrijfgedrag van artsen is een delicate materie om op in te grijpen. We zitten nog altijd in de geneeskunde. We hebben in bijlage 11 bij het Woonzorgdecreet opgenomen dat er binnen een woonzorgcentrum een beleid moet worden ontwikkeld in verband met de voorgeschreven medicatie. Hebt u al zicht op het aantal voorzieningen in Vlaanderen dat een dergelijk beleid heeft uitgewerkt?

Ik wil nog iets toevoegen uit persoonlijke ervaring in Oostenrijk. Toen een van mijn kinderen daar ziek was, nam de huisarts een soort 'swap', stak die in een machine en wist zo heel snel welk soort bacterie het was: gram-negatief, zo bleek. De specifieke antibiotica werden dan ingezet. Die man kon daar ter plekke bepalen of het viraal of niet viraal was. Dat sluit aan bij wat collega Saeys net naar voren schoof. Is dat een piste? Kunnen we dat in Vlaanderen uitwerken? In andere landen is dat wel uitgewerkt.

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Wat antibiotica betreft zien we een positieve trend. Ik denk dat we die moeten aanhouden. Ik denk ook dat, in toenemende mate, huisartsen zich er niet alleen van bewust zijn, maar ook weerstand durven te bieden aan de soms gemakkelijke vragen van patiënten 'geef ons wat antibiotica, en dan zijn we ervan af'. Ik denk dat het ook belangrijk is om dat te doen. We hebben ook in onze woonzorgcentra heel wat projecten lopen, bijvoorbeeld met het Vlaams Instituut Gezond Leven (VIGeZ) – als ik mij niet vergis –, waarbij we inzetten op een aantal heel specifieke dingen om de levenskwaliteit in de woonzorgcentra te verbeteren. Dat gaat over voedingsgewoonten, over zaken zoals valpreventie, maar ook over geneesmiddelengebruik.

U weet dat wij ook de CRA-arts een versterkte rol gegeven hebben in onze woonzorgcentra, net om een beleid te kunnen voeren. Als je kijkt naar voorzieningen, een huisarts speelt daar ook een belangrijke rol, maar om een beleid te voeren, is het toch wel belangrijk dat je een CRA-arts hebt die dat mee voor ogen houdt. Dat heeft ons ook aangezet om – los van, en ook na corona – de kaart te trekken van de CRA-arts. Het blijft natuurlijk een belangrijke rol voor huisartsen om te sensibiliseren, niet alleen voor huisartsen, ook voor apothekers. Heel die eerste lijn speelt een belangrijke rol in dat verhaal.

Wat het concrete voorschrijfgedrag betreft: dat is op zich een federale materie. Daar kunnen wij niet rechtstreeks op inspelen. Wat wij kunnen doen, en ook doen, met onze stakeholders – ik heb al verwezen naar onze woonzorgcentra, maar ook artsen en apothekers in de eerste lijn, en ook de ziekenfondsen – is sensibiliseren en mobiliseren om het antibioticagebruik terug te dringen. Het moet gebruikt worden waar het voor nodig is, maar niet als een gemakkelijkheidsmiddel en -instrument wanneer het niet nodig is.

Dat zijn mijn antwoorden op de vragen die zijn gesteld.

De voorzitter: De heer Vaneeckhout heeft het woord.

Jeremie Vaneeckhout (Groen): Dank u wel voor het aanvullend antwoord, minister. Ik ben blij dat de collega's mee onderstrepen dat het een belangrijke problematiek en uitdaging is voor de toekomst. Ik begrijp uit het niet-antwoord op de vraag of er een tussentijdse evaluatie en concrete meetbare doelstelling gepland staat, dat het waarschijnlijk nog niet of niet het geval is. Het zal dan aan ons, als commissie, zijn om dat verder op te volgen. We zullen daar in de komende maanden en jaren ook wel degelijk op terugkomen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Loes Vandromme aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over het aanbod aan arbeidsmatige activiteiten
– 30 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: Mevrouw Vandromme heeft het woord.

Loes Vandromme (CD&V): Minister, dit is een vraag die ik aanvankelijk gericht had aan uw collega Crevits, maar die doorverwezen werd naar deze commissie.

Het gaat over arbeidsmatige activiteiten (AMA) die onbezoldigde bezigheden zijn voor mensen tussen 18 en 65 jaar voor wie betaalde beroepsarbeid op middellange termijn niet, nog niet of niet meer mogelijk is door een of meer belemmeringen van medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale aard (MMPPS). Mensen die aan AMA doen, zoeken samen met een erkende AMA-begeleider een passende werkpost waar ze taken kunnen uitvoeren die aansluiten bij hun interesses en mogelijkheden. Dat kunnen heel uiteenlopende zaken zijn: keukenhulp, huishoudelijke taken, groenonderhoud, semi-industriële activiteiten, administratie en zo veel meer.

HIVA, het Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving van de KU Leuven, heeft nu onderzoek gedaan naar hoe de huidige populatie die AMA verricht, eruitziet en welke verbeterpunten er zijn. Ze komen daarbij tot de conclusie dat AMA een goed initiatief is met een duidelijke meerwaarde. Arbeidsmatige activiteiten bieden een houvast voor personen met een psychische kwetsbaarheid en kunnen zelfs een verschil maken tussen heropname of niet. In het HIVA-onderzoek worden heel wat positieve effecten voor een diverse doelgroep belicht. AMA biedt een zinvolle dagbesteding die zich onderscheidt van vrijwilligerswerk of een hobby, en de medewerkers kunnen zichzelf blijven ontplooien en nieuwe zaken leren. En natuurlijk is ook het sociaal contact een positief effect.

AMA kan in verschillende soorten werkplaatsen aangeboden worden, maar toch valt het op dat AMA vooral in de non-profitsector voorkomt. En hoewel doorstroom naar de arbeidsmarkt kan, is het geen doel op zich. Voor doorstroom richting betaalde arbeid in de profitsector vinden coördinatoren het momenteel moeilijk om

de brug te slaan naar de profitsector. Eenmanszaken zouden namelijk ook interessante werkplaatsen kunnen zijn.

Het onderzoek geeft verder nog aan dat coördinatoren een goed netwerk en overzicht hebben van potentiële werkplaatsen. De kans om een werkplaats op maat te vinden van een AMA-werknemer neemt daardoor toe.

Maar er is volgens het werkveld nood aan meer externe werkplaatsen. De onderzoekers vragen dan ook om meer in te zetten op bekendmaking bij organisaties en bedrijven en gehoor te geven aan de vraag uit het werkveld naar administratieve vereenvoudiging en informatieverstrekking. Tot slot suggereren de onderzoekers om de huidige leeftijdsgrens tot 65 jaar op te trekken.

Volgens de onderzoekers zou de overheid een rol kunnen spelen in het creëren van een platform om kennis en expertise te delen tussen erkende AMA-begeleiders. Bent u dezelfde mening toegedaan, minister? Hoe ziet u deze rol voor de overheid?

Hebt u ondertussen al deze signalen voor administratieve vereenvoudiging ontvangen? Hoe wilt u die oproep beantwoorden?

Uit dit onderzoek blijkt dat slechts een minderheid van de huidige AMA-medewerkers zelf contact heeft opgenomen met een erkend AMA-begeleider en dat de huidige populatie AMA-medewerkers ook mensen zijn die vroeger via een andere vorm van subsidiëring werden begeleid. Er is dus vooral nood aan meer bekendmaking voor werkgever en werknemer.

Minister, hoe wilt u inzetten op die bekendmaking bij potentiële werknemers? Welke acties zult u ondernemen om meer externe werkplaatsen warm te maken om zich als werkplaats aan te bieden? Ligt hierbij een specifieke focus voor werkplaatsen in de profitsector? Zullen de coördinatoren, gezien hun brede netwerk, betrokken worden bij het in kaart brengen van potentiële werkplaatsen?

Minister, hoe kijkt u ten slotte naar de huidige leeftijdsgrens van 65 jaar en naar de vraag van de onderzoekers om deze te verhogen?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Heel wat mensen willen een job, maar slagen daar vanwege medische, mentale, psychische, psychiatrische of sociale redenen niet in. Daarom zijn er arbeidsmatige activiteiten, de zogenaamde AMA's. Die helpen deze mensen aan een zinvolle dagbesteding, bieden hun de kans zich te ontplooien op een werkplek, en kunnen een opstap zijn naar betaald werk. Dat blijkt ook uit het onderzoek van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) uitgevoerd door het Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving (HIVA) van de KU Leuven. Over het algemeen is het evaluatierapport van HIVA zeer positief over deze maatregel.

Sommige mensen hebben een werk- of zorgproblematiek die zo groot is dat ze op korte of middellange termijn niet betaald aan de slag kunnen. Door middel van AMA's steken ze op vrijwillige basis een handje toe in bijvoorbeeld supermarkten, scholen, bibliotheken, boerderijen of welzijns- en zorgvoorzieningen enzovoort. Onder begeleiding helpen ze met administratie, toezicht, huishoudelijke activiteiten, klusjes of andere taken die aansluiten bij hun interesses en hun mogelijkheden.

Het creëren van een platform om kennis en expertise te delen tussen erkende AMA-begeleiders is een van de aanbevelingen in het rapport. Kennisdeling is belangrijk, en gebeurt vandaag al, bijvoorbeeld door de werkgeversfederaties.

Het onderzoek van HIVA werd geïnitieerd in het kader van een bredere herziening van het decreet Werk- en Zorgtrajecten en de bijbehorende uitvoeringsbesluiten, die samen met mijn collega-minister bevoegd voor het werk en de sociale economie werden genomen.

Wat AMA betreft – ik noem het AMA-welzijn – neem ik op basis van het onderzoek en feedback van de stakeholders zeker de vraag naar administratieve vereenvoudiging mee. Het gaat om een aantal kleinere ingrepen. Zo wil ik suggereren om in de toekomst te werken met één standaardovereenkomst in plaats van zelf op te stellen overeenkomsten. Een aantal van de administratieve lasten zijn er ook vanwege de federale wetgeving, die niet aangepast is aan het vernieuwende aanbod. Samen met mijn collega Crevits knoop ik daarover het gesprek aan met de federale collega's.

Ik wil nog even benadrukken dat het bij AMA-welzijn niet gaat om werknemers. Het gaat om onbezoldigde activiteiten van mensen die geen arbeidsovereenkomst hebben. We spreken over deelnemers.

Daarnaast benadruk ik dat AMA-welzijn gericht is op een doelgroep in een kwetsbare situatie. Het is niet onlogisch dat veel mensen in AMA-welzijn terechtkomen omdat een hulpverlener aangeeft dat dit voor hen een goed aanbod zou zijn. Dat is op zich geen probleem, wel integendeel.

Het blijft wel belangrijk dat we meer werkgevers kunnen overtuigen om als werkpost te fungeren. Meer werkposten betekent een grotere kans op een buurtgericht, inclusief aanbod. En we moeten daarbij de blik richten op én de social profit, én de profit, én de publieke sector. Ik zal daarom de kaart van de bekendmaking blijven trekken en werkgevers meer en beter informeren. Ik ga daarover met de werkgeversfederaties in gesprek.

De betrokkenheid van de coördinatoren in het in kaart brengen van potentiële werkplaatsen lijkt me een zinvolle piste. Ik bekijk inderdaad of we die, ook in de geactualiseerde regelgeving, een plaats kunnen geven.

Voor mensen die een betaalde job uitoefenen, stopt het werk als ze de pensioenleeftijd bereikt hebben; voor mensen in AMA-welzijn stoppen dan ook de arbeidsmatige activiteiten. Dat is de reden waarom deze leeftijdsgrens wordt opgelegd en waarom we deze grens ook willen behouden.

Omdat de pensioenleeftijd de komende tien jaar zal stijgen, zullen we de formulering daarrond in het vernieuwde regelgevende kader ook vervangen en aanpassen, en het absolute getal 65 vervangen door 'de wettelijke pensioenleeftijd, bepaald door de geldende pensioenregelgeving'.

Ik begrijp natuurlijk wel wat de achterliggende reden van de aanbeveling in het onderzoek is: we willen niet dat deelnemers van AMA in een zwart gat vallen eenmaal de arbeidsmatige activiteiten stoppen. Maar het is de taak van de erkende begeleider om het einde van zo'n AMA tijdig te bespreken en samen met de deelnemer na te gaan welke bezigheden er zijn die ook na de pensioenleeftijd nog mogelijk zijn.

De voorzitter: Mevrouw Vandromme heeft het woord.

Loes Vandromme (CD&V): Bedankt voor uw antwoorden, minister. Het waren toch wel positieve antwoorden, als ik het zo hoor. Het zijn zaken die ook op het terrein leven. Gisteren had ik toevallig nog een gesprek met een maatwerkbedrijf dat zeer enthousiast was over AMA Werk en Sociale Economie en AMA Welzijn. Dat wilde ik toch alvast meegeven.

Het is goed dat er ingezet wordt op die kennisgeving, en het is goed dat de leeftijdsgrens toch afgestemd wordt op de wettelijke pensioenleeftijd. Dan gaat dat toch al iets omhoog, denk ik dan. Maar u benoemt het goed, minister. Blijkbaar is het toch zo dat, zodra die mensen de pensioenleeftijd bereiken, ze ook echt in een zwart gat vallen. Ik denk dat we daar toch blijvend aandacht voor moeten hebben en dat we dat moeten opvolgen. Want daar zit toch nog een kloof bij de opvolging na AMA, zodra men niet meer in aanmerking komt.

Rond de administratieve vereenvoudiging is het goed dat er met één standaard-overeenkomst wordt gewerkt. Ik verwijs ook nog graag even naar de federale wetgeving rond de Déclaration Immédiate/Onmiddellijke Aangifte (Dimona). Want blijkbaar vraagt men ook vanuit het werkveld om de Dimona-aangifte af te schaffen. Men zou liever de mensen een vrijwilligerscontract geven, zodat men dan geen bijkomende aangiften meer moet doen. Aangezien AMA inderdaad onbetaald is zou dat eigenlijk moeten kunnen wegvallen. Daar hopen we dus dat dat ook geregeld kan worden.

Het is in elk geval zeer duidelijk dat het inzetten op de arbeidsmatige activiteiten voor zeer kwetsbare mensen een belangrijk issue is. Ik hoop dat we de zaken die u aangeeft, ook op korte termijn gerealiseerd kunt zien. Bedankt.

Koen Daniëls (N-VA): Zowel collega Verheyen als collega Claes van mijn fractie heeft daar in het verleden ook al vragen over gesteld. Nu, dat rapport van HIVA is inderdaad een interessant rapport. Collega Vandromme gaf dat ook aan. Maar dat kadert ook in de aangekondigde evaluatie van de werk-zorgtrajecten in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Minister, uw collega Crevits heeft aan collega Claes geantwoord dat u bezig bent met die evaluatie. U ging er daarnet al even op in. Mijn vraag is of dat rapport van HIVA al meegenomen is in die evaluatie. Of is die timing daar niet direct van toepassing? En zult u dat rapport ook meenemen in die evaluatie?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Zoals gezegd is het rapport dat we hier besproken hebben, een belangrijk rapport. Er zitten daar toch een aantal belangrijke dingen in. En als ik mij niet vergis is dat wel een element dat meegenomen wordt in het geheel.

De voorzitter: Mevrouw Vandromme heeft het woord.

Loes Vandromme (CD&V): Dat was voldoende voor mij.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de derde coronaprik
– 92 (2021-2022)

VRAAG OM UITLEG van Maurits Vande Reyde aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de toediening van de coronaboosterprik bij personen met een beperking
– 110 (2021-2022)

VRAAG OM UITLEG van Maaike De Rudder aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de goedkeuring van het coronavaccin van Pfizer voor alle leeftijden
– 136 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (Vooruit): Minister, ik zal proberen mijn vraag een beetje te updaten, want ze gaat al enige tijd mee, van vóór de beslissing om oudere mensen een derde prik toe te dienen. Sedertdien waren er ook adviezen om mensen met een beperking en ook bepaalde groepen een derde prik te geven. Er is dus al een en ander geëvolueerd. Maar toch heb ik in verband hiermee nog een aantal vragen.

Welke personen komen nu al in aanmerking voor die derde prik, die boosterprik? Welke personen komen volgens u in de toekomst het best in aanmerking?

Er gaan steeds meer stemmen op om niet enkel mensen op oudere leeftijd en mensen met een zeker kwetsbaarheid die derde prik te geven, maar bijvoorbeeld ook mensen die in de zorg werken, mensen die als eerste het vaccin hebben gekregen. En we weten ook dat de doeltreffendheid van dat vaccin vermindert naarmate het langer geleden is dat die eerste en tweede prik werden gegeven. Zou dat een optie zijn voor u? Zij komen het meest in contact met die kwetsbare mensen. We kunnen hen ook niet missen. En we kunnen, al is Vlaanderen stevig gevaccineerd, toch niet uitsluiten, zoals we nu aan de cijfers zien, dat wij hen helaas nog een keer heel hard nodig zullen hebben.

Meer zelfs dan dat, zijn er nu ook mensen die ervoor pleiten om de gehele bevolking, al of niet geprioriteerd naar groepen, dat derde vaccin te geven, of hen minstens toe te laten die keuze te maken. Hoe staat u daartegenover? Welke positie wilt u, wil Vlaanderen innemen in dit debat?

De voorzitter: De heer Vande Reyde heeft het woord.

Maurits Vande Reyde (Open Vld): Collega's, mijn excuses dat ik laattijdig kom binnenvallen. Ik wilde nog de oprichting van het subsidieregister in de commissie Financiën goedkeuren. Maar het is mij niet gegund, want ik moet hier zijn, voor deze vraag – maar die is minstens even belangrijk.

Ik kan eigenlijk gewoon de woorden van collega Van den Bossche herhalen. U hebt de derde prik uitgerold voor personen met het downsyndroom. Er was de vraag of dat eventueel breed kan worden uitgerold, bijvoorbeeld bij alle personen met een beperking die bekend zijn bij de voorzieningen. Minister, hoe zal dat in de toekomst gaan? Wat bent u daar verder mee van plan?

De voorzitter: Mevrouw De Rudder heeft het woord.

Maaike De Rudder (CD&V): Voorzitter, mijn vraag is misschien, niet als die van de vorige collega, iets achterhaald. Ze dateert van begin oktober, toen het Europees Geneesmiddelenbureau de goedkeuring had gegeven voor het toedienen van het vaccin van Pfizer aan de brede bevolking.

Dirk Ramaekers, hoofd van de taskforce, gaf toen aan dat ons land voorlopig enkel een boosterprik zou toedienen aan mensen die ouder zijn dan 65 jaar of die een onderliggende aandoening hebben. Wel is het zo dat ons land is mee gestapt in een Europees contract voor 23 miljoen dosissen van Pfizer. Potentieel is er dus wel genoeg voorraad om alle volwassenen een boosterprik te geven.

Minister, kunt u meer toelichting geven bij de beslissing om de boosterprik voor te behouden voor die 65-plussers en de mensen met onderliggende aandoeningen terwijl er wel genoeg vaccins zouden zijn? Wat is ondertussen de stand van zaken met het eventuele vervolg voor de vaccins en de derde prik?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega's, ik dank jullie voor de vragen. Als we die twee, drie weken opschuiven, zijn ze positief beantwoord. Dat is op zich al een goede zaak. Misschien moeten we daar iets uit leren. Nee, alle gekheid op een stokje: ik zal heel concreet antwoorden op de resterende vragen, die absoluut nog aan de orde zijn.

Voorlopig komen binnen de groep personen met een specifieke beperking naast de 65-plussers inderdaad alleen de mensen met trisomie 21 of het syndroom van Down in aanmerking voor een extra prik. De reden is hun verhoogde gevoeligheid voor infecties. Van deze mensen is ook geweten dat zij behoren tot een vrij ruime groep met aangeboren afweerstoornissen.

Een studie in The Lancet eerder dit jaar gaf aan dat personen met Down soms ernstigere symptomen ontwikkelen als ze covid doormaken. Zo werden meer longcomplicaties met een verhoogde overlijdenskans vastgesteld in die studiegroep. Mensen met downsyndroom en ouder dan 40 hadden in de studie drie keer meer kans op overlijden in vergelijking met de algemene bevolking.

Het vastleggen van de doelgroepen voor de derde prik is een keuze die gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie. Ik baseer me voor de afbakening van die groepen op de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Zoals u weet, werd door de interministeriële conferentie (IMC), op basis van de adviezen van de experten, een extra prik beslist voor drie groepen: mensen met een ernstige aantasting van hun weerstand, de zogenaamde immuungecompromitteerde patiënten, een ruime en niet haarscherp af te lijnen groep; bewoners van woonzorgcentra en een groep van assistentiewoningen; alle burgers van 65 jaar en ouder. De Hoge Gezondheidsraad evalueert permanent het beschikbare wetenschappelijke onderzoek. Als zij op basis van dit onderzoek concluderen dat een extra prik ook voor andere doelgroepen een meerwaarde zou zijn, dan zullen ze hierover ook een nieuw advies formuleren. We houden daar op de interministeriële conferenties uiteraard ook de vinger aan de pols.

Vanaf 13 oktober werden de oproepen voor extra vaccinaties van de bijkomende groepen gestart. De implementatie gebeurt op dezelfde manier als de voorbije maanden. Dat betekent concreet dat personen die zich naar het vaccinatiecentrum kunnen begeven, daar gevaccineerd zullen worden. Mensen die in een voorziening verblijven, zullen daar gevaccineerd worden. Dat kan gebeuren door de aanwezige medische en paramedische medewerkers, bijvoorbeeld een coördinerend of raadgevend arts (CRA), of door een mobiel vaccinatieteam vanuit een vaccinatiecentrum.

Er is op dit moment geen advies van de raad dat voorstelt om breder te gaan qua doelgroep voor boostervaccinaties dan wat tot op heden beslist werd door de IMC. Bij de aankoopcontracten voor vaccins moeten we wel rekening houden met meer uitgebreide scenario's. Anders kunnen we niet over de noodzakelijke vaccins beschikken op het moment dat ze nodig zouden zijn. Wat ons betreft, hebben we intussen ook al beslist om een nodige stockopbouw te doen voor het geval dat we een positief advies van de Hoge Gezondheidsraad zouden krijgen om andere bijkomende groepen verder te vaccineren.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (Vooruit): Minister, ik begrijp uit uw antwoord – tenzij u mij anders vertelt – dat, wanneer de Hoge Gezondheidsraad voor specifieke groepen een positief advies geeft voor die boosterprik, u dan zult volgen, dat u zich dus gewoon baseert op wat zij zeggen. En dat u zich, zowel inhoudelijk als qua tempo, afstemt op de Hoge Gezondheidsraad, lijkt mij geen slechte manier van werken. Maar ik wilde toch even checken of ik dat inderdaad goed heb begrepen.

Ik heb wel een heel specifieke vraag voor u. Ik had begrepen – maar ik kan fout geïnformeerd zijn – dat de Hoge Gezondheidsraad ook een positief advies heeft afgeleverd voor het derde vaccin voor personen met chromosoomafwijkingen. Dat is natuurlijk een grotere groep dan louter de mensen met het downsyndroom. Als dat zo is – en misschien kunt u mij dat bevestigen – mag ik er dan wel van uitgaan dat die groep toch bij uitbreiding ook door u zal worden gevaccineerd? Ik dank u.

De voorzitter: De heer Vande Reyde heeft het woord.

Maurits Vande Reyde (Open Vld): Ik heb geen verdere vragen meer. Ik vind het goed dat u de verdere strategie afstemt op de adviezen die er zijn.

Ik wil nog meegeven dat er vanuit de voorzieningen, de zorgmensen die dagelijks te maken hebben met mensen met een beperking, daarover heel wat vragen zijn. Het kan dus misschien geen kwaad om de communicatie – ik herinner mij de wekelijkse vrijdagmailings of -brieven tijdens het vorige jaar – weer op te starten in het kader van wat de toekomstige vaccinatiestrategie nog zal zijn met de derde prik.

De voorzitter: Mevrouw De Rudder heeft het woord.

Maaike De Rudder (CD&V): Ook wij vinden het goed, minister, dat u zich baseert op de wetenschappelijke info en de adviezen afwacht. Stockopbouw is natuurlijk ook goed. Dan zijn we zeker, als het zover zou zijn, dat er voldoende vaccins zijn.

Ik heb nog een bijkomende vraag. Toen, in de media, is er ook gezegd dat elk land zelf zou mogen beslissen welke doelgroepen er zouden worden gevaccineerd. U hebt een van de afgelopen zittingen in de plenaire vergadering aangehaald dat de coördinatie vanuit Europa ook wel belangrijk zal zijn, dat er geen ad-hocbeleid zal worden gevoerd tussen landen. Minister, hoopt u nog altijd dat Europa die coördinatie op zich zal nemen? Hoe kunnen we dat meenemen in de overleggen, dat er geen ad-hocbeleid zal worden gevoerd en dat er misschien toch wel wat afstemming zal zijn met de andere landen? Ik dank u.

De voorzitter: De heer De Reuse heeft het woord.

Immanuel De Reuse (Vlaams Belang): Minister, mijn vraag sluit aan bij een van uw laatste opmerkingen, namelijk dat er genoeg voorraad moet zijn voor eventueel bijkomende groepen en andere scenario's die zich kunnen voordoen, en

ook bij de vraag van collega De Rudder naar de goedkeuring van het Pfizervaccin voor alle leeftijden.

Er is sprake van een onderzoek naar vaccinatie bij 5- tot 12-jarigen. Er is wel wat rond te doen. We weten niet hoe het zit met de natuurlijke immuniteit binnen deze groep. Daarvoor zou bloedonderzoek gedaan moeten worden. Vindt u dat nodig? Vindt u dat een conditio sine qua non voordat we overgaan tot eventuele vaccinatie van de groep? Het gaat nog altijd over kinderen. We moeten daar extra voorzichtig zijn, niet het minst omdat kinderen niet zo ziek worden van corona. Hoe staat u tegenover de vaccinatie van 5- tot 12-jarigen? Eerst was het tot 18 jaar. We zijn dan altijd maar gezakt. Ik ben een beetje bang dat we eindigen kort na de geboorte.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): In verband met die derde prik is al heel wat gezegd en gedaan. Het probleem, ook twee weken geleden aangekaart, is vooral dat de adviezen met enorme tussentijd binnenkomen. Dan moeten we een volledige aanpassing doen. De vaccinatiecentra moeten nu al langer openblijven, terwijl er gezegd was om het eventueel in te passen in het reguliere systeem. Nu zijn er adviezen gevraagd aan de Hoge Universitaire Raad over de uitbreiding naar zorgverstrekkers. Mensen in die beroepscontext lopen een hoger risico op besmetting. Ook bij de min 65-jarigen met risicofactoren wordt een derde prik overwogen. De doelgroep voor een derde coronaprik valt een beetje te vergelijken met de doelgroep voor een griepvaccinatie.

Het ene advies komt binnen, het andere advies een maand later. Dat geeft onrust en verwarring op het terrein. De griepvaccinatie gaat binnenkort van start. Daar rijzen heel wat vragen rond bij patiënten. Mensen jonger dan 65 met risicofactoren vragen of ze ook die coronaprik gaan krijgen. De zorgverstrekkers zijn absoluut vragende partij: ze willen maximaal beschermd zijn, zeker in de herfst- en winterperiode. Nu hoor ik ook stemmen opgaan dat bij een Johnson & Johnson-vaccinatie de bescherming daalt. Daar pleit men ook voor een aanvulling met het Pfizervaccin.

Ik heb uw antwoord toen gelezen. U zei dat er een veel betere doorstroming zou moeten zijn van de adviezen om daar eenduidig op te kunnen reageren. Dat klopt helemaal. Hoe staat het met dat overleg? Wanneer kunnen we de volgende adviezen verwachten?

Koen Daniëls (N-VA): Minister, vanuit de N-VA nog een paar aanvullingen. Collega van der Vloet heeft altijd gezegd dat de N-VA er een groot voorstander van is om mensen met een beperking prioritair te vaccineren. Dat gebeurt nu.

Ten eerste is er de plaats van vaccinatie. In de vorige ronde hadden we de mobiele teams voor mensen met een beperking, waarbij de huisarts bepaalde of het thuis of in het centrum zou gebeuren. Voor mensen in een dag- of residentiële setting werden de eerste en tweede prik meestal toegediend door de mobiele vaccinatieteams. Blijft dat hetzelfde? De mobiele vaccinatieteams zijn nog altijd hetzelfde. Wie dan toch de verplaatsing moet doen naar het vaccinatiecentrum, wijzigt daar iets aan?

De zorgverstrekkers komen met heel veel mensen in contact. We hebben nog altijd opnames. Gelukkig zijn dat er veel, veel minder door die zeer goede vaccinatie-campagne in Vlaanderen. Moeten we de zorgverstrekkers niet meenemen in dit verhaal?

Aan mijn volgende vraag kunt u niet veel doen. Collega Saeys, de adviezen komen inderdaad als ze er zijn. Dan bekijken we die. De grote vaccinatiecentra zijn

kleinere centra geworden, al dan niet op tijdelijke locaties. Als daar opnieuw een verlenging nodig is, of een overschakeling op de huisarts of een andere manier van vaccinatie, moeten we ons daarop kunnen voorbereiden. De huisartsen geven aan dat ze het er niet allemaal zomaar kunnen bijnemen. Dat wilde ik nog meegeven als aandachtspunt.

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Mevrouw Van den Bossche, we hebben het advies van de Hoge Gezondheidsraad overgenomen. Ik zal het voor de zekerheid nog eens laten nakijken voor de groep die u hebt benoemd, of die daar ook nog in opgesomd staat.

Een algemene bedenking. We hadden kunnen wachten met vaccineren tot er een voldoende wetenschappelijke evidentie was op de vraag: hoe lang houdt zo'n vaccin? Voor wie is zo'n derde vaccin nodig? Hoe lang kunnen we daarmee wachten? We hebben dat niet gedaan. We zijn onmiddellijk beginnen te vaccineren vanaf het moment dat het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) vaccins goedgekeurd heeft, ter beschikking stelde, en de bedrijven ze ons hebben geleverd. Dat betekent dat je flexibel moet zijn. Ofwel moesten we wachten op wetenschappelijke evidentie en op 100 procent zekerheid, en een ideaal tijdsinterval. Dan zouden we op dit ogenblijk nog geen vaccins hebben gezet, met alle gevolgen van dien. Dan zouden we nu, met de deltavariant in gedachten, in een situatie zitten die zelfs niet vergelijkbaar zou zijn met die van een jaar geleden, met alle gevolgen van dien: lockdown, tekort aan ziekenhuisbedden enzovoort.

We hebben dat wel gedaan. Die brede laag van bescherming, ondanks de brede viruscirculatie, die er is en zienderogen stijgt, heeft het effect verlaagd. We hebben niet dezelfde belasting van onze ziekenhuizen. De vaccins werken. Mensen die gevaccineerd zijn en in de ziekenhuizen terechtkomen zijn vooral 65-plussers. Het is dus een zeer goede beslissing geweest om de 65-plussers te vaccineren. Ik herinner me dat daar enkele weken geleden in deze commissie vragen over werden gesteld. Ik heb toen gezegd dat we het advies van de Hoge Gezondheidsraad zouden afwachten. Als zij positief zouden adviseren, moeten we daar ook mee aan de slag gaan. Dat is wat we onmiddellijk gedaan hebben.

Ik wil de lokale besturen en de eerstelijnszorg van harte bedanken om flexibel te zijn. Ik weet zeer goed dat dit niet evident was. Tezelfdertijd zie ik dat het ons opnieuw gelukt is. We hadden de ambitie om een 60-tal vaccinatiecentra open te houden voor de periode tussen nu en het einde van het jaar, 1 per eerstelijnszone. We zitten aan meer dan 80. Die capaciteit is er. Het zijn dikwijls kleinere centra, maar dat is geen drama. In de maand juli hebben we gedraaid met 500.000, 600.000 à 700.000 vaccins in de centra. Dan kan het ons ook lukken om 1,3 miljoen vaccins te zetten op 4 weken tijd in kleinere centra. Ik heb daar goede hoop op.

Men zou liever hebben dat ik hier en nu onmiddellijk kon zeggen: zo zal de vaccinatie ook na 31 december eruitzien. We zijn en blijven afhankelijk van de adviezen. De Hoge Gezondheidsraad werkt op basis van de inzichten die ze krijgen van het Verenigd Koninkrijk, Israël en andere. Ze bekijken wat de beste strategie is voor welke doelgroep, voor welke mensen. Moet dat gebeuren, ja of nee? Voor wie moet dat gebeuren? Met welke tijdsinterval?

En dus zullen we nog even moeten werken met een bepaalde factor van onzekerheid. Ik heb alle begrip voor uw vraag, collega Saeys, en dat is een vraag die ik van veel huisartsen krijg, en van veel mensen uit de eerste lijn. Mijn zus is huisdokter, mijn schoonzus is apotheker, en heeft meegedraaid in het vaccinatiecentrum. Ik kan geen familiebijeenkomst hebben, of ze stellen mij die vraag: kun je nu eens zeggen hoe het er na 31 december gaat uitzien? De waarheid is dat ik

dat vandaag nog niet met 100 procent zekerheid kan zeggen, omdat we net van deze informatie afhankelijk zijn. Ik heb veel begrip voor de mensen uit de zorg, die zeggen: wij zijn als eerste gevaccineerd, is het niet nodig dat wij een derde prik krijgen? Ik kan daar mijn gedacht over zeggen, maar ik wil kijken wat de Hoge Gezondheidsraad daarover te zeggen heeft, en ik hoop dat zij liever vandaag dan morgen met hun adviezen komen.

Idem dito voor de kinderen jonger dan twaalf jaar. Als u het mij persoonlijk vraagt, dan denk ik dat we dat goed moeten afwegen. Het EMA geeft daarover een advies, dat er veel voor te zeggen valt voor kinderen met onderliggende aandoeningen. De andere groep is een beetje een afweging tussen wat het belang is voor de individuele gezondheid, en op welke manier we de viruscirculatie sterk kunnen onderdrukken. Als we vandaag kijken naar de scholen, dan zien we dat het vooral een probleem is in de lagere scholen, minder in de secundaire scholen, net omdat daar de vaccinatie wel 'en masse' gebeurd is, in Vlaanderen althans. We zitten daar aan 84 à 85 procent. Dat zijn cijfers die andere landen zelfs bij de volwassen bevolking niet halen.

Ik hoop daar dus – zo snel als mogelijk – beslissingen over te kunnen nemen in de interministeriële conferentie, maar we hebben daar toch een minimum aan wetenschappelijke evidentie voor nodig. Ik denk dat die wetenschappelijke evidentie ons de voorbije maanden ook al geholpen heeft. De Vlamingen hebben vertrouwen in vaccinaties omdat ze weten, en het gevoel hebben, dat het niet zomaar gebeurt, maar met een zekere onderbouw. We hebben al heel moeilijke discussies gehad in de voorbije maanden, over AstraZeneca, over mensen met onderliggende aandoeningen, over wie wel en wie niet, over tweede prik, derde prik, noem maar op. Telkens hebben we dat gedaan op basis van wetenschappelijke inzichten. Ik denk dat dat een belangrijk element is geweest om dat vertrouwen – en vertrouwen is broos, dat weten we – niet te schaden. We doen het op basis van bepaalde inzichten die we hebben en omdat we weten dat het de beste keuzes zijn die we daaromtrent kunnen en moeten maken.

In die zin kan ik alleen maar vragen om enig geduld aan de dag te leggen. Wanneer wij daarover positieve adviezen zouden krijgen, dan zullen we niet aarzelen om snel te schakelen. Nogmaals, dat hebben we vorige keer ook gedaan. Op vrijdagavond werden adviezen over de 65-plussers geleverd, en op zaterdagochtend hadden wij een interministeriële conferentie en zijn de principebeslissingen genomen.

Wat het EMA betreft, ik vind dat zij zich er een beetje makkelijk vanaf maken, door te zeggen 'laat de lidstaten maar beslissen'. Ik vind dat het Europa zou sieren, en dat het ook de sterkte van Europa zou zijn, als ze een aanbeveling zouden geven op basis van de wetenschappelijke adviezen die er zijn. Ik denk dat die wetenschappelijke adviezen op zich niet anders zouden zijn in het ene land dan in het andere land. We kijken eigenlijk allemaal naar landen waar er het eerst mee 'geëxperimenteerd' is, namelijk het Verenigd Koninkrijk en Israël. Ik vind dat dit voor Europa een gemiste kans is om op dat vlak tot een geïntegreerde strategie en advies te komen. Ik betreur dat dus. Ik hoop dat Europa daaruit zijn lessen trekt. Europa is gebouwd op het trekken van lessen, op vele vlakken, dus hopelijk ook hier. Het zou wel goed zijn als dat zou gebeuren.

Tot daar de antwoorden die ik nog wilde geven.

De voorzitter: Dank u wel voor die wijze les over lessen.

Minister Wouter Beke: Misschien nog even iets wat ik heb laten opzoeken voor mevrouw Van den Bossche. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad ging volgens ons enkel over mensen die lijden aan het syndroom van Down.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (Vooruit): Dank u wel voor uw bijkomende antwoorden, en ook voor de verheldering rond de specifieke groep. Mogelijk is er dan nog wel advies te verwachten om ook patiënten met chromosoomafwijkingen te vaccineren. Ik zou dat wel verwachten. Ik ben zeker blij – ik wil dat nog eens herhalen – dat u snel wilt schakelen op basis van adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Ik ben het ermee eens dat, hoe sneller die adviezen er zijn, en hoe korter op de bal zij spelen, hoe sneller ook u uw deel van het werk kunt doen. Ik ben dus zeker tevreden met uw antwoord.

De voorzitter: Mevrouw De Rudder heeft het woord.

Maaike De Rudder (CD&V): Heel kort: ik ben blij met uw antwoord, minister. Wat betreft de rol van Europa, die u aanhaalt, denk ik dat het goed zou zijn als die coördinatie wel zou gebeuren. Ik denk dat dit niet goed zou zijn als er een adhocbeleid gevoerd wordt in de landen, en dat er gekeken wordt naar andere landen waar het anders gedaan wordt. Ik ben ook blij dat we de wetenschappelijke adviezen zullen afwachten en opvolgen, en hoop dat we daar zeker nog wijzer van zullen worden.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de toename van het aantal eetstoornissen bij jonge vrouwen en meisjes
– 167 (2021-2022)

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de toename van het aantal eetstoornissen bij meisjes
– 202 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Het aantal aanmeldingen van jonge vrouwen en meisjes met een eetstoornis is, vooral sinds de tweede besmettingsgolf, aanzienlijk gestegen, zo konden we lezen. Vaker dan voorheen gaat het om jonge kinderen, tussen 12 en 16 jaar, en vaak is de problematiek al heel ernstig op het moment van aanmelding. Dat maakt dat behandeling langer duurt, wat ook weer een invloed heeft op de wachttijden voor anderen. In de pers getuigden het UZ Gent en de Zorggroep Alexianen in Tienen over wachttijden van minstens vier maanden, of drie keer zo lang als vóór de coronacrisis.

Minister, al in september vorig jaar stelde ik u een vraag naar aanleiding van berichtgeving over meer aanmeldingen: anderhalve keer meer dan voor de coronacrisis voor volwassenen en twee keer zoveel als het gaat om kinderen.

Oorzaken zijn zeker mee te zoeken in de coronacrisis. De maatregelen maakten sociaal contact, en sociale controle, minder mogelijk en veroorzaakten angst en onzekerheid. Dat alles weegt natuurlijk op het mentaal welzijn. Bovendien wenden mensen zich meer tot sociale media, waar een beeld van jonge meisjes wordt geschetst dat helemaal niet realistisch is. Dat weten we allemaal. Uit intern onderzoek van Facebook dat gelekt werd, bleek bijvoorbeeld dat Instagram de mentale problemen van één op de drie meisjes met een laag zelfbeeld versterkt.

Deze zaken kunnen niet alleen de ontwikkeling van een eetstoornis aanwakkeren, maar vormen ook bemoeilijkende factoren voor het herstel van een eetstoornis.

Tijdens de commissievergadering van 12 januari antwoordde u, minister, dat er versneld werd ingezet op het aanbieden van vorming door de medewerkers van de pediatrie. Er was ook een vormingstraject voor diëtisten en de eerste lijn. Op sommige plaatsen waar residentiële behandelingen worden aangeboden, werd gewerkt met een korter crisisinstroomtraject en samenwerkingen met afdelingen pediatrie om op die manier extra capaciteit te kunnen creëren.

Ik heb daarover volgende vragen, minister.

Ondanks de extra maatregelen begin dit jaar blijft de druk op de behandeltrajecten voor eetstoornissen hoog, zo blijkt. Hoe zal dit worden aangepakt?

In hoeverre hebben de lange wachttijden nog te maken met een inhaalbeweging door de beperktere residentiële plaatsen die er waren tijdens de coronacrisis? Of is er daarentegen echt sprake van meer diagnoses?

Veel lijkt te maken te hebben met een laag zelfbeeld en mentale problemen, vooral ook bij jonge meisjes. Hoe wordt specifiek voor deze doelgroep daarop ingezet?

Werd er al een evaluatie gemaakt van het werken met kortere crisisinstroom-trajecten en van de samenwerking met de afdelingen pediatrie om zo extra capaciteit te creëren?

Minister, kunt u meer informatie geven met betrekking tot de versnelde vormings-trajecten? Hoeveel mensen, en uit welke beroepsgroepen, hebben hier al aan deelgenomen?

In hoeverre wordt er nog verder ingezet op bijkomende vormingen voor zorg-verleners en extra capaciteit voor residentiële opnames?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): We zijn inderdaad gealarmeerd door een toename van meisjes die worstelen met een zeer ernstige eetstoornis. Het gaat daarbij dan vooral om zeer jonge meisjes. Ziekenhuizen zien wachtlijsten ontstaan om deze jonge meisjes op te nemen.

Een eetstoornis is natuurlijk niet onschuldig, omdat het de puberale ontwikkeling van meisjes zowel psychisch en fysiek on hold zet, en in het slechtste geval ook schade kan toebrengen aan de organen.

De toename van eetstoornissen bij jonge meisjes wordt door specialisten vooral toegeschreven aan de lockdown. Wie het al psychisch moeilijk had verloor ook de structuur in het leven. Het sociaal isolement had tot gevolg dat meisjes zich niet meer konden vergelijken met andere meisjes van hun leeftijd waardoor het beeld van magere vrouwen op sociale media nog dominanter werd. Daar kwam nog eens bij dat tijdens de lockdown diëtisten erop hamerden dat we gezond moesten eten en voldoende bewegen om coronakilo's te vermijden. Dat zijn natuurlijk goed-bedoelde boodschappen, maar bij deze meisjes zorgen ze voor een bijkomende trigger.

Op korte termijn kunnen we wellicht niet zoveel ziekenhuiscapaciteit bij creëren dat we het probleem van de wachtlijsten zouden kunnen wegwerken. Dat betekent dat we wel moeten inzetten op ambulante zorg en preventie.

Hebt u een zicht op die wachtlijsten? Zo ja, hoe groot zijn die en in welke mate zijn die langer geworden door de coronacrisis?

Hoe denkt u, samen met uw collega, minister Vandenbroucke, meisjes die op de wachtlijst staan ondertussen te kunnen helpen? Op federaal niveau werkte men het systeem van de eerstelijnspsychologen uit. Kunnen zij worden ingezet gedurende de wachttijd?

Specialisten hameren ook op het belang van het vroegtijdig ingrijpen. Hoe kunnen we daar nog meer rond sensibiliseren zodat mensen bij de eerste tekenen hulp kunnen zoeken en ook weten waar ze terecht zouden kunnen?

We focussen in het beleid ook zeer sterk op gezond eten en voldoende bewegen om overgewicht te vermijden. Dat is natuurlijk zeer goed, en goedbedoeld. Maar we zien bij deze psychisch kwetsbare personen dat ze wel kunnen bijdragen tot de ontwikkeling van een eetstoornis. Zouden we dat effect op de een of andere manier kunnen voorkomen?

Meisjes krijgen vanuit sociale media, vanuit de modewereld een ideaalbeeld opgedrongen van superslanke vrouwen en meisjes. Hoe kunnen we vanuit de overheid dat beeld bijstellen?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega's, de aanpak van overdruk op het behandeltraject bij eetstoornissen vraagt veel samenwerking. Binnen het Comité voor het nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren werd recent een werkgroep eetstoornissen opgericht. Daarin zetelen experten vanuit de verschillende deelstaten. De werkgroep wordt mede voorgezeten door onze Vlaamse partnerorganisatie Eetexpert. Deze werkgroep zal ten aanzien van de interkabinettenwerkgroep (IKW) geestelijke gezondheidszorg (ggz) aanbevelingen formuleren voor een goede verdere zorguitwerking.

Ondertussen werken we, samen met onze federale collega's, aan het snel versterken van het hulpaanbod. We vroegen Eetexpert om in de eerste lijn versneld de capaciteit voor milde problemen te vergroten en een eerstelijnsaanpak uit te werken. Eetexpert organiseerde in juni en juli al vormingen voor psychologen over welke taken zij kunnen opnemen in het traject bij eetproblemen en eetstoornissen.

Daarnaast werden er nieuwe opleidingen gegeven in verband met het groepsgericht werken in de ambulante praktijk, en ondersteunt Eetexpert ook de hulpverleners rond online werken met advies en een verwijslijst online zorg. Zowel het groepsgericht werken als het online aanbod kan op zeer korte termijn leiden tot een capaciteitsverhoging. Eetexpert houdt ook zicht op de vrije behandelplaatsen in Vlaanderen en ondersteunt de hulpverleners bij vragen rond doorverwijzing of andere vragen.

Er is geen systematische monitoring van de wachtlijsten, maar er wordt halfjaarlijks een overzicht gemaakt. Op dit ogenblik bedraagt de wachttijd tussen de vier en de acht maanden. In vergelijking met de periode voor corona is dat ongeveer dubbel zo lang.

Dit heeft enerzijds te maken met een inhaalbeweging die nog niet helemaal is afgewerkt. Anderzijds zijn er heel wat meer aanmeldingen van jongeren die de voorbije maanden zeer ernstige eetstoornissen ontwikkeld hebben. Zowel het aantal jongeren dat wordt aangemeld als de ernstinschatting liggen na corona hoger.

Er werd nog geen evaluatie gemaakt voor de crisis-instroomtrajecten en de samenwerking met pediatrie voor extra capaciteit.

De voorbije zomerperiode kregen ongeveer 150 eerstelijnspsychologen opleiding. Er werden ongeveer 110 medewerkers van pediatrieteams getraind. Een groep van

45 hulpverleners volgde een basistraining rond eetstoorniszorg. Bijkomend volgden 112 diëtisten een intensieve trainingsreeks rond specifieke zorg bij eetstoornissen. 40 psychologen schoolden zich bij in groepsgerichte therapie en 75 hulpverleners in terugvalpreventie. Gespreid over Vlaanderen waren er trimestrieel 5 supervisiegroepen ter ondersteuning van casuïstiek. Recent zijn er nog enkele online-supervisiegroepen opgericht om alle pas opgestarte hulpverleners te ondersteunen in hun zorg.

Rekening houdend met de zorgnoden van de regio's worden er voortdurend nieuwe vormingen uitgewerkt ter versterking van het huidige en toekomstige zorgaanbod.

Minister Vandenbroucke heeft tijdelijk extra budget voorzien voor 170 bijkomende bedden voor de opvang van kinderen en jongeren met psychische problemen in niet-psychiatrische ziekenhuisdiensten. De versterking van de kinderpsychiatrische expertise wordt via deze inzet van liaisonteams gerealiseerd naar voornamelijk pediatrische diensten voor jongeren met eetstoornissen, maar ook naar spoeddiensten en psychiatrische dagbehandeling voor jongeren in de transitieleeftijd. Hij stelt in zijn beleidsnota 2022 dat de nood aan deze tijdelijke beddencapaciteit zal worden geëvalueerd en indien nodig verlengd.

Op dit ogenblik starten de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB's) met de uitrol van een online tool die alle 15-jarigen bevraagt rond hun gezondheid. Daarin worden ook signalen van eetproblemen bevraagd en en wordt gezorgd voor een zorgaanbod op maat. Eerder heeft Eetexpert al gezorgd voor goede draaiboeken en werkmaterialen voor CLB-medewerkers die vroegtijdig signalen opvangen tijdens de systematische consulten in de schoolcontext.

Bijkomend wordt dit jaar ingezet op enkele andere settings rond jongeren. Er worden vormingen en werkmaterialen uitgewerkt voor jeugdleiders, en voor sportcoaches. De verwijslijn van Eetexpert staat hen verder bij voor eventuele toeleiding tot zorg. Ouders en jongeren kunnen daar ook rechtstreeks terecht voor verwijzing bij vroege signalen.

Terecht wordt gepleit voor aandacht rond een goede communicatie, zodat goedbedoelde boodschappen niet omgekeerd werken. Tijdens de coronacrisis werd er voor communicatiewerkers en journalisten een toolbox uitgewerkt die hen bijstaat en ondersteunt in het doordacht communiceren rond eetproblemen en eetstoornissen. Dagelijks is er ook een advieslijn actief die hen bijstaat bij concrete opdrachten.

Er worden ook vormingen gegeven aan zorgprofessionals, beleid, preventiewerkers enzovoort, die hen helpen bij doordacht communiceren.

Ter versterking van het laag zelfbeeld en het voorkomen van mentale problemen bij meisjes worden zorgverstrekkers en preventiewerkers opgeleid in het versterken van gezond leefgedrag, waaronder lichaamstevredenheid, emotieregulatie en zelfbeeld. Daarvoor is door Eetexpert een fichekit ontwikkeld die hen concreet ondersteunt in het werken rond het versterken van gezond leefgedrag.

Ten slotte zijn er, voor het stimuleren en beschermen van mentale gezondheid en veerkracht bij de brede bevolking, dit jaar twee partnerorganisaties opgestart: The Human Link en Gezond Leven zorgen samen voor heel wat nieuw materiaal. Voor leerkrachten zijn bijvoorbeeld nieuwe methodieken ontwikkeld om te werken met mentaal welzijn in de klasomgeving, gebaseerd op het model van de geluksdriehoek.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord. Het is een ernstige problematiek. En wie ermee wordt geconfronteerd, ondervindt daar grote gevolgen van; niet alleen wie er zelf mee wordt geconfronteerd, maar de hele omgeving. Vaak gaat het dan over ouders, broers, zussen en zo verder. Zij ondervinden daar ook allemaal heel sterk de gevolgen van.

Minister, ik ben tevreden dat u zegt dat er een werkgroep eetstoornissen is opgericht. Want het is natuurlijk essentieel dat er een globale en geïntegreerde aanpak is van de problematiek. Wat natuurlijk wel alarmerend is, zijn de cijfers die u geeft over de wachtlijsten die er zijn. Ik weet ook wel dat het een bevoegdheid betreft die niet eenvoudig is verdeeld rond deze thema's. We hebben daar samen, Vlaanderen en de federale overheid, een aantal verantwoordelijkheden, en we moeten samen zorgen voor een geïntegreerde aanpak. Maar als iemand wordt geconfronteerd met een eetstoornis en dan heel lang moet wachten, dan dreigt de problematiek natuurlijk alleen maar te verergeren. Dat weten we allemaal.

Minister, ik heb het opgezocht: we hebben tien jaar geleden in het parlement een heel uitvoerige resolutie goedgekeurd betreffende een sensibiliserend en ondersteunend beleid rond eetstoornissen. Die had niet minder dan vijftien actiepunten opgenomen. En als ik die nalees, dan zijn er nog heel veel zeer actueel. Dat is niet omdat ze ondertussen niet werden aangepakt, maar gewoon vanwege de evolutie van onze maatschappij, de druk op jongeren. Zo hebben sociale media zich ondertussen ontwikkeld en schuiven ze een ideaalbeeld van schoonheid en de modellenwereld naar voren, waardoor ze de druk bij jongeren vergroten. Het blijft dus iets om blijvend op in te zetten.

Ik haal er toch nog enkele dingen uit. Twee om precies te zijn, als dat mag, voorzitter.

Ten eerste, u hebt heel wat punten opgenoemd van hoe we omgaan met de zorg, hoe we de zorg proberen te bieden. Maar vooraleer de zorg kan worden geboden, is het natuurlijk zaak om werk te maken van preventie. En dat hebt u ook gezegd, hoe je kunt inzetten op het zelfbeeld enzovoort. Maar dan komt ook de vroegdetectie. Daar schort het soms ook nog wel. Daar kunnen we bijkomend inzetten op de vorming van mensen die actief zijn in de eerste lijn. U hebt gewezen op vormingen om hulp te verlenen. Maar ik heb het dan over vormingen die eigenlijk ook meehelpen aan de vroegdetectie. En dat is mijn eerste vraag: wordt daar nog bijkomend op ingezet?

Mijn tweede vraag, en daar ben ik daarstraks eigenlijk mee begonnen, is: op welke manier worden ook gezinsleden betrokken en is er aandacht voor hen? Want zij ondervinden ook wel echt de gevolgen wanneer ze iemand met een eetstoornis in hun omgeving hebben. Zij moeten daar ook in worden ondersteund en kunnen dan vanzelfsprekend ook op een gemakkelijkere manier mee hulp geven.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Eetstoornissen zijn een heel complex gegeven. Dat is niet iets wat op een paar weken of maanden opgelost is, maar iets wat enorm veel tijd vraagt. En dat heeft een enorme impact, niet alleen op de persoon zelf, maar ook op de familie die zich vaak zeer machteloos voelt. Vaak zeggen zij: 'Eet dan, eet gewoon.' Maar zo simpel is het niet, en dat maakt het heel, heel zwaar voor de omgeving.

Ja, de cijfers zijn echt niet goed. Vier tot acht maanden wachten, dat is dubbel zo lang als voordien.

U zegt ook dat er geen systematische registratie is. Registratie lijkt mij net heel belangrijk om heel kort op de bal te kunnen spelen. Het is inderdaad zo dat we nu

aan een inhaalbeweging zitten. Maar ik heb in mijn nauwe omgeving zelf gezien dat het psychische lijden, de psychische problematiek en de eetstoornissen enorm zijn toegenomen tijdens de lockdown. En dat komt er natuurlijk allemaal bovenop.

Nu ja, u zegt het zelf: er werden wel 170 bedden extra gecreëerd door minister Vandenbroucke. Maar dat zijn psychische bedden, dus algemeen. Een eetstoornis verdient echt een zeer specifieke aanpak. Het is dus allemaal niet zo evident.

Het is alleszins goed dat er een werkgroep rond werd opgestart. U zegt dat dat ter voorbereiding van de interkabinettenwerkgroep (IKW) ggz is. De vraag is dan: wanneer is die IKW en wat is precies de bedoeling? Want het is goed om een werkgroep op te starten, maar het is wel de bedoeling dat het wordt omgezet in de praktijk en in praktische zaken die een verandering brengen op het terrein.

Wat mij ook heel belangrijk lijkt, zijn de verwijslijsten. Zowel zorgverstrekkers als mensen in het algemeen weten niet goed, wanneer er zich zo'n problematiek voordoet, waar ze zich specifiek moeten aanmelden. U zegt ook dat er opleidingen werden gegeven aan eerstelijnspsychologen. Maar vaak weten zorgverstrekkers niet welke psychologen zich daar specifiek in hebben verdiept. Dat lijkt mij toch wel zeer belangrijk.

Ik zou zeggen: alle hens aan dek om deze problematiek zo maximaal mogelijk te behandelen.

De voorzitter: Mevrouw Wouters heeft het woord.

Suzy Wouters (Vlaams Belang): Minister, nog nooit waren er zoveel kinderen met een eetstoornis. Nog nooit was het zo moeilijk om als ouder hulp te vinden. De wachtlijst op de zorgeenheid eetstoornissen is sterk toegenomen sinds mei 2020 en is op dit moment vervijfvoudigd, zegt kinder- en jeugdpsychiater Katrien Maes. En op het niveau van ambulante hulp door psychologen en diëtisten is er eveneens een probleem.

We konden het schrijnende verhaal van een mama en haar dochter die lijdt aan anorexia nervosa lezen in Het Laatste Nieuws. Ik citeer: "Je wordt als anorexiapatiënt en als ouder inderdaad van het kastje naar de muur gestuurd of letterlijk van wachtlijst naar wachtlijst. Dus probeer je het probleem als ouder in eerste instantie zelf aan te pakken. Je bent dan niet alleen papa of mama, maar ook diëtist, psychiater en therapeut van dienst. Iets wat natuurlijk nooit lukt."

En niet alleen zijn er te weinig plaatsen op gespecialiseerde afdelingen, maar helaas is er ook nog steeds veel onbegrip en onwetendheid over deze ziekte. Er is met andere woorden dringend meer kennis nodig over dit thema. En daarnaast ligt de druk op het gezin met een kind met een eetstoornis heel hoog, zowel bij de ouders als bij broers en zussen.

Minister, een bevraging naar de specifieke noden van personen met een eetstoornis is nog niet gebeurd in Vlaanderen. Dat zei u in uw antwoord op een schriftelijke vraag van mij. Minister, vindt u het nu niet opportuun om dit uit te zoeken bij deze verontrustende toename?

Ik heb nog een volgende vraag. Ik deel de bezorgdheid van collega Schryvers.

De voorzitter: Collega Wouters, kunt u tot uw vraag komen?

Suzy Wouters (Vlaams Belang): Op welke manier kan er meer werk worden gemaakt van het begeleiden van ouders en eventuele broers en zussen van een kind met een eetstoornis? Op welke manier kan het taboe dat er heerst rond

eetstoornissen worden doorbroken en bespreekbaar worden gemaakt? Zult u hiervoor initiatieven nemen?

De voorzitter: De heer Vaneeckhout heeft het woord.

Jeremie Vaneeckhout (Groen): Collega's, ik dank jullie om deze zeer grote problematiek, die ons allemaal na aan het hart ligt, te agenderen. Uw antwoord, minister, is natuurlijk heel goed, in die zin dat er heel veel zaken in oprichting en in uitvoering zijn. Maar aan de andere kant is het ten dele misschien te kenschetsend voor de uitdaging die er in dit domein ligt. Er wordt een waslijst aan initiatieven, aan maatregelen en aan kleine en grote initiatieven voorgesteld. Maar fundamenteel blijft de realiteit natuurlijk wat ze is, namelijk dat die wachtlijsten voor gespecialiseerde hulp gigantisch lang zijn en dat er ook op het gebied van vroegdetectie, van doorverwijzing, zoals ook collega Saeys zegt, grote uitdagingen blijven.

Op dit moment ben ik er niet van overtuigd dat er, met alles wat u daarnet hebt aangekondigd, met alle zaken die in uitvoering zijn, wordt tegemoetgekomen aan de fundamentele nood die er is. Ik vind het dan ook wel wat tragisch om hier vast te stellen dat we iedere keer opnieuw, en iedere twee weken rond een ander deelthema wat betreft mentaal welzijn, dit gesprek moeten voeren. Het is geen verwijt alleen aan de Vlaamse Regering; in ons complex land is dit een complexe materie, waarvoor meerdere mensen bevoegd zijn en waarbij meerdere domeinen betrokken zijn. Maar we moeten fundamenteel toch verder doordenken en naar een grootschaligere investering gaan op het vlak van mentaal welzijn, en specifiek rond bepaalde deelgebieden en deelproblematieken daarin.

Vandaar toch wel de vraag: plant u in de komende jaren nog extra investeringen in die vroegdetectie? Plant u initiatieven om het complexe hulpverlenerslandschap te vereenvoudigen en te zorgen dat mensen veel duidelijker weten waar ze terechtkunnen?

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Ik ben drie weken geleden, minister, op bezoek geweest bij de Alexianen in Tienen. Ik heb daar tien meisjes ontmoet die daar residentieel verbleven en die een eetstoornis hadden. Dat was een van de ontmoetingen die me lang zullen bijblijven. Ik heb zelf twee dochters. Ik heb die meisjes gevraagd wat we kunnen doen om ervoor te zorgen dat mijn dochters niet met dezelfde problemen geconfronteerd worden. Ik was alleen met hen. Ten eerste zeiden ze: ontzeg ze toegang tot Instagram. Dat vond ik al redelijk straf. Ten tweede zeiden ze: zeg aan uw kinderen dat ze in zichzelf moeten en mogen geloven. Drie, wees er als ouder op het moment dat ze het nodig hebben. Daar zitten wellicht veel meisjes met toegewijde ouders, en die meisjes waren bijzonder verstandig. Het is me bijgebleven. Ik stel voor dat u ook eens zo'n ervaring zoekt. Dat is toch nog altijd anders.

Ik had ondertussen nog een schriftelijke vraag lopen over de wachtlijsten. De media hebben dit vroeger opgepikt, en gelukkig maar. De psychiaters en de directie hadden een specifieke vraag, namelijk om liaison K-middelen ter beschikking te krijgen. Vandaag zijn die op zeer selectieve wijze bedeeld. Bijvoorbeeld de afdeling in Tienen viel daarbuiten. Dat is ondertussen tijdelijk opgelost, maar dat moet natuurlijk structureel worden. Minister, kunt u in alle interministeriële conferenties (IMC) ook federaal mee aan de kar trekken? Ze willen heel graag een K-erkenning voor de minderjarigenafdelingen van eetstoornis. Ze worden nu aan A- en T-niveau gefinancierd. Kan daar verandering in komen? Kan het verzekeringscomité een permanentere uitbreiding voorzien van hun financiering?

Wat Vlaanderen kan doen, is zeer belangrijk, zeker in de eerste lijn. Ik denk dat u al een aantal belangrijke elementen hebt aangehaald, namelijk de onlinedienstverlening, groepstherapie, de opleiding van meer mensen, maar elke extra investering die u daar kunt doen, zal zeker op onze goedkeuring en steun kunnen rekenen.

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega's, ik heb vorige week maandag een lang gesprek gehad met iemand met een eetstoornis en een bijzondere meervoudige problematiek. Vaak is er meer dan één aandoening. Ik kom zo meteen tot het specifieke beleid. Wat u naar voren brengt, het generieke, is ook ontzettend belangrijk. Als het ideaalbeeld van Instagram en TikTok dat naar voren wordt gebracht en waar jonge jongens en vrouwen aan moeten voldoen, klopt, dan zijn we allemaal tot falen gedoemd.

Lorin Parys (N-VA): Of tot heel veel fotoshoppen.

Minister Wouter Beke: Of tot heel veel fotoshoppen, ja. Maar dan hebben we nog geen oplossing voor het probleem.

Ik ben het eens met u: we moeten weg van dat soort beelden alsof elke jongen en elk meisje daaraan moet voldoen. We moeten als opvoeders, als vader en moeder, geborgenheid geven aan kinderen, vertrouwen geven, en ook als het eens misloopt, aangeven dat dat niet erg is. Er moet in een gezin plaats zijn ten aanzien van vader, moeder, zussen, broers, om daarover te spreken. Is dat voldoende? Neen. Is dat ontzettend belangrijk? Ja. Als men denkt dat er een ideaalbeeld bestaat en men daar thuis niet over kan spreken, dan is men tot mislukken gedoemd. Daar zijn we het over eens. Dat is ontzettend belangrijk. U zegt: wees er als ouder als het nodig is. Dat is ook ontzettend belangrijk.

Het is eveneens ontzettend belangrijk om kinderen en jongeren daar weerbaar voor te maken, en dat te durven. Men moet daar durven tegen in te gaan, ook als ze in de klas, op de speelplaats, in de jeugd- of sportvereniging, waar dan ook, daarover aangesproken worden. Ze moeten daar weerbaar in zijn, ze moeten daar als jongen of meisje tegenover kunnen staan. Het is vaak op die plaatsen dat ze daarmee geconfronteerd worden. Ze gaan dat zelf problematiseren. Ze zouden ook kunnen zeggen: dat hoeft helemaal niet. Dat is van ontzettend groot belang.

We moeten daarop inzetten, maar het generieke, het algemene maatschappelijke beeld mogen we niet uit het oog verliezen. Mevrouw Schryvers, u hebt tien jaar of zo geleden mee de eerste teksten daarrond op de tafel gelegd. De problematiek en het ideaalbeeld zijn intussen alleen nog maar verscherpt. Toen was er nog geen Instagram, vandaag is dat er wel. Toen waren er alleen nog maar de klassieke boekjes, vandaag komt dat veelvuldiger aan bod.

We zijn met Eetexpert en de CGG's aan het bekijken welke bijkomende antwoorden we kunnen bieden aan deze piek die we zien. Het gaat niet om verdere structurele versterking van de CGG's, maar om de aanwezige expertise op het terrein van Eetexpert maximaal te vertalen in het aanbod van de CGG's zodat zij ten volle hun schouders kunnen zetten onder een goed ambulant aanbod.

We zullen dat verder bespreken met minister Vandenbroucke. Hij heeft aangekondigd dat hij voor jongeren met eetstoornissen extra wil investeren. Dat is belangrijk, er is een heel grote vraag naar een residentieel aanbod en intensief mobiel aanbod. Dat is gekoppeld aan de ziekenhuizen en dat is een federale bevoegdheid. We zijn in overleg met de federale minister.

Wat vroegdetectie betreft, zijn de CLB's en de huisartsen belangrijk. Eetexpert vervult daar zijn rol om daar met deze twee aanspreekkanalen rond te werken. Wat zijn de signalen om op te pikken, om tijdig in te grijpen en eventueel door te verwijzen?

Het gezin kwam al aan bod. Het is onvoldoende, daar ben ik het mee eens, om een jongen of meisje met een eetstoornis te behandelen zonder de context te bekijken. Die context is absoluut belangrijk. We noemen dat de Multi Family Therapy (MFT) waarbij de familie, het gezin, mee in de therapie wordt opgenomen. Alleen dan zal een duurzame behandeling van de betrokkene haar plaats krijgen. Daar ben ik het absoluut mee eens. Dat is wat we doen en verder moeten doortrekken.

Nog even meegeven dat Eetexpert, onze partnerorganisatie, over een heel ruim netwerk beschikt van zorgverstrekkers die mee in de eerste lijn zitten. In alle provincies is er een netwerk van gespecialiseerde ambulante zorgverstrekkers actief. Dat zijn er heel wat. Ze worden ondersteund door het kenniscentrum. Die zorg moet nu verder multidisciplinair worden verankerd in elke provincie.

Wat de wachttijden betreft, zegt Eetexpert dat die in de ambulante zorg pre-corona varieerden tussen tien dagen en een maand, en dat de opname in de gespecialiseerde eetstoornisafdelingen varieerde tussen vier en acht weken. Dankzij de resolutie van tien jaar geleden – waar collega Schryvers naar verwezen heeft – is er een sterke partnerorganisatie opgezet. Dat is één van de elementen die daaruit voortgekomen is. Er bestaat een goed uitgebouwd netwerk van betrokkenen en opgeleide zorgverstrekkers en zorgpaden in Vlaanderen.

Dat zijn een aantal bijkomende antwoorden die ik wilde geven.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Dank u wel, minister, voor de uitvoerige bijkomende antwoorden. Ik hoorde hier uw getuigenis – en die van de collega – over gesprekken met meisjes die lijden aan een eetstoornis, en die als ontzettend aangrijpend werden omschreven. Ik moet zeggen dat dit ook voor mij wel heel herkenbaar is. Ik heb niet de gewoonte om dat hier te vertellen, maar ik ben zelf opgegroeid in een gezin met een mama die leed aan een eetstoornis. Dat is natuurlijk al vele jaren geleden – want ik ben hier misschien wel de oudste in deze commissie – en toch heeft dat nog altijd een grote impact. Als ik die getuigenissen in de krant lees, dan grijpt me dat nog altijd naar de keel, omdat ik daar nog zoveel herkenbaarheid in zie, ook na zovele jaren. Toen was die ziekte eigenlijk nog niet echt gekend. Ondertussen zijn er zoveel mensen die ermee geconfronteerd worden. Ik voel de machteloosheid in de omgeving, van ouders, van broers en zussen. Daar moeten we echt iets aan doen. Dat was natuurlijk mee de aanleiding tot onze resolutie van tien jaar geleden, waaruit inderdaad heel wat punten gerealiseerd zijn. Al het werk dat de vzw Eetexpert doet, is daar bijvoorbeeld uit voortgekomen. Maar er zijn nog een heel aantal punten die we blijvend moeten actualiseren, en waar we blijvend aan moeten werken. Het is echt ontzettend ingrijpend in een heel gezin, en het heeft ook een enorm effect op de toekomst van wie ermee geconfronteerd wordt. Vandaar dat we echt, ook hier weer, heel de keten moeten zien uit te bouwen. Gaande van preventie – het ideaalbeeld in de sociale media, waarin men niet moet geloven – naar vroegdetectie tot laagdrempelige behandeling en begeleiding, en als het nodig is, ook residentieel, en met begeleiding van heel de familie en heel de context daarrond.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Eetstoornissen zijn een zeer complex gegeven, en zijn ook zeer ernstig. Ze kunnen enorme gevolgen hebben, zowel voor de persoon zelf, als voor de familie. Collega Schryvers zegt het zelf: zelfs na zoveel jaar blijft het

indruk maken op iemand. Daarom is het zo belangrijk om vroegtijdig te kunnen ingrijpen. Het opvangen van de signalen is ook niet altijd evident. Vaak is het eigenlijk maar in een laattijdiger stadium dat het zichtbaar is. Het probleem bij eetstoornissen is ook dat het vaak jaren blijft sluimeren. Het gaat vaak op en neer. Dat zien we heel veel, bij personen. Ik denk dat het heel belangrijk is om hier verder werk van te maken en er verder op in te zetten, en dat u blijvend goed overleg pleegt met minister Vandenbroucke om aan deze problematiek zoveel mogelijk te remediëren.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Maurits Vande Reyde aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de berekening van de organisatiegebonden kosten voor cashbudgetten
– 145 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: De heer Vande Reyde heeft het woord.

Maurits Vande Reyde (Open Vld): Minister, mijn vraag gaat over de berekening van de organisatiegebonden punten. Zoals u weet hebben we daar in deze regeerperiode naar gekeken, om die beter en efficiënter in te zetten. Ik denk dat dat een goede zaak is, maar er is misschien toch iets dat de efficiëntie van die organisatiegebonden punten aantast. Dat is het feit dat die berekend worden op basis van de organisatiegebonden kosten van de twee voorafgaande jaren. Het gaat, voor alle duidelijkheid, over organisatiegebonden kosten voor cashbudgetten in het kader van de steun voor mensen met een beperking.

Het feit dat die organisatiegebonden kosten berekend worden op basis van de twee voorafgaande kalenderjaren heeft een aantal nadelige effecten.

Onder andere is het zo, dat een vergunde zorgaanbieder die op het einde van het jaar zijn activiteiten opstart, de twee volgende jaren veel minder organisatiegebonden kosten zal ontvangen – of vergoed zal worden voor organisatiegebonden kosten via de budgetten – dan een vergunde zorgaanbieder die opstart op 1 januari van het volgend jaar. Dat komt doordat er teruggerekend wordt tot twee jaar voordien. Dat impliceert dat vergunde zorgaanbieders financieel gestimuleerd worden om zo laat mogelijk op te starten, wat gezien de noden in de sector, natuurlijk niet de bedoeling is.

Een tweede effect is dat, wanneer een budgethouder – iemand die recht heeft op die steun – beslist om over te stappen van een vergunde zorgaanbieder naar een niet-vergunde zorgaanbieder, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) dan twee keer moet betalen voor die organisatiegebonden kosten: eenmaal aan de vergunde zorgaanbieder waarvan de persoon vertrekt, en een keer aan de persoon zelf, die zijn zorg dan gaat inkopen bij een niet-vergunde zorgaanbieder.

Ik hoop dat ik dit een beetje duidelijk heb weergegeven. Het is niet echt praktisch dat die berekening op zich wordt gebaseerd op de kosten van de twee voorafgaande jaren. Het zou veel logischer en veel efficiënter zijn als die kosten gewoon berekend worden op het jaar waarop het persoonsvolgend budget betrekking heeft. Op die manier moet geen tijd en geld verspild worden met afrekeningen, maar krijgt elke zorgaanbieder de organisatiegebonden punten waar hij of zij recht op heeft.

Waarom is dat belangrijk? Wel, omdat we er net in deze regeerperiode naar kijken om die organisatiegebonden punten efficiënter te maken. In veel gevallen zal dat ook betekenen dat het met minder organisatiegebonden kosten kan. Maar het is dan natuurlijk wel goed dat de organisatiegebonden punten die worden toegekend, ook zo efficiënt mogelijk worden besteed.

Gezien deze feiten, vernam ik graag of u dit eventueel wilt bekijken en een aanpassing wilt doen om de berekening van die organisatiegebonden kosten te herzien, zodat die niet meer twee jaar terugrekent?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega, de regelgeving voorziet inderdaad dat de organisatiegebonden kosten worden toegekend op basis van de twee voorgaande jaren. Voor startende zorgaanbieders geldt deze regeling in het eerste jaar van de opstart niet. Zij ontvangen organisatiegebonden kosten op het aantal ingezette personeelspunten, of de cashbesteding in dat jaar zelf. In het tweede jaar vallen zij onder de gewone regeling. Deze opstartregeling brengt inderdaad mee dat als een organisatie laat in het jaar start, er in het tweede jaar beduidend minder organisatiegebonden kosten worden toegekend dan bij een organisatie die in het begin van het jaar start, ongeacht de besteding in cash of een voucher. Ik zal aan het VAPH vragen om na te gaan of, en hoe, de opstartregeling verder verfijnd zou kunnen worden. Eventuele voorstellen zal ik dan op basis van niet-terugkoppeling aan de Vlaamse Regering voorleggen.

De voorzitter: De heer Vande Reyde heeft het woord.

Maurits Vande Reyde (Open Vld): Hartelijk bedankt om dit te bekijken. Ik wil misschien ook even de bredere context schetsen, want dit lijkt misschien iets technisch, maar als het gaat over steun voor mensen met een beperking, zijn er vele honderden technische zaken die toch een groot verschil kunnen maken.

We hebben nu, in deze legislatuur, 270 miljoen euro extra budgetten voor mensen met een beperking. Dat is een heel groot bedrag. We gaan nu bekijken hoe we daar zoveel mogelijk mensen mee kunnen helpen. En dat wil ook zeggen dat je dat budget zo efficiënt mogelijk besteedt. En die organisatiegebonden kosten zijn daar een onderdeel van. Het is misschien niet het grootste onderdeel – er zijn andere zaken zoals het analyseren van prioriteitengroep 2 of 3, et cetera – maar het is toch ook niet onbelangrijk, als je weet dat die voorheen toch een aanzienlijk deel van de budgetten uitmaakten.

Als we daar gaan naar een efficiëntere besteding, wat het voornemen is van deze legislatuur, dan denk ik dat het een goede zaak is dat we die berekening op dat vlak ook aanpassen. Ik ben dus zeer blij dat u dat wilt meenemen. Ik zou verheugd zijn mocht het ook tot resultaten leiden, maar dat zullen we dan in de verdere opvolging zien.

De voorzitter: Mevrouw De Martelaer heeft het woord.

Ann De Martelaer (Groen): Minister, ik wil mij graag aansluiten bij de vraag van de collega, omdat wij in het verleden vooral gesproken hebben over besparings-maatregelen bij de organisatiegebonden kosten. En in dat kader ben ik de infonota van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) van 14 januari 2020 met nummer INF/19/79 tegengekomen, en ik wil u daar toch vier zinnen uit voorlezen. "Het VAPH start nog in het eerste kwartaal 2020 gesprekken op met de vergunde zorgaanbieders om een aangepast organisatiegebonden financieringsmodel uit te werken met linken naar kwaliteitsindicatoren op vlak van kwaliteit, innovatie en efficiëntie. Het nieuwe model dient de zorgaanbieders de

nodige flexibiliteit te garanderen, aan te zetten tot sociaal ondernemerschap en hen er ook voor te belonen."

Minister, u hebt daarjuist gerefereerd aan een vraag die u aan het VAPH zult stellen. Wilt u hun ook vragen hoever zij staan met dit rapport?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Dat zal ik doen.

De voorzitter: Maurits Vande Reyde heeft het woord.

Maurits Vande Reyde (Open Vld): Ik ga even in op wat collega De Martelaer zei, want dat is een zeer interessante opmerking. Die oefening is inderdaad lopende. Ik denk wel dat we dat niet als een besparingsmaatregel 'as such' mogen zien. Ik denk dat het hier gaat over hoe we zoveel mogelijk mensen kunnen helpen met de budgetten die voorhanden zijn. Ik denk dat dat toch een gemeenschappelijk doel is voor ons allemaal.

Wat die organisatiegebonden punten betreft: ik denk dat we allemaal weten dat er in de sector nu heel veel verscheidenheid is op het vlak van vergunde en niet-vergunde zorgaanbieders. En die hervorming is, zoals u eigenlijk letterlijk hebt voorgelezen, erop gericht om te kijken hoe we naar de meest efficiënte besteding kunnen gaan, en hoe organisaties zich daar ook in kunnen aanpassen en verbeteren, om zich op die nieuwe leest te schoeien.

Ik denk dat dat niet zozeer een besparing maar wel een hervorming is naar het meer efficiënt inzetten van budgetten. En daar ben ik alleszins nog steeds een groot voorstander van.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Maaike De Rudder aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over het preventieve gezondheidsbeleid bij lokale besturen en het project Bewegen Op Verwijzing
– 180 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: Mevrouw De Rudder heeft het woord.

Maaike De Rudder (CD&V): Het Vlaams Instituut Gezond Leven peilt in samenwerking met een aantal partners zoals het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) en in opdracht van het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid om de 4 jaar naar het preventieve gezondheidsbeleid bij de lokale besturen. 186 van de 300 Vlaamse steden en gemeenten vulden de enquête in tussen 5 maart en 10 juli 2020. Eind september dit jaar is het rapport in de pers bekendgemaakt.

Ook het luikje rond het project Bewegen Op Verwijzing werd bevraagd. De conclusie is dat het project een heel groot bereik heeft, en dat bijna drie op de vier Vlaamse steden en gemeenten – 73 procent – aanstipt met een bewegingscoach te werken om inwoners aan te zetten tot meer beweging. Dat succes wordt onder andere verklaard door het brede netwerk van lokale partners dat eraan deelneemt, bijvoorbeeld de huisarts die doorverwijst, de gemeente die samen met partners promotie voert en de beweegcoaches die geïndividualiseerd advies geven. Ondanks het groot succes geeft 19 procent van de steden en gemeenten aan nog geen enkel initiatief genomen te hebben omtrent dit project.

Wordt er ook nagegaan waarom die 19 procent van de steden en gemeenten geen initiatieven nemen? Weten we de oorzaak hiervan?

Hoe kunnen we vanuit het perspectief gezondheidsluik blijven inzetten op een dergelijk project, dat toch wel een groot succes is?

Op welke manier gebeurt er een monitoring om te zien of de gewenste resultaten bij de burgers behaald worden?

Wat is de bijdrage van Bewegen op Verwijzing aan een gezondere, meer actieve levensstijl van de Vlamingen die daar het meeste nood aan hebben?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: In de jaarverslagen van de netwerken van Bewegen Op Verwijzing wordt hiernaar gevraagd. Er zijn op dit ogenblik 57 regio's van de 60 die deelnemen. Hiervan hebben 52 trekkers een jaarverslag van 2020 ingediend. Indien een regio pas opgestart is, moeten ze in het eerste jaar nog geen jaarverslag indienen. Vanuit deze 52 regio's komen de volgende redenen naar boven waarom niet elke gemeente van de eerstelijnszone meedoet.

De belangrijkste redenen zijn een gebrek aan tijd en personeel bij gemeenten, geen interesse bij het lokaal bestuur en de hervorming van de eerstelijnszone. Daarnaast kwamen volgende redenen minder frequent naar voren: onvoldoende zekerheid over de verderzetting van het project, gebrek aan tijd en personeel bij de trekker, drukte vanwege corona.

Zowel onder de beheersovereenkomst 'Gezonde voeding, voldoende beweging, beperken van sedentair gedrag en ondervoeding bij ouderen' gegund aan het Vlaams Instituut Gezond Leven, alsook onder de erkenning van de Vlaamse Logo's (loco-regionaal gezondheidsoverleg en -organisatie), wordt deze preventie-methodiek uitgedragen, geïmplementeerd en verder opgevolgd.

Sinds september loopt er ook een proefproject waarin onderzocht zal worden hoe een verbreding van verwijzers voor Bewegen Op Verwijzing mogelijk is. In twaalf pilootregio's mogen, naast artsen en specialisten, nu ook apothekers, diëtisten, kinesitherapeuten, maatschappelijk en sociaal werkers, psychologen en verpleeg-kundigen hun patiënten en cliënten in beweging zetten via een Bewegen Op Verwijzing-coach. Het pilootproject zal ertoe bijdragen dat het project multidisci-plinair kan worden uitgerold, wat het bereik van onze doelgroep zal vergroten.

De Bewegen Op Verwijzing-coaches monitoren op twee manieren. Ten eerste gaat men bij elke opvolging of outtakegesprek na of de doelstelling die vorige keer werd gemaakt gehaald, gedeeltelijk gehaald of niet gehaald is. Uit deze gegevens weten we dat de eerste doelstelling in 59 procent van de gevallen volledig gehaald is en in 33 procent gedeeltelijk behaald is. Tijdens het outtakegesprek liggen deze percentages nog iets hoger. Respectievelijk bij 82 procent wordt de doelstelling volledig behaald en bij 14 procent gedeeltelijk behaald.

Een tweede manier is iets uitgebreider. De coaches noteren voor het intake- en outtakegesprek de resultaten van de International Physical Activity Questionnaire - short form (IPAQ-SF). Daarin is duidelijk te zien dat het zitgedrag is verminderd en de fysieke activiteit is vermeerderd.

Bewegen Op Verwijzing wil elke Vlaming bereiken en daarbij wil ik extra inzetten op deze doelgroep. Het bereiken van Vlamingen in een maatschappelijk kwetsbare situatie is een belangrijke doelstelling van mijn beleid. In 2020 had 38 procent van de deelnemers recht op een verhoogde tegemoetkoming. Dit ligt in lijn met de percentages van de deelnemers van andere jaren. Dat schommelt steeds tussen

de 35 en de 40 procent. We zien ook nog dat mensen met een lage socio-economische status (SES) hun fysieke activiteitsniveau meer lijken te verhogen, wellicht mede doordat het beginniveau bij Vlamingen met een lage SES nog lager ligt.

Uit het pilootproject weten we ook dat deelnemers ook andere leefstijlgedragingen gaan aanpassen. Men begint onder andere gezonder te eten, meer mensen te ontmoeten enzovoort. Er zijn zelfs deelnemers die aangeven dat ze minder roken.

Het is voor mij duidelijk dat Bewegen Op Verwijzing een belangrijke bijdrage levert aan een actievere en gezondere levensstijl voor Vlamingen die daar de meeste nood aan hebben.

De voorzitter: Mevrouw De Rudder heeft het woord.

Maaike De Rudder (CD&V): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben ook blij dat we samen kunnen onderschrijven dat het project een heel groot succes is. Heel wat gemeenten en steden zetten hierop in. Ik hoop dat de inspiratie ook nog bijdraagt tot die andere gemeenten die daar vandaag geen initiatief voor nemen, want ik denk dat we, via de cijfers die worden gerapporteerd, alleen maar kunnen vaststellen dat het werkt.

Ik heb nog één bijkomende vraag. Het model is ook geïnspireerd op het Zweedse model, waarbij de vijf kernelementen werden gehanteerd. Vier van die vijf kernelementen, zoals het voorschrift, de coaching en de follow-up nemen we over. Er is nog één element dat we niet overnemen, en dat zijn de beweegrichtlijnen per aandoening, per pathologie.

Minister, Gezond Leven geeft ook aan dat het eigenlijk nog een mooie verbetering of verbreding zou zijn van het project indien ook coaches per pathologie die beweegrichtlijnen zouden kunnen krijgen. Is er in het project ook nog ruimte om een dergelijk element te kunnen meenemen, als het project wordt geëvalueerd en hopelijk kan worden voortgezet?

Koen Daniëls (N-VA): Ik zou de daad bij het woord willen voegen en effectief willen bewegen in deze commissie, zoals collega Persyn dat in het verleden heeft gedaan. Daarom zet ik me even recht voor een bijkomende vraag namens onze fractie. We hebben niet alleen de huisartsen, maar ook die andere zorgaanbieders. Minister, hebt u zicht op hun aandeel in die verwijsbrief?

Collega Parys, u moet wél blijven zitten voor uw volgende vraag. U bent al een aantal keren naar buiten gelopen. Daarom roep ik u op om te blijven zitten.

In elk geval, minister, wat is het aandeel van die andere zorgaanbieder in de verwijsbrief?

En ik heb nog een tweede element. We hebben een actieplan 'De Vlaming leeft gezonder in 2025'. De administratie heeft samen met Möbius de voorbereiding gedaan voor die tussentijdse evaluatie. Is daar op dit moment al iets uitgekomen?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega, ik zal die cijfers opzoeken. Ik heb ze nu niet bij mij. Ik zal ze opzoeken en ze u bezorgen.

Wat betreft uw tweede vraag: ik zoek het op en bezorg het u.

De voorzitter: Mevrouw De Rudder heeft het woord.

Maaike De Rudder (CD&V): Voorzitter, we kunnen allemaal onderschrijven dat het een groot succes is. Ik heb het bekeken. In 2020 hebben 2500 mensen deelgenomen, vanwege corona weliswaar iets minder dan in 2019. De eerste reden waarom mensen naar die coach gaan, is de doorverwijzing van de huisarts. De huisarts speelt er dus wel een heel belangrijke rol in. Maar ik ben ook wel blij dat de doorverwijzing uitgebreider is en dat ook andere mensen behalve de huisarts kunnen doorverwijzen. Ik hoop alleen dat we het project op een succesvolle manier kunnen voortzetten en dat er eventueel ook nog ruimte is voor een evaluatie en een eventuele verbreding.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Katrien Schryvers aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de garantie van voldoende coronatestcapaciteit en het motiveren van de bevolking om zich te houden aan de testverplichtingen
– 128 (2021-2022)

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de coronatest- en triagecentra
– 182 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Bij de covidtestcentra kan men terecht met een code, die men ofwel van de huisarts heeft gekregen, ofwel zelf heeft aangevraagd via www.mijngezondheid.be of kreeg toegestuurd via sms na een hoogrisicocontact of na terugkeer uit een rode zone. Aan het begin van de coronacrisis kregen de huisartsenkringen bijkomende middelen om zo'n test- en triagecentra op te zetten. Vanaf 1 oktober werd een derde daarvan stopgezet en werden de middelen voor de overige centra verminderd. De financiering blijft intussen alvast tot eind november gegarandeerd.

Minister, het is natuurlijk heel belangrijk dat mensen die getest moeten worden, dit ook werkelijk laten doen. Dat is zo in het kader van de quarantaine en ook om op basis van het resultaat eventueel de contactopsporing te kunnen inschakelen. Nu er minder testcentra nodig zijn en er op basis daarvan testcentra gesloten werden of worden, zullen mensen die zich moeten laten testen zich ofwel tot de huisarts moeten wenden, ofwel mogelijk tot een testcentrum dat dan wat verder gelegen is. Om ervoor te zorgen dat mensen niet verzaken aan hun testplicht, moeten ze ervan overtuigd worden dat testen echt nodig is en blijft, en moeten ze gemakkelijk toegang kunnen blijven hebben tot die testen. Huisartsen uitten al hun vrees voor mogelijke overbelasting als zij veel meer testen zelf zullen of zouden moeten afnemen.

Momenteel geldt dat iedereen die symptomen vertoont van een mogelijke besmetting met het coronavirus getest moet worden. Om tijdens dit najaar, waarin er ook weer meer andere infectieziekten de ronde zullen doen en ook al doen, de aanvragen voor testen ietwat te temperen, stelden de huisartsen al voor om kinderen onder de 12 jaar en gevaccineerde kinderen en volwassenen niet meer te testen.

Minister, hoe kan ervoor gezorgd worden dat, ook nu er minder test- en triage-centra open zijn, de testverplichting door mensen toch wordt opgevolgd?

Hoe kan er gegarandeerd worden dat er voldoende testcapaciteit blijft? Hoe gebeurt de opvolging ter zake?

Op welke manier wordt het testbeleid opgevolgd vanuit wetenschappelijke inzichten? Hoe wordt bepaald voor welke groepen testing voor COVID-19 wordt opgelegd?

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, mijn vraag spitst zich toe op de test- en triagecentra. Minister, omdat de normale werking van de huisartsenpraktijken tijdens de coronapandemie in het gedrang dreigde te komen wegens de grote vraag naar het afnemen van coronatesten, werden er 57 testcentra opgericht. Die triagecentra werden uitgebaat door de huisartsenkringen. De Vlaamse Regering kwam tussen voor infrastructuur, energie, nutsvoorzieningen en niet-medische uitbatingskosten.

Die centra werden steeds voor drie maanden gefinancierd en dan moest er een nieuw besluit volgen vanuit de Vlaamse Regering om de organisatie daarvan te verlengen. Op de ministerraad van 24 september werd zo'n besluit goedgekeurd om de testcentra te verlengen. Maar daarop kwam wel wat negatieve reactie van de huisartsenkringen. En dat valt eerlijk gezegd ook wel te begrijpen, aangezien er tegen 1 oktober aan bepaalde testcentra werd gevraagd om te fusioneren, terwijl de beslissing van 24 september dateerde. De vraag is waarom dat met zo'n krappe timing gepaard moest gaan.

Er is natuurlijk ook de beslissing genomen om te snoeien in de financiering, omdat ook het aantal testcentra werd verminderd, van 57 naar 39. De regering heeft zich hiervoor gebaseerd op het aantal testen dat in de eerste maanden van 2021 in de verschillende testcentra werd afgenomen. Dat lijkt me een rationeel criterium, minister, om zo'n beslissing te nemen.

Maar goed, we kregen een aantal vragen van huisartsenkringen. Die triagecentra nemen voornamelijk testen af van hoogrisicocontacten en terugkerende reizigers. Omdat er nu een aantal testcentra minder zijn, dreigt die groep ook weer binnen te komen in de huisartsenpraktijken. Minister, moeten we niet eerst starten met heel duidelijk te stellen wanneer en wie we nog testen? Moet die teststrategie dus niet worden verfijnd?

Mevrouw Schryvers heeft er daarnet al aan gerefereerd. Sommigen zeggen: 'Alleen nog maar testen onder de 12 jaar.' Vandaag staat er een brief in de krant, waarin een huisarts zegt: 'Eerst een zelftest en kom dan pas af, als je denkt dat er iets scheelt'. Andere stemmen zeggen: 'Als je dubbel gevaccineerd bent, moet je niet meer terechtkomen in het hele 'testen en eventueel quarantaine'-circus. Minister, één, moet die interfederale teststrategie niet eerst heel duidelijk worden gesteld? Twee, de eerste maanden van dit jaar werden als criterium genomen om de testcijfers te bekijken, wie er moest sluiten en wie niet. Maar in de zomer werd er dan een hoger aantal testen genoteerd. Waarom hebben we ons dan eigenlijk niet gebaseerd op de recentere testcijfers, maar wel op de oudere van begin van dit jaar?

Wat is de berekening die met die 75 procent vermindering van de subsidie gepaard gaat, waardoor de triagecentra minder worden gefinancierd? Is dat gewoon lineair, van 57 naar 39? Of zit daar een andere berekening achter?

Verder heb ik nog een vraag over de snelheid van de communicatie. Die was namelijk erg krap. Waarom was dat het geval?

Een aantal mensen maken zich ook zorgen over de verminderde bereikbaarheid van die testcentra. Zult u daar een aantal initiatieven nemen, minister, om ervoor te zorgen dat dat geen probleem wordt?

Kunnen de testen van de hoogrisicocontacten en de reizigers gescheiden worden afgenomen of zullen die door de huisartsen worden opgevangen?

En ten slotte, kunnen bepaalde labo's niet helpen bij het afnemen van testen?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Wie, wanneer en hoe moet getest worden, wordt bepaald door de richtlijnen van Sciensano, die gebaseerd zijn op het wetenschappelijk advies van de Risk Assessment Group (RAG). Deze richtlijnen vormen de basis voor het testbeleid in heel België dat binnen de interministeriële conferentie (IMC) wordt gevalideerd.

Ik heb recent aan de IMC Volksgezondheid van 29 september een herevaluatie van deze indicaties gevraagd en die is nu bezig. We verwachten een aangepast advies dat zal worden besproken op de IMC Volksgezondheid met het oog op het nemen van een beslissing over het verdere testbeleid.

Er werd gekozen om de eerste helft van dit jaar als referentieperiode te nemen, omdat dit volgens ons de meest representatieve periode is. In die periode hadden we immers een derde golf, die minder groot was dan de tweede, terwijl tegelijk de teststrategie relatief stabiel bleef en er voldoende testcapaciteit was. Als we uitgaan van het aantal testen dat toen werd afgenomen, kunnen we veronderstellen dat dit een goede inschatting is van de nodige capaciteit voor de komende maanden, inclusief de geografische verdeling.

Er is bewust voor gekozen om de zomermaanden niet mee te nemen, aangezien tijdens die periode reizigers het grootste aandeel vormden van de geteste personen en dit dus een vertekend beeld geeft. Ook werden in sommige steden zoals Leuven en Antwerpen extra testinitiatieven opgezet om deze reizigers te testen, wat op die plaatsen dan ook weer een vertekend beeld zou geven.

Er werd effectief een minimaal aantal testen gebruikt als criterium: centra die gemiddeld minder dan vijftig testen per dag afnamen ontvangen geen subsidies meer. Dit is immers geen kostenefficiënt model. Het gaat hier om negen centra, waarvan enkele al gestopt waren of hadden aangegeven te willen stoppen of samen te werken met andere centra. We hebben wel voor elk van die centra nagekeken of er alternatieve afnamecentra in de buurt waren, bijvoorbeeld een ziekenhuis of labo waar men zich kan laten testen, en dat was steeds het geval, en wellicht ook deel van de verklaring van het lage aantal testen op sommige plaatsen. Indien we dit minimum van vijftig zouden opgetrokken hebben, tot bijvoorbeeld 75 testen per dag, zagen we dat er wel mogelijk problemen ontstonden met de geografische spreiding en bereikbaarheid van de centra. Dat was ook mijn standpunt tijdens de bespreking in de regering.

De financiering van de testcentra is sinds oktober 2020 gebaseerd op inwoners-aantallen: de huisartsenkringen kregen een financiering op basis van het aantal inwoners in hun zone. In ruil voor deze financiering verwachtten we dat ze een bepaalde capaciteit aan testafnames konden garanderen, namelijk 350 testen per 100.000 inwoners per dag. Deze methode van financiering werd opgezet net voor de tweede golf, waarbij het voorzien van voldoende testcapaciteit cruciaal was, en was toen een verantwoorde keuze.

Bij een evaluatie op basis van de activiteit van de eerste helft van 2021 stelden we echter vast dat er een duidelijke onderbenutting was van de capaciteit, met een gemiddelde van 30 procent, maar met grote verschillen tussen de testcentra, waarbij sommige centra gemiddeld meer dan 70 procent van hun capaciteit presteren, terwijl andere minder dan 10 procent halen, met amper enkele tientallen

testen per dag. In de praktijk was er in veel gevallen dan ook sprake van overfinanciering.

Daarom stelden we ook voor om enerzijds een rationalisatie door te voeren van het aantal testcentra, en anderzijds de financiering meer aan te passen aan de realiteit. Met andere woorden: centra met een erg lage activiteit krijgen geen financiering meer, en de financiering van de overige centra gebeurt niet langer op basis van het inwonersaantal maar op basis van effectieve activiteit in de centra.

Daarbij werden ze ingedeeld in drie categorieën op basis van het gemiddeld aantal geregistreerde afnames gedurende de eerste helft van 2021, aangezien dit een goede indicator is van de 'grootte' van het centrum, en dus ook van de ruimte en mankracht die er nodig is om dit te doen draaien. Kleine centra met minder dan 100 testen per dag krijgen 1700 euro per maand. Middelgrote centra van 100 tot 200 testen per dag krijgen 3100 euro per maand. Grote centra met meer dan 200 testen per dag krijgen 4650 euro per maand. Het verschil in het totaalbedrag dat nu wordt toegekend aan de huisartsenkringen tegenover de vorige periode vindt zijn verklaring dus in het gewijzigde financieringsmodel, dat naar ons oordeel beter is afgestemd op de realiteit.

Op uw vierde vraag, de beslissing hierover is gevallen op de ministerraad van 24 september; we konden hierover dus niet eerder communiceren. Ik had dit dossier wel al aanhangig gemaakt bij de regering, maar dat is mee bij de begroting voor 2022 besproken.

Bij de beschikbaarheid van testen en bereikbaarheid moet niet enkel gekeken worden naar de test- en triagecentra die specifiek voor COVID-19 werden opgericht door de huisartsenkringen en vanuit de overheid worden gefinancierd, maar ook naar het reguliere circuit, zoals de ziekenhuizen en labo's die dikwijls ook afnamepunten hebben opgezet. Er moet dus naar het volledige aanbod worden gekeken, niet enkel naar de test- en triagecentra.

Bij het schrappen van subsidies voor de kleinste centra zijn we nagegaan of er voldoende alternatieven in de regio zijn, zoals afnamepunten van ziekenhuizen of labo's, en dat was steeds het geval.

Bovendien kan een persoon die een medisch nazicht wil of ernstige medische klachten heeft nog steeds bij zijn huisarts terecht. Op basis van een klinische indicatie kan de huisarts beslissen om een test af te nemen.

Het is aan de huisartsen om deze patiënten door te verwijzen. Alles is in ieder geval voorzien zodat hoogrisicocontacten en reizigers zelf een afspraak kunnen maken voor een test, zonder tussenkomst van een huisarts: zij krijgen automatisch een CTPC-code voor een PCR-test, waarmee ze via MijnGezondheid een afspraak kunnen maken bij een afnamepost bij hen in de buurt. Dit kan zowel een testcentrum gefinancierd door de overheid zijn als een klinisch labo of een ziekenhuis. De beschikbare afnamepunten zijn in principe zichtbaar in het systeem bij het boeken van een afspraak.

Kunnen de labo's niet helpen? Dit gebeurt nu al. Op veel plaatsen hebben labo's extra afnamepunten voorzien specifiek voor de afname van COVID-19-testen. Ook de universitaire labo's van het federaal platform die een deel van de stalen analyseren hebben eigen afnameposten voorzien.

De interfederale Task Force Testing evalueert op regelmatige basis de noden en de testcapaciteit. Zij bekijken ook of alternatieve afnamelocaties mogelijk zijn.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Minister, ik dank u voor uw antwoord. U wijst erop dat de noden veranderd zijn en dat u hebt aangedrongen op bereikbaarheid en geografische spreiding bij het sluiten of laten samenwerken van testcentra. Dat is goed. Het is logisch dat we evolueren in functie van de noden en de manier waarop de pandemie evolueert. Er wordt nog een stuk gezocht naar efficiëntie.

Wat vooropstaat is dat we mensen moeten blijven motiveren om die testen waartoe ze eigenlijk verplicht zijn, effectief te laten uitvoeren. Daarvoor is het noodzakelijk dat ze zich gemakkelijk kunnen laten testen en dat een testcentrum goed bereikbaar is. Met de huidige capaciteit, zoals u zegt, is dat wel gegarandeerd. Toch, minister, wordt er eigenlijk gemonitord dat iedereen die een test moet laten doen, die ook doet? De motivatie is toch wel essentieel om het een en ander onder controle te houden. Als veel mensen de test niet meer nodig vinden, of het is te moeilijk, of ze denken 'iedereen is toch gevaccineerd, het kan geen kwaad meer, alles is versoepeld en we hernemen allemaal ons gewone leven.' Dat voel je toch vaak, vind ik, als je buitenkomt. Je hebt soms het idee dat corona er nooit geweest is. Hoe kunnen we mensen blijven motiveren om te voldoen aan de testverplichting? Hoe wordt dat gemonitord?

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben voor een rationeel beleid en tegen overfinanciering. U hebt criteria bepaald, daar zitten een heel duidelijk plan en berekening achter, daar kan ik me wel in vinden.

Mijn vraag gaat opnieuw over de teststrategie. Ik vind het persoonlijk niet nodig om mensen die dubbel gevaccineerd zijn of kinderen onder 12 jaar te testen. Ik denk dat we ons moeten focussen op een aantal hoogrisicocontacten die er zijn, mensen die we eventueel via sms kunnen inlichten dat ze een hoogrisicocontact hebben gehad. De vraag is: zit daar beweging in? De teststrategie wordt uiteindelijk natuurlijk gedefinieerd door de vraag: wanneer en wie testen we? Daarop moeten wij ons dan organiseren in Vlaanderen. De vraag is dus: zit daar beweging aan te komen?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Ik denk dat u dit heel goed weet, minister, ik heb het hier al heel vaak gezegd: vanaf de derde week van september zien we de luchtwegeninfecties en de buikgriepen enorm toenemen. Het is een zeer drukke periode in de huisartsenpraktijken, en ik hoor overal artsen zeggen dat als ze iedereen moeten testen die met een verkoudheid binnenkomt – want dat lijkt ook op corona – ze niet meer aan hun gewone werk toekomen. Daarenboven zijn er ook heel wat mensen die een consultatie uitstellen, gewoon omdat ze bang zijn dat ze opnieuw een test gaan moeten krijgen.

Ik denk dat de teststrategie op dit moment klaar en duidelijk moet zijn. Er moet een alternatief komen. Ik heb gehoord – het is ook in de media gekomen – dat Steven Van Gucht van Sciensano zei dat ze aan een alternatief aan het werken zijn. Mijn vraag is: bent u daarvan op de hoogte?

Een andere zaak is dat de apothekers zich gedurende maanden hebben bijgeschoold. Zij kunnen ook, onder bepaalde omstandigheden, testen afnemen. Ook voor het zetten van vaccins hebben zij een opleiding kunnen volgen. Zou het niet interessant zijn om de rol van de apothekers te versterken, en hen hier nog meer bij te betrekken?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega Saeys, apothekers hebben zich inderdaad bijgeschoold om dat te kunnen doen, en ze doen dat ook. Ik zal mezelf hier als voorbeeld geven. Twee weken geleden hadden wij samen de gelegenheid om de commissie te volgen, te ondergaan. U zult zich misschien herinneren dat ik op het einde van die commissievergadering al wat zieker was dan in het begin ervan. Dat had niets met u te maken, of met de collega's, of met de vraagstelling of de intonatie van de vragen, voor alle duidelijkheid, maar ik voelde wel dat mijn keel het wat liet afweten. Ik heb dan ook onmiddellijk na de vergadering mijn huisarts gecontacteerd. Hij heeft me gevraagd hoeveel symptomen ik had. Ik ben dan naar de apotheker om de hoek gegaan, om een snelle antigeentest te kunnen doen, en die bleek negatief te zijn. Dit maar om te zeggen dat er een aantal circuits zijn die bestaan.

Ik moet misschien toch even zeggen: het virus is niet weg *(Opmerkingen).*

Ja, dan had ik uiteraard een PCR-test laten doen ter validering. En als dat het geval geweest was, dan had u allemaal een telefoontje gehad.

De voorzitter: Ik stel vast dat de vorige voorzitter, na uw verkoudheid van vorige week, is uitgevallen. Ik denk dus dat ik, naast de sneltest die u gedaan hebt, voor jullie de nieuwe test ben. We zullen wel zien wat het volgende week geeft. Dan zit u hier, collega Schryvers.

Minister Wouter Beke: Ik heb hem wel onmiddellijk nadat ik mijn test had gekregen, een berichtje gestuurd met het resultaat van mijn test, voor alle duidelijkheid. Die staat ook op mijn app, zoals dat hoort, dus iedereen kan dat nagaan.

De voorzitter: Doe rustig verder, minister.

Minister Wouter Beke: Ik zou in het algemeen iets willen zeggen: het virus is niet weg. We zien het in de cijfers. Het virus is niet weg, het circuleert. We zien ook weer stijgingen, ook in Vlaanderen, godzijdank niet op dezelfde manier in de ziekenhuizen, op dit ogenblik, en dat is dankzij de vaccinaties.

We hebben anderhalf jaar geleden, toen de pandemie uitbrak, gesproken over drie defensielijnen. De eerste defensielijn bestond uit maatregelen: lockdown, sociale contacten verminderen, en andere. Die hebben we in belangrijke mate terug-geschroefd. Mondmaskers op bussen, en een aantal zaken zoals een Covid Safe Ticket (CST) als je bijvoorbeeld naar een discotheek gaat, dat zijn een aantal maatregelen die nog bestaan. Maar die generieke maatregelen hebben we eigenlijk in belangrijke mate teruggeschroefd. We hebben ook overleg gehad met Domus Medica, en hun standpunt daarover is dat we die eerste maatregelen eigenlijk weer wat moeten versterken, net om de andere maatregelen, rond de teststrategie, te kunnen herschikken. Ik heb veel begrip daarvoor. Ik heb vanmorgen, in de marge van een andere bijeenkomst, Roel Van Giel nog even gezien en gesproken, en we zullen daar in de interministeriële conferentie over spreken. Zoals ik gezegd heb, heb ik eind september gevraagd om over die teststrategie te kunnen spreken. Dat is dus de eerste defensielijn.

De tweede defensielijn is testen en tracen. Dat blijft belangrijk, wat mij betreft. Collega Parys, ik heb uw conceptnota, die hier vorige week besproken is, gelezen. Daar staat ook in dat dit belangrijk blijft naar de volgende periode toe.

Een derde lijn is het vaccineren. Daar hebben we het bij de vorige vraagstellingen al over gehad. Ik denk dat dat de belangrijkste defensielijn is. Het is niet de enige, maar wel de belangrijkste die we, zolang we in die pandemie zitten, naar voren kunnen brengen.

Dat zijn wat mij betreft dus de drie grote defensielijnen. De eerste hebben we teruggeschroefd, de tweede blijft belangrijk, en de derde is de allerbelangrijkste. We zullen daarover op de interministeriële conferenties met de collega's spreken, om te kijken of we die teststrategie kunnen aanpassen, en zo ja, op welke manier. Ik denk dat we toch voor ogen moeten houden dat de viruscirculatie sterk aanwezig is. Jammer genoeg, maar de cijfers zijn wat ze zijn. Het is op zich ook niet zo onlogisch, als je de maatregelen terugschroeft. Je ziet dat het sociale leven meer dan gewoon weer herneemt – ik weet niet hoe lang jullie er vanmorgen over gedaan hebben om naar Brussel te rijden, maar ik behoorlijk lang – en ook het economisch verkeer herneemt volledig. Dat is wel belangrijk. Ik zou de mensen wel willen oproepen om, net omdat het virus niet weg is, als men op een of andere manier als een hoogrisicocontact wordt gecontacteerd, zich dan ook te laten testen. Die defensielijn mogen we niet loslaten. Ik begrijp wel dat er mensen zijn die zeggen: 'Ik ben gevaccineerd, mij kan niets meer gebeuren.' Maar het is niet zo. Als je jonger dan 65 jaar bent, dan zien we dat dit in de ziekenhuizen minder voorkomt, maar het is niet helemaal onmogelijk. Bij mensen ouder dan 65 jaar zien we dat het in de ziekenhuizen wel ook aanwezig is bij gevaccineerden. Vandaar die derde laag van bescherming die we nu aan het geven zijn, om op die manier de extra bescherming te kunnen geven. Maar het blijft voor ieder van ons belangrijk om datgene wat op dit ogenblik staat in de teststrategie, quarantaine-strategie, vaccinatiestrategie – alle strategieën die we op dit ogenblik in de steigers hebben staan en uitgerold hebben – te respecteren. We doen dat niet 'um sonst'. We doen dat met één oogmerk, namelijk om te proberen die pandemie beheers-baar te houden en terug te dringen, en op die manier het sociaal leven zo normaal mogelijk te laten geschieden.

De voorzitter: Mevrouw Schryvers heeft het woord.

Katrien Schryvers (CD&V): Dank u wel, minister. De teststrategie is het voorbije anderhalf jaar natuurlijk al heel vaak aangepast, al meermaals. Dat is ook logisch, denk ik. Het is nodig wegens de noden en de evolutie van de pandemie, en in het begin ook het gebrek aan voldoende testen. Ondertussen zijn er natuurlijk de vaccinaties.

We hoorden ook de oproep van de huisartsen in verband met een aanpassing van die teststrategie, omdat zij inderdaad heel veel gevraagd worden. Ik denk dat het goed is dat men blijvend bekijkt wanneer er aanpassingen nodig zijn, zodat die dan eventueel kunnen worden doorgevoerd.

Maar u hebt natuurlijk ook gelijk, minister. Het virus is natuurlijk niet weg, en daarom blijft voorzichtigheid geboden. Daarom doe ik ook die oproep, en u hebt die oproep daarnet ook helemaal onderschreven: wie getest moet worden, ingepast binnen de teststrategie die op dat moment geldt, moet zich ook werkelijk laten testen. En dat is een beetje de angst en de aanleiding tot deze vraag: dat mensen minder en minder gemotiveerd lijken om dat ook echt te doen. Dat dreigen we dan nadien te bekopen. Het is aan ons om ze allemaal te blijven motiveren.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, het is een goede zaak dat de teststrategie aangepast kan worden. Het is waar dat het virus niet weg is, maar het virus is wel anders. En de context is ook helemaal anders. In Vlaanderen is meer dan 90 procent dubbel gevaccineerd. Dat betekent ook dat als je vandaag ziek wordt, dat voor het overgrote deel van de mensen gaat om een aantal ongemakken. Maar dat gaat niet meer over het feit dat je met een grote kans, een grote waarschijnlijkheid in het ziekenhuis belandt, en eventueel zelfs zou kunnen overlijden. We zien dat ook als we kijken naar wie er vandaag op intensieve zorg ligt. Dan is dat toch wel heel belangrijk om mee te nemen in het aanpassen van die teststrategie.

Ten tweede is het jammer dat de app, de Coronalert-app, vandaag bijna niet meer gebruikt wordt, volgens mij, terwijl die in de nieuwe contactopsporingsstrategie net wel eens zijn nut zou kunnen bewijzen. Nu alle maatregelen zijn gelost en we waarschijnlijk een groot aantal mensen hebben die wel de infectie zullen oplopen maar niet heel erg ziek zullen zijn, zouden we die op die manier heel kostenefficiënt kunnen alerteren. Minister, u mag niet meer antwoorden, maar de vraag is om eens na te denken over hoe we die Coronalert-app toch nog zo efficiënt en effectief mogelijk inzetten.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over psychische zorg voor ouderen
– 210 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): De afgelopen jaren is het besef sterk gegroeid dat we zullen moeten komen tot een heel integrale benadering van de zorg, waarbij we echt vertrekken van de zorgvraag van de persoon die voor ons staat, en we echt heel concreet moeten kijken naar diens individuele zorg- en ondersteuningsvraag. We spreken hier vaak over de nood aan ontkokering en een meer geïntegreerde zorg. Dat is natuurlijk van toepassing op alle leeftijdsgroepen, maar vandaag wil ik het specifiek hebben over de doelgroep ouderen. Wanneer mensen ouder worden, komen ook de typische geriatrische gezondheidsproblemen naar voren, eigen aan de leeftijd. Daarnaast kunnen oudere mensen ook andere problematieken met zich meedragen, zoals handicap, verslaving, depressie enzovoort.

De Vlaamse Ouderenraad kaartte in dat kader een lacune aan in de psychiatrische hulpverlening voor ouderen. In het reguliere of gewone psychiatrische zorgaanbod is niet altijd de geriatrische hulpverlening gegarandeerd, waardoor ouderen met fysieke problemen daar moeilijk terechtkunnen. In de residentiële ouderenzorg, waar we wel heel goed kunnen inspelen op die fysieke zorgnoden, ontbreekt dan weer vaker de expertise op het vlak van psychiatrische hulpverlening.

De Ouderenraad verwees naar twee good practices op dit vlak. Enerzijds was dat woonzorgcentrum Roosendaelveld, waar ouderen met een psychiatrische problematiek sinds begin dit jaar in een aparte afdeling verblijven, waar ze de nodige zorgen krijgen. Ze worden er niet zomaar langer samen geplaatst met bewoners met dementie. En anderzijds was er het Algemeen Ziekenhuis Delta. Daar werd een aparte geriatrische afdeling opgericht specifiek voor ouderen met psychische aandoeningen.

Minister, ik heb in deze commissie eerder al een aantal keer de problematiek of de vraag voorgelegd dat heel wat mensen op leeftijd – mensen die thuis wonen maar ook mensen die residentieel opgevangen worden – kampen met verslaving. Dat gaat dan vaak over medicatie of alcohol. Alcohol zien we heel vaak in het thuismilieu, en medicatie gaat dan vaak over psychofarmaca in de woonzorgcentra.

Het is ons Vlaams expertisecentrum voor Alcohol en andere Drugs (VAD) dat aangegeven heeft dat ongeveer acht op de tien bewoners van woonzorgcentra langdurig psychofarmaca gebruiken, acht op de tien. Een andere studie van de Christelijke Mutualiteit stelde enkele jaren geleden vast dat het psychofarmacagebruik in woonzorgcentra inderdaad heel erg hoog ligt. Er zijn de laatste jaren ook echt inspanningen geleverd om bewuster om te gaan met het gebruik van psychofarmaca, en we zetten ook steeds meer in op het mentaal welzijn, ook bij

de doelgroep ouderen. In dat kader vind ik de uitbreiding van de terugbetaling van de psychologische hulp naar de doelgroep ouderen sinds vorig jaar een belangrijke stap naar gelijkwaardige psychologische hulpverlening. U herinnert zich misschien dat die terugbetaling oorspronkelijk enkel voorzien was voor mensen tussen de 18 en de 65.

Toch blijft de toegang tot gepaste hulp voor ouderen met een psychische problematiek een ware uitdaging. Daarover had ik u graag een aantal vragen gesteld.

Tijdens de coronacrisis ontvingen de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's) extra middelen om hun diensten en expertise via mobiele teams psychologische hulp aan te bieden aan het personeel in de woonzorgcentra. Nu is het mij niet helemaal duidelijk of er destijds ook de mogelijkheid was om die hulpverlening ook te voorzien voor de bewoners. Of ziet u daar eventuele mogelijkheden naar de toekomst toe?

Ouderen die thuis wonen, zien vaak verschillende hulpverleners over de vloer komen. We kennen de tendens vandaag de dag dat steeds meer mensen kiezen voor een vrij intense thuiszorg, thuisverpleging. Er komen verschillende mensen over de vloer. Denk aan oppas, thuisverpleging, noem maar op. De vraag is in welke mate die mensen alert zijn en opgeleid zijn om bepaalde tekenen van psychische problematieken te detecteren. En hoe verwijzen zij door? Het zijn die mensen die dagdagelijks bij de ouderen over de vloer komen die veel horen en zien. Beschikken zij over de capaciteiten en de mogelijkheden om daarin ook gericht door te verwijzen?

Hoe kijkt u naar de piste om binnen woonzorgcentra in te zetten op aparte afdelingen, specifiek voor ouderen met een psychiatrische zorgnood?

Hebt u een zicht op de nood aan residentiële psychiatrische zorg voor deze doelgroep?

Minister, aan welke andere pistes denkt u om het zorgaanbod voor ouderen met een psychische aandoening te verbeteren?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Het project mobiele support dat door de CGG's werd uitgevoerd, was exclusief gericht op het personeel in de residentiële zorg- en welzijnsvoorzieningen. Dit project was een van de acties binnen het actieplan 'Zorgen voor morgen', waarmee we als Vlaamse Regering mee de psychosociale gevolgen van de coronacrisis in de eerste fase hebben willen opvangen.

Daarnaast wil ik u graag ook onder de aandacht brengen dat er ook voor de doelgroep ouderen zowel binnen het actieplan 'Zorgen voor morgen' als daarbuiten een aantal initiatieven bestaan. Ik geef u een aantal voorbeelden. Ten eerste is er een luisterend oor voor bewoners van voorzieningen. Bewoners in residentiële voorzieningen kunnen in bepaalde omstandigheden meer nood hebben aan een luisterend oor. Ze kunnen daarvoor niet altijd terecht bij hun familie, vrienden en begeleiders. Soms kan het hen helpen om met iemand van een externe dienst te praten, die hun een luisterend oor biedt. Dit externe aanbod wordt mooi weergegeven in een beknopte en overzichtelijke flyer die voorzieningen kunnen gebruiken en verspreiden in hun eigen communicatiekanalen. Zo wordt het aanbod van Tele-Onthaal, het centrum algemeen welzijnswerk (CAW) en de ziekenhuizen in bereik gebracht.

Een tweede voorbeeld is het versterken van het aanbod psychosociale bijstand op de eerste lijn. Naar aanleiding van de COVID-19-pandemie kende de Vlaamse Regering op 17 juli vorig jaar anderhalf miljoen euro extra toe aan de CAW's voor

de versterking van hun aanbod aan psychosociale bijstand op de eerste lijn, en dit voor de periode 1 juli 2020 tot en met 31 december 2020. Vanaf 1 januari werden deze middelen regulier toegekend. Met de versterking van dit aanbod willen we inspelen op de noden en signalen die naar boven komen in het kader van psychosociale ondersteuning tijdens en na coronatijden. Iedereen, dus ook ouderen, kunnen namelijk gratis bij een CAW terecht met vragen en problemen rond welzijn.

Ten derde zijn er de eerstelijnspsychologen. Sinds maart 2019 zijn er in Vlaanderen zes pilootprojecten rond de eerstelijnspsychologische functie voor ouderen, aangezien het aanbod voor ouderen op dat moment nog onbestaande was. Deze projecten werden toegekend aan zes eerstelijnszones. Intussen heeft collega Vandenbroucke beslist om de terugbetaling van psychologische zorg open te stellen voor alle leeftijden en hiervoor ook een hoger budget te voorzien. Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) heeft daartoe in de zomer een nieuwe conventietekst goedgekeurd en de voorbereiding van de implementatie daarvan is volop aan de gang.

De verschillende thuiszorgactoren zoals de huisarts, de thuisverpleging en de diensten voor gezinszorg hebben vaak een holistisch beeld van de persoon met een zorgnood.

Door hun polyvalente brede inzet en soms langdurige aanwezigheid in het natuurlijke thuismilieu van de cliënt maken deze thuiszorgactoren mee de realisatie van laagdrempelige zorg- en ondersteuning waar. Ze hebben een overzicht over de achtergrond en de omgeving van de thuiswonende oudere. Ze hebben regelmatig contact met de oudere en kunnen tijdens hun zorgtaken tijd maken voor een gesprek. Dit vormt een belangrijke hefboom om snel noden te detecteren en gericht te kunnen doorverwijzen waar nodig. Hiertoe wordt er ook ingezet op de vorming en opleiding van de verschillende thuiszorgactoren.

De RIZIV-conventie rond de terugbetaling van psychologische zorg heeft een geïntegreerd zorgmodel voor ogen. Als dat in de praktijk goed werkt, zullen laagdrempelige diensten of aanspreekpunten zoals de huisarts of thuiszorgdiensten ook vlot kunnen doorverwijzen naar een psycholoog voor hulp bij lichte of matige psychische problemen.

De CGG's ten slotte nemen naast hun specifieke zorgaanbod voor ouderen soms ook een ondersteunende rol op en zetten in op de versterking van de eerstelijnszorg met een aanbod specifiek gericht naar bijvoorbeeld woonzorgcentra.

Ik kom tot uw derde vraag. Bij de bewoners van een woonzorgcentrum kan een diversiteit van somatische, cognitieve en andere psychische kenmerken worden vastgesteld, wat een gezamenlijke en multi- dan wel interdisciplinaire aanpak vereist.

In artikel 62, § 4, van een besluit van 29 juni 2019 en artikel 431 van het besluit van de Vlaamse Regering over de Vlaamse sociale bescherming (VSB) van 30 november 2020 wordt binnen de erkenningsvoorwaarden voor de rvt-erkenning (rust- en verzorgingstehuis) gesteld dat onder andere een licentiaat of master in de psychologie aangesteld moet worden binnen het contingent van 0,10 voltijdsequivalent revalidatiepersoneel per dertig bewoners. Bij deze erkenningsvoorwaarde is het de bedoeling om de psychologische ondersteuning aan alle bewoners te formaliseren.

Voor de personen met een sterkere psychische kwetsbaarheid bestaat er inderdaad een reëel risico dat zowel de fysieke als de sociale en organisatorische omgeving van het woonzorgcentrum het functioneren negatief beïnvloedt. Over het algemeen zijn deze bewoners meer gebaat bij een benadering die gericht is op het bevorderen van de eigenwaarde, controle en veiligheid in een omgeving waarin

rollen en verantwoordelijkheden voorspelbaar zijn. Daarom biedt de organisatie van een aparte gerontopsychiatrische afdeling binnen bepaalde woonzorgcentra met gekwalificeerde medewerkers vanuit de geestelijke gezondheidszorg een meerwaarde binnen het zorglandschap. Er zijn reeds woonzorgcentra die dergelijke specifieke zorg aanbieden aan bewoners met een psychische kwetsbaarheid, onder andere de woonzorgcentra die zich in de buurt van de grote psychiatrische ziekenhuizen bevinden zoals het woonzorgcentrum Zuiderlicht in Gent.

Wat uw vierde vraag betreft: hier heb ik geen zicht op.

Ik kom tot uw vijfde vraag. De interministeriële conferentie (IMC) heeft in 2018 beslist om samen te werken aan een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor ouderen. Hiertoe is een technische werkgroep ouderen opgericht. Deze werkgroep kan voorstellen doen aan de interkabinettenwerkgroep (IKW) geestelijke gezondheidszorg omtrent de invulling van het geestelijke gezondheidsbeleid voor ouderen. Momenteel zijn er nog verschillende subwerkgroepen actief en zijn er nog geen concrete voorstellen gedaan richting IKW.

Zoals u zelf hebt aangegeven, is er vanuit de federale overheid een stap gezet om de terugbetaling van de psychologische zorg uit te breiden naar de doelgroep ouderen. Ook de nieuwe conventie eerstelijnspsychologische zorg is er voor alle leeftijdsgroepen, inclusief ouderen. Ik ben ervan overtuigd dat er in de verdere invulling van de conventie in de verschillende regio's extra aandacht zal zijn voor de doelgroep ouderen en dat hierin de opgedane ervaring vanuit de Vlaamse pilootprojecten een meerwaarde kan zijn.

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord, waarin ik een overzicht heb gekregen van aan de ene kant de specifieke maatregelen, gericht op de doelgroep ouderen in zijn algemeenheid, maar ook op de mensen die al een psychiatrische problematiek hebben. Ik begrijp ook dat er inderdaad, door die eerstelijnspsychologische functie en de verschillende thuiszorgactoren, mogelijkheden zijn om snel hulp te vragen of in te roepen bij lichte of matige klachten of problemen die men vaststelt.

Ook de CGG's zijn inderdaad beschikbaar. Het blijft een uitdaging om zoveel mogelijk mensen – hulpverleners, maar ook gewoon bewoners of oudere mensen thuis – daarvan op de hoogte te brengen.

Minister, u geeft duidelijk aan dat aparte afdelingen een meerwaarde kunnen zijn en dat zij reeds bestaan, vaak in de buurt van een groot psychiatrisch ziekenhuis. De vraag die ik stel, gaat heel breed: van de mensen die nog thuis wonen tot de zeer complexe situaties die we tegenkomen in de residentiële ouderenzorg. Maar ik denk ook dat, wanneer we kijken naar het begin van het spectrum, het hele verhaal, het hele project, het hele concept van de zorgzame buurten ... U hebt de CGG's genoemd, u hebt ook de CAW's genoemd, u hebt de huisarts genoemd en u hebt gesproken over de verschillende thuiszorgactoren. Ik deel uw mening dat die inderdaad vaak en veel aanwezig zijn, dat die veel overzicht en veel inzicht hebben. Ik denk dus ook dat zij misschien wel een belangrijke partner kunnen zijn om binnen die zorgzame buurten dit thema sterk naar voren te brengen.

Ik dank u voor het overzicht en zal samen met u mee zoeken hoe we ervoor kunnen zorgen dat het brede zorgaanbod zoveel als mogelijk bekend is bij doorverwijzers, bij hulpverleners, bij mantelzorgers, bij patiënten en bij familie.

Voorzitter, ik heb geen bijkomende vragen.

De voorzitter: Mevrouw De Martelaer heeft het woord.

Ann De Martelaer (Groen): Voorzitter, minister, in deze vraagstelling en in het antwoord is het aspect van de medicatie niet aan bod gekomen. Ik wil daar toch wel de link met de psychische problemen leggen. Ik denk dat we in de commissie al eens hebben gesproken over het proefproject in het woonzorgcentrum De Vijvers in Ledeberg. Daar beslisten ze om de slaappillen en de antidepressiva van de mensen zoveel mogelijk te weren, met spectaculaire resultaten. Waar er oorspronkelijk zo'n 60 procent van de bewoners die middelen, antidepressiva en slaapmiddelen, namen, zagen ze dat dat na drie jaar slechts 30 procent was. Dat is dus een halvering.

Wanneer ze een woonzorgcentrum binnenkomen, nemen vele bewoners vaak al een uitgebreide medicatiecocktail. Vele mensen ontwikkelen een depressie of slaapproblemen als ze het thuis niet meer redden. Het woonzorgcentrum De Vijvers bekeek samen met de huisarts bij elke bewoner de mogelijkheid tot afbouw. Dat liep, zeker voor de slaapmedicatie. Het terugdringen van de antipsychotica bleek moeilijker. De medicatie werd ingeruild voor sessies bij de psycholoog en activiteiten op maat, zoals zwempartijtjes of een museumbezoek. Hierdoor zijn de bewoners veel actiever. En sommige mensen die in een rolstoel zaten, bleken zonder slaapmedicatie plots wel te kunnen stappen. Een dame die de hele dag sliep, wandelde plots rond, fier met rollator. Sommige bewoners konden zich minder goed aanpassen. En als de negatieve effecten te groot waren, werd de medicatie weer opgebouwd.

Minister, in hoeverre worden directies van woonzorgcentra gestimuleerd en begeleid in het uitwerken van een plan om slaapmiddelen en antidepressiva zoveel mogelijk te weren? Want dat is volgens mij toch ook een element dat moet worden gekoppeld aan de psychische zorg van ouderen.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Dit is interessante materie. Minister, ik ben er, samen met de collega's, van overtuigd dat daar inderdaad extra aandacht voor nodig is. Maar het is natuurlijk niet omdat je oud bent, dat je in een homogene groep terechtkomt wanneer het gaat over geestelijke gezondheidsproblemen. Het is niet de leeftijd die vaak het bepalend criterium is. Het kán de leeftijd zijn, maar dat is niet altijd het geval. En dat bleek trouwens ook uit de studie van het kenniscentrum van 2018.

Ik wil mij graag aansluiten bij wat collega De Martelaer zei. Ik vind het heel belangrijk, minister, dat we een zicht zouden krijgen op hoeveel ouderen effectief antidepressiva krijgen toegediend. Maar daarbij stel ik mij de vraag: hoeveel koppelen daar therapie aan? Want het allerbelangrijkste, zo hebben we altijd gezien in allerlei soorten studies, is dat antidepressiva zonder een of andere vorm van bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie die daaraan wordt gekoppeld, eigenlijk geen langetermijneffect hebben en niet duurzaam zijn. Het zou dus interessant zijn om te cijfers te kennen.

Minister, ik neem aan dat u die cijfers nu niet hebt. Maar de vraag is: zijn ze eigenlijk beschikbaar en kunnen we dat te weten komen? Want medicatie geven zonder daaraan therapie te koppelen, is in feite onzinnig, en daar zouden we toch een vuist tegen moeten maken.

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega's, ik heb er al naar verwezen in de vraag over antibioticagebruik. Het Vlaams Instituut Gezond Leven doet procesbegeleiding aan instellingen, voorzieningen, woonzorgcentra, rond deze thema's en problematieken. Dat is belangrijk om uit te maken wie wel en wie niet wordt begeleid, en ook op welke manier. Daar ben ik het mee eens.

De bewoners en de huisarts, de CRA-arts, maken uit wat de policy is ter zake. We hebben de rol van de CRA-arts structureel versterkt in woonzorgcentra om toe te laten dat er een policy rond gevoerd kan worden. In het verleden was die veel minder gefinancierd. We hebben die met corona veel sterker gefinancierd. De bedoeling is om dat te blijven doen om het beleid in een voorziening te kunnen organiseren en voeren. Hij kan daarbij rekenen op de steun van het Vlaams Instituut Gezond Leven om aan traject- en procesbegeleiding te doen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de vertrouwenscentra kindermishandeling
– 224 (2021-2022)

VRAAG OM UITLEG van Freya Van den Bossche aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de te late doorverwijzing naar justitie door vertrouwenscentra
– 270 (2021-2022)

VRAAG OM UITLEG van Freya Saeys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de kritiek van jeugdpsychiaters en justitie op de vertrouwenscentra
– 293 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, justitie en de jeugdpsychiatrie klaagden op 9 oktober in Het Nieuwsblad over het gebrek aan daadkracht bij de vertrouwens-centra kindermishandeling (VK's). Hierdoor zou misbruik binnen het gezin langer aanslepen. Jeugdadvocaten, magistraten en hulpverleners verwijten de VK's dat zij zeer lang blijven zoeken naar een vrijwillige oplossing en dat daardoor onveilige situaties langer blijven duren.

In de geciteerde casussen in het artikel uit Het Nieuwsblad werd onder meer aangeklaagd dat er lang wordt toegewerkt naar herstel met de ouders en dat, wanneer er sprake is van meerdere kinderen in een gezin enkel het kind dat aan de alarmbel trekt, uit de verontrustende situatie wordt gehaald, zonder hetzelfde te doen voor de andere kinderen.

Uit het jaarverslag Integrale Jeugdhulp bleek dat de VK's op vier jaar tijd 40 procent meer begeleidingen uitvoeren. Van de opgestarte MaNo-procedures (maatschappelijke noodzaak) wordt de meerderheid ofwel via casemanagement opgevolgd of doorverwezen naar het parket.

Blijven de VK's volgens u te veel en te lang uitgaan van een hereniging en herstel met de ouders? Is dat ook uw visie?

Bent u het eens of oneens met de andere punten van kritiek op de aanpak van de VK's? Welke elementen hebt u om uw oordeel te onderbouwen?

Klopt het dat er niet standaard wordt gekeken naar de situatie van alle kinderen in een gezin wanneer een kind uit huis wordt geplaatst?

Op welke manier zult u de kritiek voorleggen op het expertiseplatform en verwacht u conclusies?

Ik wil er nog een suggestie aan toevoegen, namelijk om iemand aan te stellen die contact kan nemen met de mensen die een getuigenis hebben afgelegd in Het Nieuwsblad. Die persoon zou heel onafhankelijk naar hun verhaal kunnen luisteren en op een anonieme manier terugkoppelen naar dat expertiseplatform. Die mensen getuigen niet voor niets. Dat zou een constructieve suggestie kunnen zijn om te leren luisteren en kijken wat daar aan de hand is en op een positieve manier terug te koppelen naar de VK's.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (Vooruit): Voorzitter, minister, ik heb een gelijkaardige vraag. In elke provincie is er één vertrouwenscentrum, met telkens een dubbele opdracht: enerzijds hulpverlening bieden, anderzijds doorverwijzen naar justitie wanneer dat nodig blijkt. We zijn ervan overtuigd dat de mensen die in het vertrouwenscentrum werken, altijd het beste voorhebben met de gezinnen die bij hen terecht komen. Zij worden geconfronteerd met ernstige verontrustende situaties, rekenen op de vrijwillige medewerking van de ouders en proberen zo weinig mogelijk schade toe te brengen aan het gezin bij hun interventies. Vanuit justitie maar ook vanuit de Vlaamse Vereniging Kinder- en Jeugdpsychiatrie komt de kritiek dat men te lang blijft zitten in die vrijwillige hulp. Die is niet altijd doeltreffend. De doorverwijzing naar justitie laat vaak lang op zich wachten, waardoor kinderen langer dan nodig in een gevaarlijke situatie blijven zitten.

Ik wil er zeker aan toevoegen dat die afweging altijd moeilijk is. Men loopt het risico te snel door te verwijzen terwijl men met minder ingrijpende vormen van hulp de situatie zou kunnen rechttrekken zonder de band tussen de betrokkenen te bemoeilijken, en dat is belangrijk. Maar anderzijds is te laat doorverwijzen vaak bijzonder problematisch: de kinderen lopen dan werkelijk gevaar, soms groot gevaar. Hulpverleners blijven twijfelen, er is wat handelingsverlegenheid; ze weten soms niet hoe en wanneer ze correct kunnen doorverwijzen.

Door vele gesprekken met hulpverleners, maar ook op basis van de bespreking van het evaluatierapport van het decreet Integrale Jeugdhulp vorig jaar, weten we dat ook externe factoren een rol spelen bij de doorverwijzing, zoals de workload en het tekort aan aantal vrije plaatsen in voorzieningen. Redelijk wat hulpverleners weten, als zij een melding doen, dat er geen gevolg aan kan worden gegeven omdat het kind niet in veiligheid kan worden gebracht. Ondertussen is de samenwerkingsrelatie met de ouders bemoeilijkt door de melding, waardoor het kind in de meest gevaarlijke situatie belandt. Ik vrees dat dat naast de handelingsverlegenheid nog de meest gegronde reden is voor die twijfel en voor het laattijdig melden.

Minister, deelt u de mening van de stemmen in justitie en de kinder- en jeugdpsychiatrie dat de vertrouwenscentra vaak te lang wachten met het doorverwijzen van casussen?

Gaat u het gesprek aan met de vertrouwenscentra, justitie en de kinder- en jeugdpsychiatrie zodat deze problematiek aangepakt kan worden?

Kunt u zorgen voor handvatten, al dan niet in het decreet, opdat jeugdhulpverleners duidelijker kunnen inschatten wanneer de vrijwillige hulpverleningsfase kan of moet worden verlaten en de gerechtelijke fase het best wordt aangevat

Welke extra flankerende maatregelen zult u treffen om dit aan te pakken? Heel concreet denk ik aan het volgende. Hoe kunt u garanderen dat kinderen waarvan wordt gemeld dat zij in grote onveiligheid verkeren, uit de onveilige situatie worden gehaald na een melding, zodat de hulpverlener het kind niet in de meest gevaarlijke situatie brengt, namelijk wel een melding maar geen gevolg, geen veiligheid?

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): De collega's hebben het al gezegd: zowel justitie als jeugdpsychiaters hebben kritiek op de vertrouwenscentra kindermishandeling, waar kinderen en jongeren met een melding van kindermishandeling terechtkunnen. Zij klagen over een gebrek aan daadkracht bij de centra, waardoor misbruik binnen het gezin onnodig lang zou aanslepen.

De vrijwilligheid op basis waarvan vertrouwenscentra kindermishandeling in eerste instantie werken, zou te lang duren, waardoor sommige onveilige situaties voor kinderen te lang blijven bestaan. In de jeugdhulp horen we wel vaker dat de hulpverlening te lang blijft werken in het kader van vrijwilligheid, maar dat ondertussen kinderen te lang worden blootgesteld aan misbruik.

Elke situatie is anders en de opdracht van de vertrouwenscentra kindermishandeling is ook bijzonder moeilijk. We mogen dat niet onderschatten. De afweging maken is niet evident. Die mensen doen absoluut hun best, willen voor de kinderen absoluut het beste. Ze proberen dat te kaderen binnen een volledige gezinssituatie. Blijkbaar is er toch kritiek.

Hoe evalueert u als bevoegd minister die kritiek?

Is er een intenser overleg nodig tussen justitie, kinderpsychiatrie en vertrouwenscentra kindermishandeling om te komen tot een evenwichtiger kader om de belangen van de ouders en het belang van het kind beter te kunnen afwegen tegenover elkaar?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: De vertrouwenscentra kindermishandeling hebben de decretale opdracht om binnen het kader van de vrijwillige hulpverlening aan de slag te gaan met vermoedens van kindermishandeling of kinderverwaarlozing. Daarbij wordt ingezet op verschillende doelen: melding of vermoeden onderzoeken, risico inschatten, mishandeling stoppen, herstel op gang brengen.

Daarmee bevinden de vertrouwenscentra kindermishandeling zich in een delicate positie, niet alleen omdat zij aan de slag gaan in een situatie waar er mogelijk sprake is van strafbare feiten. Eigen aan de problematiek is dat de beveiliging of minstens de kansrijke ontwikkeling van de minderjarige in het gedrang is. De vraag of de veiligheid, integriteit, ontwikkelingskans van kinderen voldoende gewaarborgd kan worden binnen een hulpverlenende aanpak is dan ook een belangrijk richtsnoer voor het handelen van de vertrouwenscentra. Daartoe behoort ook de beslissing om een bepaalde situatie al dan niet door te verwijzen naar justitie.

Het is een fundamentele beleidskeuze om eerst in te zetten op hulpverlening, teneinde zo maximaal mogelijk in te kunnen zetten op hulp en ondersteuning die het mogelijk maken dat kinderen bij hun eigen ouders kunnen opgroeien. Daarmee sluiten wij ons graag aan bij het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind. Dat betekent een voortdurend in balans brengen van enerzijds het belang van kind – veiligheid, integriteit en ontwikkelingskansen van het kind – en anderzijds kinderen en gezinnen zo lang mogelijk samenhouden. Dit vraagt altijd een case-by-casebenadering, op basis van de informatie die men in beeld krijgt. Elke situatie is anders, een 'one size fits all'-oplossing bestaat hier niet.

De vertrouwenscentra zelf zijn zich goed van bewust van hun positie en gebruiken daarom ook wetenschappelijk onderbouwde inzichten en risico-inschattingen.

Een melding gebeurt altijd op kindniveau, maar in elke casus worden ook de andere kinderen in het gezin mee in beeld gebracht. Bij de risicotaxatie bijvoorbeeld wordt

gekeken naar de gehele gezinssituatie. Het klopt dus niet dat er niet gekeken wordt naar de situatie van alle kinderen in een gezin.

Voor ons staat het belang van het kind altijd voorop. Spreken over het belang van het kind en dat recht tegenover het belang van de ouders plaatsen, is een valse tegenstelling. De twee zijn, hoe gezond of ongezond de relatie ook is, op een complexe manier met elkaar verbonden.

Zonder op de inhoud van de casus in te gaan, en zonder te veralgemenen, toont de berichtgeving die aan de basis ligt van de vragen die hier gesteld worden ook aan dat er nood is aan een jeugdhulp waarin alle actoren veel meer vertrekken vanuit hun gedeelde verantwoordelijkheid. We mogen als samenleving toch in de eerste plaats verwachten dat justitiële actoren, kinder- en jeugdpsychiatrie en actoren in de Vlaamse jeugdhulp samen verantwoordelijkheid delen en oplossingen zoeken voor deze complexe gezinssituaties in het belang van de kinderen.

Ten behoeve van de betere afstemming tussen justitie, politie en Welzijn op het vlak van kindermishandeling werd het Platform Kindermishandeling opgestart op 4 juni 2021. Samen met de Vlaamse minister van Justitie en Handhaving heb ik dit platform in mei voorgedragen op de Vlaamse Regering.

Met verschillende partners uit de brede leefomgeving van kinderen, jongeren en gezinnen, hulpverlening, politie en justitie, streven we met het Platform Kindermishandeling een aantal doelstellingen na, waaronder komen tot een afgestemd beleid, aanpak en samenwerking rond kindermishandeling tussen verschillende actoren over de verschillende domeinen heen. Het is dan ook een evidentie dat binnen de schoot van dit platform deze dialoog tussen de verschillende betrokkenen aangegaan zal worden. Ik heb dan ook gevraagd dat het Platform Kindermishandeling zich hierover zou buigen. Daarbij is het belangrijk dat de bespreking van deze problematiek de individuele casuïstiek overstijgt en dat men nagaat of er bij partners binnen justitie al dan niet voldoende gedragenheid is voor de huidige aanpak en beleidskeuze, meer bepaald dat bij intrafamiliaal geweld en kindermishandeling de vrijwillige aanpak de eerste keuze is.

In het Platform Kindermishandeling wordt dit jaar rond twee onderwerpen gewerkt, met name het onderzoeken van een mogelijke implementatie van een meldcode kindermishandeling, met de bedoeling jeugdhulpverleners maar ook andere actoren een ondersteuningskader te geven. De overstap van vrijwillige hulpverlening naar justitiële aanpak zal daarbij ook aan bod komen. Voor de volledigheid geef ik nog mee dat het platform als tweede thema de conflictueuze scheidingen en contactbreuk met ouders heeft.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, ik vind het belangrijk dat we de suggestie overwegen om een bemiddelaar aan te stellen, iemand die echt eens gaat luisteren naar de mensen die getuigd hebben en naar de VK's.

U zegt: als het gaat over het tweede kind in een gezin waar een kind uit huis wordt geplaatst, wordt er standaard gekeken naar de andere kinderen in een gezin. De getuigenis, die wij allemaal gelezen hebben, vertelt daar iets anders over. Het zou heel interessant zijn, en ook heel helend voor alle partijen, om daarover te kunnen praten en eventueel van elkaar te kunnen leren. Ik herhaal dus mijn suggestie om iemand aan te duiden die daar op een onpartijdige maar open manier naar kan gaan luisteren. Ik ben het met u eens dat we de casuïstiek moeten overstijgen, maar de casuïstiek is vaak wel een aanleiding om iets structureel te bekijken. Hier moeten we er zeker van zijn dat we niets missen.

Minister, dan had ik nog een tweede suggestie. Ik voer al lang een kruistocht tegen dat paradigma dat het thuis altijd beter is. Dat is niet waar, het is niet altijd beter thuis. Ik vind dat we daarmee moeten stoppen, om dat als heilige graal te onderwijzen in alle opleidingen voor jeugdhulpverleners, omdat de mensen anders helemaal in de war zouden geraken. Ja, als het kan, laat kinderen dan alstublieft thuis opgroeien. Dat is in de meeste gevallen de allerbeste oplossing. Maar dat heilige huisje dat kinderen altijd terug naar huis moeten gaan, zorgt ervoor dat in het kleine aantal gevallen waarin dat niet zo is, er handelingsverlegenheid ontstaat en dat de kinderen langer in een situatie blijven zitten die onveilig is. We moeten dus veel duidelijker op dat tweesporenbeleid inzetten: ja, als 'kinderen thuis' kan, maar neen, er zijn ook situaties waarin dat niet de beste oplossing is. Dat moeten we veel meer onder ogen zien.

Minister, op mijn derde punt bent u ingegaan. Ik ben blij dat u de suggestie opneemt om dat effectief in dat Platform Kindermishandeling te bespreken. Maar de vraag is: waarom is dit nog nooit aan bod gekomen in dat platform? Het is net daar dat alle partijen ideeën zouden moeten uitwisselen en kritiek op elkaar zouden moeten kunnen geven. Nu moeten we dat in de krant lezen, maar eigenlijk had dat eerst op dat platform aan bod moeten komen. De vraag is of iedereen dat daar durft en kan zeggen.

Het platform behandelt ook de meldcode kindermishandeling en de mogelijke implementatie daarvan. Dat voorstel hebben wij in dit parlement gedaan. Weet u wat daar de laatste stand van zaken is?

Tot slot wil ik zeggen dat het mandaat voor verontrusting bij de VK's blijft omdat die wendbaar en zeer aanspreekbaar zijn. We moeten het paradigma verduidelijken. Maar, minister, ik ben het niet met u eens dat een gedeelde verantwoordelijkheid in vrijwilligheid tussen de verschillende voorzieningen altijd tot een goede oplossing leidt. Het leidt soms tot onverantwoordelijkheid en tot het feit dat niemand aanspreekbaar is voor de casus van het kind. Daar zou ik toch mee opletten.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (Vooruit): Minister, ik heb ook een aantal antwoorden. Ik denk niet dat veel mensen eraan twijfelen dat het zinvol is om te bekijken of je via vrijwillige hulpverlening een situatie voor het kind thuis kunt verbeteren. Het probleem is evenwel dat u dat naar voren lijkt te schuiven als een soort van heilige graal, wat het niet is. Soms zijn kinderen in gevaar en zijn ouders niet in staat of niet bereid om kinderen veilig te laten opgroeien. Dan moet er iets anders gebeuren. Ik hoor u zeggen dat we naar een manier van werken moeten gaan waarbij justitie, psychiatrie en jeugdhulp samen oplossingen zoeken. Ik ben het met u eens, maar daar is er werkelijk een probleem. Als een kind bijvoorbeeld maandenlang in de kinderpsychiatrie wordt opgenomen, en er zijn elke week gezinsgesprekken, en er blijkt in de thuissituatie helemaal niets te bewegen, en na die tijd, terwijl het kind nog in veiligheid in een opname is, wordt er melding gemaakt bij het VK, dan herbegint het VK alles vanaf nul. Samenwerking vereist ook respect. Als er al een heel traject is gelopen en als hulpverleners met kennis van zaken, niet zomaar en niet onverhoeds, melden dat het kind echt in gevaar is en dat er iets moet gedaan worden, en als men dat dat in vraag stelt en nog eens rustig van bij het begin alles bekijkt, dan is er ook een probleem. Samenwerking vereist respect van alle kanten, ook vanuit de kant van jeugdhulp.

Bovendien lijkt u te denken dat, wanneer – helaas – soms melding moet worden gemaakt van een problematiek, dat een totale contactbreuk zou inluiden tussen ouders en hun kind. Dat is niet zo. Zelfs wanneer een kind elders verblijft, dan nog betekent dat niet dat dat kind geen contact kan hebben met de ouders. Dus het

idee dat het echt alles of niets is – of je laat het kind daar en we zien wel, of het kind wordt weggehaald en het heeft geen ouders meer – klopt niet met de realiteit. Er is van alles dat we kunnen doen om een kind in grotere veiligheid en betere omstandigheden te laten opgroeien zonder die ouders uit het leven van een kind te houden. Want een kind, ook al groeit het in moeilijke omstandigheden op, vraagt daar niet naar en heeft daar ook zelden nood aan.

Op mijn andere opmerking hebt u nog niet geantwoord, denk ik, en dat ging over plaatsgebrek. Het gaat over het feit dat hulpverleners in een vertrouwenscentrum soms geen melding durven te maken aan justitie omdat zij denken dat dat de situatie van het kind zal verslechten, zonder dat er een manier is om het kind in veiligheid te brengen vanwege plaatsgebrek. Hebt u heel concreet ook signalen dat dat aan de gang is? Want u zegt dat we de individuele casuïstiek moeten overstijgen. Maar op zo'n platform – en dat vind ik goed, dat u mensen samenbrengt – is het precies dat leren uit de casuïstiek dat ons zal tonen waar het fout loopt. Het gaat om mensen. U hebt gezegd dat elke casus anders is, dat we case per case moeten bekijken. Ik ben het met u eens. Maar dan moet je ook die casussen durven te bespreken, als een soort van voorbeeld waaruit je iets kunt leren.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): De collega's hebben eigenlijk al heel wat gezegd. Ik denk dat elke situatie gewoon anders is. En het is een zeer complex iets, want een kind groeit op binnen een bepaalde context. En als externe partners moet men inderdaad gaan kijken naar alle aspecten. Maar er zijn inderdaad situaties waarbij het toch overduidelijk is dat een kind echt in gevaar is, en waarbij vrijwilligheid niet meer van toepassing kan zijn. Soms moet men toch een uithuisplaatsing doen van deze kinderen.

U zegt zelf dat we niet kunnen ingaan op een bepaalde casus. Daar ben ik het volmondig met u over eens. Ik vraag mij alleen af of er al een doorlichting is gebeurd bij de vertrouwenscentra over de werking – echt de werking, niet het financiële – en wat daar de hiaten zijn. Wat loopt daar goed of mis?

Dat justitie en jeugdpsychiaters hier commentaar geven op vertrouwenscentra baart mij ook wel een beetje zorgen, omdat het juist zo belangrijk is dat er een goede samenwerking is, en dat alle zaken uitgesproken kunnen worden. Voor alle partijen geldt dat als zij voelen dat er bepaalde dingen stroef lopen, zij dat ook kunnen uitspreken, en dat er ook naar oplossingen gezocht wordt.

Iedereen probeert hetzelfde te verkrijgen: het beste voor het kind, het kind in veiligheid brengen, het kind zo goed mogelijk begeleiden. Dus ik hoop alvast dat de samenwerking tussen de verschillende partijen beter zal verlopen.

De vraag gaat over een mogelijke audit. Is die al gebeurd of zou die mogelijk kunnen gebeuren?

De voorzitter: Mevrouw Groothedde heeft het woord.

Celia Groothedde (Groen): Minister, ik moet toch het punt benadrukken dat collega Van den Bossche daarnet aanhaalde. Wanneer er al zo'n lang traject is gelopen, een intensief traject in de psychiatrie, dan kan het eigenlijk niet zijn – zowel uit respect voor de betrokkene als uit respect voor het vele werk dat verzet is – dat het proces dan wordt herbegonnen. Daar moet een betere samenwerking mogelijk zijn, en daar moet dan ook naar worden gekeken met de betrokken partners.

Ten tweede wil ik toch een vrij essentieel punt benadrukken dat u vast beu gehoord bent, maar dat echt heel belangrijk is. Ik moet daarbij denken aan de documentaire

van Hilde Van Mieghem anderhalf jaar geleden. Wanneer er wordt gekeken naar crisisopvang, moet men wekenlang, soms maandenlang wachten op een plek. En wanneer men kijkt naar een plekje voor een kind of jongere die mishandeld wordt, kan het soms maanden duren.

Minister, hebt u zicht op wat op dit moment de gemiddelde wachttijden zijn voor een crisisplek of een reguliere plek, wanneer een kind mishandeld wordt? Dat is natuurlijk ook wel een factor. Men zal inderdaad moeilijk tot plaatsing overgaan wanneer men weet dat het kind zelfs na de beslissing tot plaatsing nog een hele tijd in het huis moet blijven waar het mishandeld wordt.

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega's, ik heb ten eerste verwezen naar het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind. En dat verdrag stelt dat het uitgangspunt is dat we moeten kijken of kinderen niet in een gezinscontext bij hun ouders kunnen opgroeien. Er zijn uiteraard omstandigheden waarin dat niet kan. En ik vind het een beetje verkeerd om te zeggen dat dat een heilige graal is. Dat is geen heilige graal, dat is een uitgangspunt dat in het internationaal verdrag staat. Maar er zijn uiteraard situaties waarin het niet kan. Dus zeggen dat dit altijd en in alle omstandigheden en onder alle voorwaarden moet gebeuren, dat is niet mijn uitgangspunt. En dat was ook niet mijn antwoord.

Maar laat ons kijken of dat toch niet in een gezin kan gebeuren. Laat ons kijken of we niet in een gezinsondersteunende context kunnen werken in plaats van in een gezinsvervangende context. Dat lijkt mij een gezond uitgangspunt, een goede basishouding te zijn. Maar ik zeg het nog eens: in bepaalde omstandigheden zal dat niet gaan, en dan moet er ook gehandeld worden.

Ten tweede heb ik al gezegd dat ik samen met mijn collega Demir een Platform Kindermishandeling heb opgestart, met verschillende partners, net om dit soort zaken te bespreken. En we hebben ook gevraagd dat het Platform Kindermishandeling zich hierover zal buigen. Dat lijkt mij ook de juiste plaats te zijn om dat te doen. We hebben zelf ook de vertrouwenscentra op het kabinet gevraagd. Ik denk dat er ook al een moment voor afgesproken is, om te kijken hoe we met hen hun toekomstige rol ook willen of zullen en kunnen opnemen.

Collega Van den Bossche, ik ga nog even in op het vrijwillige traject of het gerechtelijk geïndiceerd traject. Dat zegt op zich niets over de kwaliteit van de hulpverlening an sich. Het zegt enkel iets over de weg waarnaartoe.

Collega Saeys, wat u zegt is juist. We hebben ook gewezen op het belang van een goede samenwerking, vandaar ook het platform. Dat biedt kansen om de verschillende invalshoeken ter sprake te brengen, en daar ook in een dialoog mee te kunnen gaan. Ik denk dat het longitudinaal onderzoek in de jeugdhulp ons een zicht kan geven op de trajecten van de jeugdhulp.

Collega Groothedde, de crisisnetwerken werken op dit moment goed. We hebben ze ook versterkt.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Ik was heel blij met de tussenkomst van collega Van den Bossche, die toch ook zei dat we echt af moeten van dat heilig huisje dat het altijd beter is dan thuis. Minister, dat is natuurlijk een belangrijke discussie. U zegt dat het een uitgangspunt is, en daar zijn we het absoluut mee eens. Maar tussen een uitgangspunt en de praktijk op het terrein, waar de meeste jeugdhulpverleners dat als een heilige graal beschouwen, is het misschien toch ook interessant om dat met het veld te bespreken. Want dat is niet altijd in het belang van het kind.

Ten tweede is het belangrijk dat iedereen vertrouwen heeft in die vertrouwenscentra, dus ook de mensen die er terecht moeten voor hulpverlening, maar uiteraard ook de partners. Ik ben dus blij dat dit op het platform zal worden besproken. Ik vind het alleen jammer dat we het eerst in de krant hebben moeten lezen, en dat het niet eerst besproken was op het platform dat daar eigenlijk toe is opgericht.

Minister, ik hoop dat u ons ook op de hoogte zult houden van de resultaten van die bespreking, en de eventuele acties die daaraan gekoppeld zullen worden.

De voorzitter: Mevrouw Van den Bossche heeft het woord.

Freya Van den Bossche (Vooruit): Ik sluit mij aan bij wat collega Parys net heeft gezegd. Uitgangspunt: oké. Maar we moeten wel kijken naar de praktijk: wanneer in die vrijwilligheid de situatie voor een kind niet verbetert, de situatie niet veiliger wordt, wat zorgt daar dan voor? Wat moet er dan wel gebeuren? En wat moet er ook sneller gebeuren?

Ik ben blij dat u daarvoor in dat platform goede gesprekspartners hebt om na te gaan hoe dat dan in de praktijk kan worden gebracht. Ik reken er ook op dat u het signaal ernstig neemt. Los van uw uitgangspunten moet we eens kijken naar de praktijk – wat schort er daar, waarom durft men niet steeds te handelen? – om ook daar een echt antwoord op te kunnen geven.

De voorzitter: Mevrouw Saeys heeft het woord.

Freya Saeys (Open Vld): Het is heel goed dat deze zaken op het platform aan bod zullen komen tussen de verschillende partners. Hopelijk zal er daarmee op het terrein resultaat worden bereikt.

De voorzitter: De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Lorin Parys aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over het overmatig gebruik van antidepressiva
– 240 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): België als land is helaas al een heel ruime tijd Europese koploper in het gebruik van antidepressiva. Dat is in de afgelopen tien jaar met een kwart gestegen. Vooral bij jongeren onder de 20 jaar, minister, stijgt het gebruik, maar voor heel de populatie stijgt ook de dagelijkse dosis antidepressiva die inwoners van ons land nemen.

Antidepressiva zouden enkel mogen worden gebruikt bij matige of ernstige depressieve of dwangmatige stoornissen en in het beste geval slechts voor een heel beperkte tijd. Dit gaat het best ook hand in hand met therapie, zoals ik daarnet al heb gezegd tijdens de vraag over geestelijke gezondheidszorg voor mensen op leeftijd.

80 procent van de antidepressiva wordt in ons land voorgeschreven door huisartsen, al dan niet in afwachting van therapie. Er is ook niet altijd een duidelijk of begeleid plan van afbouw waardoor die antidepressiva veel te lang worden genomen.

Minister, antidepressiva zijn vooral een federale bevoegdheid. Maar klassiek, minister: zult u overleggen met uw federale collega om het gebruik van die

antidepressiva effectief terug te dringen? Ik verwijs ook naar de passage in het Vlaams regeerakkoord waar het engagement is genomen om dit te optimaliseren in de thuis- en ouderenzorg. Welke stappen zet u om ook jongeren hiervan bewust te maken?

Hoe zult u erop toezien dat, als er antidepressiva worden voorgeschreven, de patiënt ook duidelijk wordt opgevolgd en het gebruik van het geneesmiddel op een veilige manier opnieuw wordt afgebouwd?

Mijn laatste vraag gaat over het feit dat vooral min 20-jarigen het gebruik zien toenemen. Zult u dat verder in kaart brengen? Kunt u daar iets aan doen?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega, zoals u zelf hebt aangegeven, zijn antidepressiva enkel zinvol bij matige of ernstige depressieve problemen. Het voorschrijven van geneesmiddelen is een federale bevoegdheid. De federale overheid coördineert onder andere het BelPEP-programma (Belgian Psychotropics Expert Platform).

Wat hierin belangrijk is, is dat er ook sterk wordt ingezet op de geestelijke gezondheidsbevordering en de laagdrempelige hulpverlening.

We blijven dan ook verder inzetten op het bevorderen van de geestelijke gezondheid, zeker naar jongeren toe. Dergelijke algemene gezondheidsbevordering, zoals bijvoorbeeld het aanleren van goede copingvaardigheden, het doorbreken van het stigma op psychische problemen en het toeleiden naar hulp werkt beter dan het geven van specifieke psycho-educatie.

De kern van de geestelijke gezondheidsbevordering ligt in het versterken van de protectieve factoren en het verminderen van risico's in plaats van een focus op ziekte of specifieke problemen. Dit impliceert dat de activiteiten die vertrekken vanuit deze basisvisie er niet op gericht zijn om bepaalde gedragingen te stoppen, maar zich focussen op het bevorderen van gezond gedrag en het uitbouwen van een gezonde levensstijl. Kinderen en jongeren worden op die manier voorbereid om op een gepaste wijze te kunnen omgaan met de verschillende uitdagingen die zij in hun levensloop tegenkomen.

Indien blijkt dat mensen met psychische moeilijkheden hulpverlening nodig hebben, is het belangrijk dat ze laagdrempelig terechtkunnen bij hulpverleners. Ik denk dan bijvoorbeeld aan eerstelijnspsychologen. De nieuwe RIZIV-conventie (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) met betrekking tot de terugbetaling van psychologische hulpverlening in de eerste lijn voorziet een brede uitrol van deze functie in de komende maanden.

Bij ernstige psychische problemen kan men terecht bij bijvoorbeeld de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's). Zoals u weet, heb ik deze legislatuur reeds geïnvesteerd in de uitbreiding van hun capaciteit en zet ik deze inspanningen verder.

Daarnaast is er ook heel wat informatie en onlinebegeleiding beschikbaar via het platform www.depressiehulp.be.

In de woonzorgcentra zetten we al een aantal jaar in op een efficiënt psychofarmacabeleid door het project 'Procesbegeleiding Preventie in Zorg en Welzijn'. Daarbij worden procesbegeleiders ingezet om samen met het woonzorgcentrum een beleid op te stellen rond benzodiazepines, antipsychotica en antidepressiva. Hierbij gaat ook veel aandacht naar alternatieven voor medicatie.

Het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD), de Vlaamse partnerorganisatie voor de thema's alcohol, drugs, gamen, gokken en psychoactieve medicatie binnen het preventieve gezondheidsbeleid, heeft geen recente cijfers die op dit fenomeen inzoomen. In de leerlingenbevraging voor jongeren worden antidepressiva niet afzonderlijk bevraagd. In de studentenbevraging wordt het onderwerp antidepressiva wel meegenomen. De resultaten daarvan zijn in het voorjaar beschikbaar.

Op basis van die cijfers uit de studentenbevraging kan VAD acties uitwerken samen met de partnerorganisaties geestelijke gezondheidsbevordering.

Het onderwerp psychoactieve medicatie is verwerkt in de methodiek 'Als kleine kinderen groot worden', die gericht is op opvoedingsondersteuning voor ouders.

Naar jongeren wordt vanuit de Vlaamse overheid eerder ingezet op niet-farmacologische alternatieven, zoals psychologische ondersteuning en geestelijke gezondheidsbevordering.

Er wordt door VAD niet rechtstreeks geïnformeerd en gesensibiliseerd over antidepressiva naar jongeren, om geen interesse te wekken voor een product dat niet tot de leefwereld behoort van de meeste jongeren.

Jongeren zijn zeker een belangrijke doelgroep waarop onze partnerorganisatie rond geestelijke gezondheidsbevordering inzet. Zo is er de werking naar de scholen toe waarover ik twee weken geleden een volledige uiteenzetting heb gegeven. Denk maar aan het aanbod ter bevordering van het mentaal welbevinden dat het Vlaams Instituut Gezond Leven dit najaar zal lanceren naar scholen. Er zijn ook andere initiatieven, zoals het onlineplatform www.geluksdriehoek.be waarmee we de zelfzorg rond mentale gezondheid willen ondersteunen.

De partnerorganisatie rond geestelijke gezondheidsbevordering is momenteel ook een blended coachingaanbod aan het uitwerken voor intermediaire organisaties gebaseerd op het model van de geluksdriehoek. Eerstelijnsdiensten en welzijnsorganisaties die weinig psychologische achtergrondkennis hebben, maar wel vaak in contact komen met mensen die zich niet goed voelen in hun vel, gaan we ondersteunen zodat ze actief kunnen verwijzen naar de inhouden en de tools van de geluksdriehoek. Daarnaast is er voor jongeren nog het platform NokNok en de serious game Silver. NokNok is een onlineplatform waarmee jongeren hun veerkracht kunnen versterken. Silver, ontworpen door de partnerorganisatie voor suïcidepreventie, het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), is een serious game waarin op een speelse manier gewerkt wordt op twee belangrijke vaardigheden: cognitieve coping en emotieregulatie.

Daarnaast herhaal ik nog eens het belang van de bespreekbaarheid van psychische moeilijkheden en een laagdrempelige hulpverlening. Op dat vlak worden allerlei initiatieven genomen en wordt de hulpverlening versterkt in haar capaciteit. Daar ga ik nu niet in detail op ingaan. Dit blijven wel de ankerpunten van ons beleid, zodat we, ook voor de jongeren en jongvolwassenen, de stap zetten naar hulpverlening en die kunnen verkleinen. Als men vlotter de weg naar psychosociale ondersteuning of psychologische hulp vindt, kan dat ook een effect hebben op het gebruik van antidepressiva. Het is in elk geval een noodzakelijkheid, om zo de ontwikkeling naar meer ernstige psychische problemen zoals een klinische depressie te proberen voorkomen en sneller de veerkracht te kunnen herstellen.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Minister, uw microfoon staat nog aan.

De voorzitter: We gaan hier een potje zetten, minister. Daar moet u dan telkens 2 euro in doen. Dat zou nu toch al vlot 26 euro hebben opgeleverd.

Lorin Parys (N-VA): Dan moeten we minder besparen, dat is goed.

Minister, ik dank u voor uw antwoord. Wat ik belangrijk vind, is natuurlijk dat ik daaruit leer dat er al veel gebeurt. Dat is goed. Wat ik vreemd vind, is dat VAD hierover geen acties of werking heeft naar jongeren omdat men hen niet in contact wil brengen met een product dat ze nog onvoldoende kennen. Maar dat spoort toch niet met de cijfers waarover ik u nu een vraag stel, namelijk dat het vooral bij de min 20-jarigen is dat je de grootste stijging ziet van antidepressivagebruikers. Kunt u daarover toch eens samenzitten met VAD om na te gaan of er daar geen koerswijziging nodig is?

Ik ben blij dat u onderschrijft dat het veel minder doeltreffend is om alleen maar antidepressiva te nemen, maar dat het eigenlijk in combinatie moet met op zijn minst psychotherapie, of enkel psychotherapie. Dat bleek trouwens ook uit het rapport van het kenniscentrum nog niet zo heel lang geleden. Maar goed, dan moet die therapie natuurlijk ook voorhanden zijn. En u hebt gezegd dat u extra hebt geïnvesteerd in de CGG's. Dat is goed, dat is een goede zaak. Maar het feit blijft dat er nog altijd een heel lange wachtlijst is en dat het voorschrijven van die antidepressiva het snelle en gemakkelijke middel is dat voorhanden is om zogezegd een oplossing te bieden aan iemand die met depressieve gevoelens kampt.

Minister, zult u blijven inzetten op het vermijden van wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg omdat dit het gebruik van antidepressiva sterk in de hand werkt?

In 2017 werd er een richtlijn opgesteld voor huisartsen rond het voorschrijven van antidepressiva. We zien dat de medicatie in 80 procent van de gevallen net door de huisarts wordt voorgeschreven. Moet die richtlijn niet worden herbekeken? Moet er niet nagedacht worden wie onder welke omstandigheden kan voorschrijven? Wilt u daarin actie ondernemen?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Ik zal het eens bekijken.

De voorzitter: De heer Parys heeft het woord.

Lorin Parys (N-VA): Dan ben ik blij. We zullen het opvolgen, minister.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Johan Danen aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over de ondertekening van het asbestprotocol voor zorgvoorzieningen – 324 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: De heer Danen heeft het woord.

Johan Danen (Groen): Ik ben geen trouwe gast van deze commissie, ik ben blij dat ik hier kan zijn. Het is misschien een atypische vraag voor deze commissie. De meeste vragen gaan over Welzijn in de strikte zin van het woord. Dit gaat meer over infrastructuur, maar het is toch een belangrijk aspect van Welzijn.

Minister, ik heb een vraag voor u over het Asbestafbouwplan in uw sector. De Vlaamse Regering keurde op 20 juli 2018 het actieplan Asbestafbouw goed. Dit

plan moet Vlaanderen uiterlijk tegen 2040 asbestveilig maken en bevat de volgende doelstellingen: alle asbestcementen toepassingen rondom gebouwen verwijderen tegen 2034, alle eenvoudig te bereiken, niet-hechtgebonden asbesttoepassingen verwijderen tegen 2034 en alle andere in slechte staat verwijderen tegen 2040. De doelstellingen liggen dus nogal ver in de tijd. Maar als we vandaag niet beginnen, gaat er weinig bewegen en gaan we de doelstellingen zeker niet halen tegen die data.

Met 'Cluster 1 - Renovatie gebouwenpatrimonium' van het relanceplan Vlaamse Veerkracht zet Vlaanderen in op de energetische renovatie van residentiële en niet-residentiële gebouwen, voorafgegaan door een asbestverwijdering. Een van de twaalf projecten in deze cluster, is de ondertekening en operationalisering van asbestprotocollen voor de sectoren zorgvoorzieningen, scholen, landbouw en sociale huisvesting met daarbinnen circulaire economie en sectorprotocollen. Samen met de ondertekening van deze protocollen wordt er een ondersteuningskader met ontzorging, cofinanciering en subsidiëring aangeboden.

Het sectorprotocol scholen werd al geruime tijd geleden ondertekend en afgelopen zomer werd ook het asbestprotocol voor landbouw ondertekend door de voogdijministers. Ik heb er daarnet minister Demir over ondervraagd. Uit de Voortgangsrapportering september 2021 blijkt dat de asbestprotocollen voor de sectoren zorgvoorzieningen en sociale huisvesting nog niet werden ondertekend en dat ze de status 'vertraging' hebben gekregen. In de eerste rapportering over de voortgang van de relanceprojecten kreeg de ondertekening van deze protocollen nog de status 'op schema'. Tussen april en september is de status aangepast.

Een sectorprotocol wordt ondertekend door de Openbare Vlaamse Afvalstoffenmaatschappij (OVAM), de voogdijminister en de sectorvertegenwoordiging. Uit de voortgangsrapportering blijkt dat de ondertekening van het protocol voor de sector zorgvoorzieningen vertraging heeft opgelopen.

Ik had daarom volgende vragen voor u; minister.

Wat is de oorzaak van deze vertraging met betrekking tot de ondertekening van het sectorprotocol zorgvoorzieningen?

Is er al een ontwerp van sectorprotocol?

Gaat de OVAM akkoord met het ontwerp van dit protocol

Gaat de sectorvertegenwoordiging akkoord met het ontwerp van dit protocol? Zo neen, wat zijn de hete hangijzers?

Werden de nodige inspanningen gedaan om het ondersteuningskader uit te rollen?

Wat is de vooropgestelde timing om dit protocol te ondertekenen?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Mijnheer Danen, altijd blij om een Limburger in onze commissie te hebben. Welkom.

Het procedureel kader van de relancemiddelen voor Vlaamse Veerkracht stond niet onmiddellijk in januari 2021 op punt, waardoor de beoogde timing op zich reeds vertraging opliep. Er werd daarnaast geopteerd om te werken met een gefaseerde aanpak binnen het project VV005 waarbij in een eerste fase de middelen werden vrijgemaakt voor snel operationaliseerbare sectorprotocollen landbouw en scholen. Voor deze projecten waren de onderhandelingen ook volledig rond.

Voor het sectorprotocol voor de zorg waren er meer omvangrijke besprekingen nodig gelet op de sectorale diversiteit, het accent op jeugdgerelateerde gebouwen en de afstemming met de aanpak die binnen de sector wordt gevolgd inzake het verminderen van de CO_2-uitstoot. De keuze werd gemaakt om gezamenlijk toe te werken naar een kwalitatief protocol in plaats van overhaast tot ondertekening over te gaan.

Er is inderdaad een ontwerp van sectorprotocol gezien daarover de besprekingen met de sector lopende zijn.

De OVAM is vanuit haar opdracht binnen het Actieplan Asbestafbouw initiatiefnemer voor de verschillende protocolontwerpen. De OVAM is ook rechtstreeks betrokken bij de gesprekken met de sector. Er wordt momenteel toegewerkt naar een protocolversie die een maximale consensus verkrijgt. Het ondersteuningskader zal uitgerold worden zodra het sectorprotocol ondertekend is.

De vooropgestelde timing is om tegen de jaarwisseling het protocol te ondertekenen na goedkeuring door de Vlaamse Regering van het voorziene protocolbudget binnen het project VV005.

De voorzitter: De heer Danen heeft het woord.

Johan Danen (Groen): Minister, ik dank u voor uw antwoord. Er is dus hoop. Ik hoop dat tegen het eind van het jaar de ondertekening volgt. Trekt u eventueel lessen uit de andere protocollen? Het protocol scholen is al een tijdje ondertekend, ze zijn al een tijdje bezig met asbestafbouw. Ik neem aan dat daarvan geleerd kan worden. De landbouw is pas van start gegaan, dat zal moeilijker zijn. ik neem aan dat u daarvan leert.

U zegt terecht dat het een veelheid is van verschillende gebouwen en voorzieningen. Dat maakt de problematiek moeilijker. Het is misschien wel verstandig om er de tijd voor te nemen. Maar ik wil toch vragen om daar gestaag mee door te gaan en er voldoende middelen voor uit te trekken. Ik heb begrepen dat u nu al wat middelen hebt uitgetrokken, maar dat zal de komende jaren zeker nog nodig zijn. Het asbestprobleem in Vlaanderen en België en wellicht in andere Europese landen geeft ons een vals gevoel van veiligheid. Asbest is hier verboden sinds 1998-1999, er zijn wat uitzonderingen. Maar ondertussen zijn de toepassingen, zeker buiten, aan verwering onderhevig. Voor ons, maar ook voor de OVAM, mag er snel gehandeld worden. De periodes tot 2040 zijn iets te ruim berekend. Bent u het met mij eens om het tijdstip van 2040 naar voren op te schuiven zodat we vroeger kunnen spreken over een asbestveilig Vlaanderen en asbestveilige zorgvoorzieningen?

Koen Daniëls (N-VA): Ik sluit me aan bij deze vraag. De asbestafbouw is absoluut een prioriteit. Minister Demir investeert een recordbedrag van 124 miljoen euro. Dat is een goede zaak. 40 miljoen euro gaat richting scholen of zorginstellingen via sectorprotocollen. Dat zijn goede stappen.

Hoe sneller we ervan af zijn, hoe beter. Ik denk dat dat klopt. maar soms, ik denk aan de scholen, zit dat in een kelder in gebonden toestand, is dat niet direct toegankelijk en is er geen afbrokkeling. Wil ik dat daar weg? Ja, absoluut. Maar in de stappenplannen moet men eerst het zichtbare asbest aanpakken, de plekken waar verwering is en dergelijke. Ik zie u knikken, mijnheer Danen. Daar moeten we mee beginnen.

Minister, zijn de zorgkoepels bij de onderhandelingen over de protocollen betrokken? Hoe werkt het subsidiesysteem naar de zorginstellingen die die stappen zetten?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: We zijn nu bezig met die protocollen. Het lijkt me voorbarig om die nu al bij te sturen. Ik heb de timing gegeven. We hopen die tegen de jaarwisseling klaar te hebben. De timing moet worden afgestemd met de OVAM en het departement Omgeving. We moeten eerst de protocollen afwachten en uitvoeren vooraleer we de verdere stappen daaromtrent kunnen zetten.

Of de koepels daarbij betrokken zijn, moet ik nakijken.

De voorzitter: De heer Danen heeft het woord.

Johan Danen (Groen): Dank u wel. Het is evident dat de koepels daarbij worden betrokken. Ik heb ook gemerkt dat er bij scholen en in de landbouw een ruime vertegenwoordiging van koepels allerhande wordt betrokken bij het dossier. Je moet natuurlijk wat draagvlak hebben om daar echt werk van te kunnen maken.

Minister, ik bedoelde natuurlijk niet dat je nu al moet bijsturen, vooraleer het is afgeleverd. Maar ik zal een heel eenvoudig voorbeeld geven. Ik weet dat heel wat scholen – en dat is gewoon een realiteit, ook in andere gebouwen of gebouwen waar mensen werken – een asbestinventaris moeten hebben. Maar in vele gevallen is die er niet of is die kaduuk, of opgesteld in een ver verleden en nooit echt bijgestuurd, wat maakt dat, wanneer je daaraan moet beginnen, de basis niet goed is. Het zou goed zijn om vanuit dat soort inzichten die we ondertussen hebben uit de scholen, te leren om die protocollen op te stellen – daarom niet bij te sturen, maar op te stellen. Als er een ontwerp is, dan neem ik aan dat er tussen het ontwerp en de definitieve fase wel stappen kunnen worden gezet om ze te verbeteren. Ik vraag u met aandrang om dat indien nodig te doen.

Ik kijk alvast uit naar het protocol en ik zal niet nalaten om daar binnen ongeveer een half jaar opnieuw een vraag over te stellen.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.

VRAAG OM UITLEG van Celia Groothedde aan Wouter Beke, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding, over hartaandoeningen bij vrouwen
– 327 (2021-2022)

Voorzitter: de heer Koen Daniëls

De voorzitter: Mevrouw Groothedde heeft het woord.

Celia Groothedde (Groen): Voorzitter, ik apprecieer het ontzettend dat u mijn vraag er nog bijneemt. Dat is niet evident, aangezien de minister wil vertrekken om 18 uur.

Minister, we zullen er meteen invliegen. Ik wil graag een vraag stellen over spontaneous coronary artery dissection (SCAD). Ik zal mijn hele vraag niet voorlezen, u hebt die kunnen lezen bij de indiening. De meeste hartinfarcten zijn het gevolg van een scheur door een progressieve vetopstapeling in een kransslagader. Vaak komt dat door een te hoge bloeddruk, een te hoge cholesterol, roken, overgewicht en omgevingsfactoren. Maar in de laatste tien à vijftien jaar is er een type hartinfarct bekend geraakt waarvan men merkt dat steeds meer jonge vrouwen er last van hebben. Het gaat om een acute hartaanval veroorzaakt door een spontane scheur of bloeding in een bloedvatwand.

Dit type hartinfarct treft in 90 procent van de gevallen net vrouwen die een laag cardiovasculair risicoprofiel hebben en een gemiddelde leeftijd van 52 jaar – dat is

eigenlijk echt heel laag. In het begin werd verondersteld dat dit vooral op het einde van of kort na de zwangerschap voorkwam. Maar intussen is het duidelijk dat ruim 25 procent van de hartinfarcten bij vrouwen onder de 50 jaar aan SCAD te wijten zouden zijn.

Het UZ Gent heeft van 2007 tot 2017 een groep vrouwen bestudeerd. Dat is een longitudinaal onderzoek van tien jaar. En daar heeft men inderdaad vastgesteld dat 18 procent van de hartinfarcten bij vrouwen jonger dan 50 jaar het gevolg van SCAD zou zijn. Ook het ZNA Middelheim heeft onderzoek gedaan.

Dit type hartinfarct wordt tot op vandaag echt ondergediagnosticeerd, vermoedt men. Waarom? Omdat de diagnose van een hartinfarct bij vrouwen veel moeilijker verloopt. De symptomen zijn anders. En de symptomen die wij kennen, zijn de symptomen die bekend zijn bij mannen. Bovendien zijn artsen opgeleid met de veronderstelling dat de kans op een hartinfarct bij een jonge vrouw zonder die klassieke risicofactoren zo goed als nul is. Zij vermijden overbodige onderzoeken, wat op zich een goede insteek is maar hierbij gevaarlijk kan worden. En vrouwen maar ook artsen proberen een soort van verklaring te geven aan die klachten, die meestal – en dat moet ik echt onderstrepen – van het type zijn die worden afgedaan als vage klachten, zoals vermoeidheid, stress enzovoort. En juist stress is een belangrijke trigger voor SCAD.

Minister, kent u deze problematiek? Op welke manier integreert u dat in het beleid in het zorg- en welzijnslandschap?

Hoeveel vrouwen lopen hier eigenlijk het risico toe en worden er het slachtoffer van? Wordt de problematiek op dit moment – want het is geen nieuw fenomeen, maar het is in elk geval vrij nieuw dat het in die mate bekend is – vroegtijdig genoeg opgemerkt? En welke gevolgen heeft het wanneer dat niet zo is? Hoeveel blijvende schade of overlijdens worden er momenteel bijvoorbeeld geteld tegenover mannen met hartinfarcten?

Op welke manier worden vrouwen voorgelicht? Want het is ook belangrijk dat vrouwen weten dat ze dit risico lopen.

Eerlijk gezegd, minister, wist ik tot voor kort niet dat dat zo was. Ik las hier het klassieke risicoprofiel voor.

Op welke manier worden symptomen die bij vrouwen acute hartproblemen aangeven, en die dus echt sterk verschillend zijn van die van mannen, bekendgemaakt bij het brede publiek? Want we weten dat dat een factor is waardoor mensen gered kunnen worden.

Welke acties lopen er op dit moment, en zijn er nog gepland voor de toekomst?

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Collega, ik zou mij niet voldaan voelen in deze commissie als ik geen antwoord had gegeven op uw vraag. Vandaar dat we die er nog met bijzonder veel plezier bij nemen.

Een spontane coronaire arteriële scheur of spontaneous coronary artery dissection is een hartaandoening waarvan de echte pathologische mechanismen op dit ogenblik nog niet opgehelderd zijn. Wat wel is gekend, is dat er een aantal voorbestemmende factoren zijn die de kans bij specifieke symptomen verhogen. Het is vooral zaak om artsen hierover te sensibiliseren om de dialoog met de individuele patiënt te openen, zodat die zich bewust is van het risico en bij alarmsymptomen snel medische hulp zoekt.

Hoewel SCAD een ernstige aandoening is, is een veralgemeende screening niet aan de orde. De criteria van Wilson en Jungner zijn hier niet van toepassing: de ziekte in kwestie vormt geen belangrijk gezondheidsprobleem op het niveau van de populatie. En op dit moment is er buiten de genoemde sensibilisatie geen andere preventieve interventie gekend.

Desalniettemin zijn globale preventie van cardiovasculaire aandoeningen en het bekendmaken van symptomen van een dreigende hartziekte altijd nuttig. De verschillende beroepsorganisaties publiceerden al richtlijnen met betrekking tot hart- en vaatziekten, waaronder ook Domus Medica, dat een herziening van de richtlijn cardiovasculair risico voor huisartsen afwerkt binnen de beheersovereenkomst met de Vlaamse overheid.

Daarnaast zetten we verder in op de lokale implementatie van de HALT2Diabetes-methodiek van de Diabetes Liga. Deze methodiek is een tweestapscreening naar een verhoogd risico op diabetes. De eerste stap gaat via de vragenlijst op http://www.gezondheidskompas.be. De tweede stap is de huisarts die een nuchtere bloedafname zal uitvoeren om de bloedsuikerwaarde te bepalen. De huisarts zal ook het risico op hart- en vaatziekten berekenen via de bepaling van de cholesterol, de bloeddruk, het rookgedrag, erfelijkheid en eerdere hartaandoeningen. Personen die hier hoog op scoren, moeten meerdere malen per jaar opgevolgd worden.

In studies werd SCAD teruggevonden bij 18 tot 26 procent van de gevallen met acuut coronair syndroom (ACS) bij vrouwen onder de 50. Onder ACS verstaan we acuut hartinfarct of instabiele angor pectoris, wat wijst op een dreigend hartinfarct. In de Vlaamse overlijdensstatistieken voor 2014 tot 2018 inbegrepen werd SCAD bij geen enkel overlijden van vrouwen onder 55 als doodsoorzaak geregistreerd. Dit wordt misschien verklaard door de jonge leeftijd en de goede onderliggende gezondheidstoestand van deze patiënten, waardoor hun overlevingskansen hoog zijn.

Een andere benadering die men theoretisch gezien kan toepassen, is vertrekken vanuit de 118 sterfgevallen door alle vormen van ACS die men tijdens de jaren 2014-2018 registreerde bij vrouwen onder de 55. Op basis van de gepubliceerde percentages zou men zo 21 tot 31 gevallen kunnen vermoeden waarbij SCAD eventueel een rol speelde. Maar men mag niet uit het oog verliezen dat studies gebeuren met sterk gefilterde patiëntengroepen en dat de resultaten bijgevolg niet zonder meer generaliseerd kunnen worden.

In de minimale ziekenhuisgegevens werden er in Vlaanderen voor de jaren 2017, 2018 en 2019 respectievelijk 202, 240, en 271 opnames geregistreerd van vrouwen onder de 55 bij wie een coronair aneurysma of scheur als diagnose wordt vermeld. Hieruit valt te berekenen dat voor vrouwen onder de 55 het risico op basis van opnames 0,11 per 1000 persoonsjaren bedroeg voor deze 3 kalenderjaren. Voor mannen onder de 55 bedroeg dat voor dezelfde periode 0,15 per 1000 persoonsjaren.

De diagnose van coronair aneurysma gaat breder dan enkel SCAD, maar de gegevens kunnen niet fijner onderverdeeld worden. Patiënten met een diagnose van coronair aneurysma of scheur kunnen bovendien dubbel geteld worden bij een nieuw verblijf in een ander ziekenhuis aangezien de gegevens geanonimiseerd zijn. Verder betreft dit ook alleen de gevallen met een ziekenhuisopname. Onderzoekers nemen aan dat een onbekend aantal van de jonge vrouwen geen beroep doet op medische zorg bij het optreden van symptomen. De gegeven cijfers kunnen daarom het voorkomen van SCAD niet goed weergeven. Mede hierdoor is het dan ook moeilijk om op bevolkingsniveau te onderzoeken of de problematiek vroegtijdig genoeg ontdekt wordt en of dit gevolgen heeft.

In de Vlaamse overlijdensstatistieken voor 2014 tot en met 2018 werden ook bij mannen onder de 55 jaar geen sterfgevallen door SCAD geregistreerd. SCAD veroorzaakt dus volgens deze bron geen oversterfte bij vrouwen onder de 55 jaar. Wanneer men daarentegen voor de jaren 2014 tot 2018 uitgaat van de hogere berekende hypothetische 21 tot 30 sterfgevallen door SCAD bij vrouwen jonger dan 55 jaar en de 452 vastgestelde overlijdens door alle vormen van ACS bij mannen onder de 55 jaar, zou SCAD ten opzichte van mannen een veronderstelde oversterfte van 4,7 à 6,9 procent kunnen veroorzaken bij vrouwen onder de 55 jaar.

De voorzitter: Mevrouw Groothedde heeft het woord.

Celia Groothedde (Groen): Minister, er vallen mij in uw antwoord een paar dingen op. Kijk, dit is een eerste verkennende vraag, omdat dit een problematiek is die mij nauw aan het hart ligt, maar ook omdat het deel uitmaakt van een breder fenomeen. In het Engels wordt dat het Yentl Syndrome genoemd. Dat is eigenlijk een potentieel dodelijke bias tegenover vrouwen in zorg en welzijn, waarbij de symptomen van vrouwen – en dat is bekend, het is al jaren zo – heel vaak minder worden gediagnosticeerd. Zij zijn minder vaak proefpersonen en daardoor vallen zij heel vaak door de mazen van het net, behalve als de symptomen overeenkomen met die van mannen. En dat is eigenlijk wel vreemd, ervan uitgaande dat vrouwen de meerderheid van de bevolking vormen, maar dus in zorg en welzijn eigenlijk wel als een minderheid behandeld worden.

U zegt dat er gesensibiliseerd moet worden. Wel, ik heb een beetje een rondvraag gedaan in mijn omgeving. Geen enkele vrouw in mijn omgeving – ik inclusief – is ooit door een arts gewezen op het risico dat hieromtrent bestaat. U hebt het over 21 à 31 geschatte vrouwen, maar we weten eigenlijk niet of dat correct is, want dat zijn indirecte cijfers. Dat valt moeilijk te reconstrueren. Wat ik van u begrijp, is dat er eigenlijk geen bijkomend onderzoek wordt gepland. En ik vind dat een beetje opmerkelijk omdat dit intussen in een aantal landen echt een serieuze problematiek is. Het feit dat een angiogram bij vrouwen heel vaak bij hart-aandoeningen weinig uithaalt omdat hun aderen niet verstopt zijn, is dus geen manier om het te diagnosticeren. Doordat de symptomen niet bekend zijn, kan een vrouw inderdaad sneller overlijden.

Als ik kijk naar de symptomen – en in de Verenigde Staten wordt er wel al serieus op gealludeerd –, dan zijn dat bij vrouwen bijvoorbeeld misselijkheid, maagpijn, zich vermoeid voelen. Dat zijn symptomen die zwaar afwijken van wat wij van kindsaf eigenlijk al meekrijgen 'als iemand dat heeft, dan bel je de 900' – intussen zijn de noodnummers veranderd maar de boodschap is dezelfde gebleven. Bij vrouwen wordt dat eigenlijk niet gedaan. Als we naar buitenlands onderzoek in de Verenigde Staten kijken – ik weet dat dit een heel andere populatie is, maar toch – dan zien we dat in 1989 al werd gezien dat cardiovasculaire problemen bij vrouwen daar de grootste doodsoorzaak waren.

Dus ik vraag mij af of het wel opschiet met onderzoek hiernaar, en of het niet een beetje, zoals endometriose, een kwestie is van 'we zoeken er niet naar, dus we zien het niet'?

De voorzitter: Mevrouw De Rudder heeft het woord.

Maaike De Rudder (CD&V): Ik denk eerst en vooral dat het wel een belangrijke problematiek is, die we zeker niet mogen minimaliseren. Langs de andere kant hoor ik toch ook wel uit de cijfers die de minister geeft, dat een specifieke sensibiliseringscampagne weinig zinvol lijkt. Ook denk ik dat de symptomen die hier voorkomen, ook vrij algemeen kunnen zijn. Dat kan er ook voor zorgen dat een campagne tot veel ongerustheid leidt en misschien tot veel extra consultaties,

die misschien op zich ook niet nodig zijn. Ik denk dat we het ook wel in dat opzicht moeten kijken.

Anderzijds ben ik het er wel mee eens dat we artsen ook meer moeten sensibiliseren, zeker ook die artsen die dergelijke onderzoeken doen. In september is er ook altijd de Week van het Hart, waar ziekenhuizen op inzetten. Die week staat in het teken van hartfalen. Misschien is het dan wel interessant om ook die problematiek tijdens de Week van het Hart eens mee te nemen. Een echte bijkomende campagne lijkt voor ons eigenlijk niet echt zinvol. Deze problematiek moeten we ernstig nemen, maar we moeten mensen ook niet onnodig ongerust maken.

Koen Daniëls (N-VA): Ik kom ook nog eens tussen, vanwege een paar zaken. Dat we ten eerste voor alles wat hart- en vaatziekten betreft preventief moeten werken, is absoluut een juiste zaak. Maar met deze aandoening stel ik toch vast dat men er op het vlak van onderzoek nog niet helemaal uit is. Wat is de trigger, wat is de oorzaak, wat zijn de ontstaansredenen? Ik denk wel dat, als we dat willen gaan screenen, we dan wel heel goed moeten weten wat er aan de hand is. Als ik vaststel wat een aantal van die symptomen zijn – hoofdpijn, zich niet goed voelen, buikkrampen –, dan denk ik dat iedereen in deze commissie die symptomen wel af en toe heeft, misschien zelfs bij bepaalde tussenkomsten. Ik weet niet of dat dan direct aanleiding geeft tot het scheuren van een ader, laat ons hopen van niet. Maar ik denk wel dat er meer onderzoek naar moet gebeuren, collega's, minister. En op basis daarvan kunnen er dan eventueel preventieve stappen gezet worden.

Als ik kijk naar andere screenings, andere informatiecampagnes die we doen, onder andere in verband met bepaalde kankers, dan was daar heel goed duidelijk wat daar aan de grondslag lag. Ik denk dat de oproep is dat het schetsen van het probleem de eerste stap van het onderzoek is, voordat alle mensen met een van die symptomen die ik net heb opgesomd, naar de huisarts gaan, denkende dat ze een acuut hartlijden gaan hebben. Daar moeten we toch wat voor uitkijken.

De voorzitter: Minister Beke heeft het woord.

Minister Wouter Beke: Ik denk dat we in eerste instantie moeten werken met onze huisartsen. We moeten zorgen dat zij hier de nodige aandacht voor hebben bij mogelijke risicopatiënten, en dat ze hen dan ook informeren. Daarom zal Domus Medica dat ook meenemen in haar nieuwe aanbevelingen rondom hartaandoeningen. Dat lijkt mij een eerste belangrijke stap daaromtrent te zijn.

De voorzitter: Mevrouw Groothedde heeft het woord.

Celia Groothedde (Groen): Ik vind het eigenlijk wel heel terecht wat collega Daniels zei, en dat is ook mijn vraag. Voordat we gaan sensibiliseren moeten we ervoor zorgen dat die problematiek duidelijk in kaart is gebracht. Minister, uit uw antwoord begrijp ik eigenlijk vooral dat dat tot nu toe niet gebeurd is. Dus mijn vraag aan u is vooral om dat te doen.

Ik wil wel voor iets waarschuwen. Collega Daniëls, ik weet zeker dat u het zo niet hebt bedoeld, maar het is wel zo dat de symptomen van vrouwen heel vaak worden geminimaliseerd. We zouden dat ook kunnen doen met alle symptomen van een hartaanval bij mannen. Wie heeft er niet ooit pijn gehad in zijn linkerarm, enzovoort? Maar als we die symptomen beginnen op te tellen, dan krijgen we natuurlijk wel een duidelijker plaatje. Ik denk dat iedereen weet dat men bij een paniekaanval bijvoorbeeld gelijkaardige symptomen heeft als bij de klassieke hartaandoening die mannen vaak overkomt. Maar desondanks is er niemand die zegt dat omdat iedereen al wel eens een paniekaanval heeft gehad, we daar niet op gaan screenen. Het lijkt mij heel belangrijk om deze problematiek beter in kaart te krijgen, zodat

we weten wat er aan de hand is. En dan hoeft dat ook niet meteen te worden meegenomen.

Het lijkt mij natuurlijk zeer goed dat men nu begint te sensibiliseren, maar het lijkt mij heel goed om eerst goed in kaart te brengen wat er aan de hand is, zodat men veel duidelijker kan screenen en kan zien hoe breed deze problematiek is.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.