

vergadering **C189**  
zittingsjaar 2022-2023

Woordelijk Verslag

## **Commissievergadering**

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en  
Armoedebestrijding

van 28 maart 2023



Vlaams  
Parlement

## INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Koen Daniëls aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de organisatie van het niet-dringend ziekenvervoer – 1966 (2022-2023)	3
VRAAG OM UITLEG van Maaïke De Rudder aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de borstklinieken – 1979 (2022-2023)	
VRAAG OM UITLEG van Immanuel De Reuse aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het verzekeren van kwaliteitsvolle zorg bij de behandeling van borstkanker – 2075 (2022-2023)	8
VRAAG OM UITLEG van Maaïke De Rudder aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het tekort aan huisartsen – 1982 (2022-2023)	14
VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het advies van de Vlaamse Jeugdraad over het mentale welzijn van jongeren – 2015 (2022-2023)	
VRAAG OM UITLEG van Jeremie Vaneekhout aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het advies van de Vlaamse Jeugdraad over het mentale welzijn van jongeren – 2017 (2022-2023)	21
VRAAG OM UITLEG van Koen Daniëls aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de positie van kinderopvanginitiatieven die in verschillende vestigingen in verschillende subsidietrappen zijn ingedeeld – 1948 (2022-2023)	30

**VRAAG OM UITLEG van Koen Daniëls aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de organisatie van het niet-dringend ziekenvervoer  
– 1966 (2022-2023)**

**Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers**

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

**Koen Daniëls (N-VA):** Mijn vraag gaat over het niet-dringend ziekenvervoer, een deeltje van het ziekenvervoer dat in Vlaamse handen is. Geachte collega's, als u nog een voorbeeld zoekt van waarom we naar volledige bevoegdheidspakketten moeten gaan, dan is dit er eentje van. Minister, op 18 oktober 2022 hadden we hier voor het laatst een vraag over dat niet-dringend ziekenvervoer en het belang ervan. Ik stelde toen samen met een aantal collega's ook vragen over hoe dat kan worden georganiseerd en over de financiële leefbaarheid ervan, niet het minst door de gestegen brandstof-, personeels- en energiekosten, maar ook door de vereisten gesteld aan het ziekenvervoer. Ik had toen ook een volledige dag meegedraaid in een dergelijke dienst voor ziekenvervoer en had gezien wat voor een geweldig en belangrijk werk zij uitvoeren, maar zag ook de moeilijkheden waarin ze zitten. Collega's, ik breng u in herinnering dat er toen ook de kwestie met de vzw's was, met aan de ene kant vrijwilligers en aan de andere kant mensen die beroepsmatig meedraaiden en zo meer.

Minister, uw voorganger minister Dalle verklaarde toen dat er na overleg met de sector een afsprakenkader werd gemaakt met stappen die zouden worden ondernomen. Een eerste stap was de mogelijkheid om taxi- en busstroken ter beschikking te stellen van ziekenwagendiensten voor niet-dringend patiëntenvervoer. De vraag werd aan minister Peeters, de minister bevoegd voor Mobiliteit, gesteld. Zij bevestigde dat er een onderzoek liep. Dank u wel. Als tweede maatregel zou het gebruik van professionele diesel door ziekenwagendiensten worden onderzocht door de federale minister van Financiën. In mensentaal, men zou met rode diesel mogen rijden in plaats van met groene diesel.

Daarnaast werd in Bam, het magazine van Belgambu, aandacht besteed aan de organisatie van het niet-dringend vervoer. In de editie van maart 2023, dus zeer recent, was er aandacht voor het niet-dringend ziekenvervoer voor dialysepatiënten. Duizenden dialysepatiënten moeten drie keer per week naar het ziekenhuis voor behandeling. Velen van hen zijn daarbij afhankelijk van anderen of moeten een beroep doen op een vervoersorganisatie. De Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie (NBVN) en haar Franstalige tegenhanger, de Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique (GNFB) kregen inzicht in de ervaring van dialysepatiënten bij hun zorgtraject met de Patiëntenmonitor Dialyse 2021. Uit hun tevredenheidsenquête blijkt dat er een algemene tevredenheid is, maar dat de beoordeling van de wachttijden en het vervoer zelf een stuk slechter zijn. Het transport wordt soms zelfs aanzien als een extra probleem, financieel maar ook organisatorisch.

Collega's, ik kan getuigen. Ik heb een hele dag meegereden met dialysepatiënten. Wat viel me daarbij op? Dat het ambulancepersoneel van het niet-dringend ziekenvervoer ook in het ziekenhuis belangrijke zaken doet, zoals patiënten wegen voor en na de dialyse. Blijkbaar is dat een cruciaal element bij dialyse om te zien in welke mate de dialyse werd uitgevoerd. Eigenlijk moet dat gebeuren door de mensen van het dialysecentrum, maar de mensen van het ziekenvervoer zijn daar zodanig kind aan huis – iedereen kent daar iedereen – dat zij ook een deeltje van de taken op zich nemen. De patiënten zijn allemaal ingepland. Elke vertraging die

onderweg wordt opgelopen, is eigenlijk ook een vertraging in het kader van de dialyse.

Daarnaast blijkt uit de bevraging dat de dialysepatiënten vaak lang moeten wachten op hun vervoer en dat in bepaalde gevallen de patiëntenvervoerder meerdere patiënten meeneemt, om het financieel, maar ook organisatorisch rond te krijgen.

Naar aanleiding van de tevredenheidsenquête en de vervoersproblematiek schreven NBVN en GNFB een brief naar de minister met de vraag om actie te ondernemen. De brief werd ook ondertekend door het Vlaams Patiëntenplatform en Belgambu. In de brief vragen de organisaties om de kwaliteit van de zorg te verhogen door te zorgen voor een betere organisatie van het vervoer. Ze denken aan hybride systemen om dat te realiseren. Men zou dan afhankelijk van de toestand en de zorgnoden van de dialysepatiënt kunnen bekijken welk type vervoer het meest aangewezen is: personenvervoer of patiëntenvervoer, al dan niet liggend. In sommige gevallen wordt iemand liggend vervoerd terwijl hij perfect kan stappen. Ik heb het meegemaakt dat iemand naar de brancard stapte, op de brancard ging liggen, in de ambulance werd gelegd. Nadat de brancard uit de ambulance was gehaald, stapte die persoon van de brancard het ziekenhuis binnen. Het is dus belangrijk om dat te bekijken. Op die manier kan men de capaciteit ook slimmer inzetten. Men zou zo ook tot een voorstel kunnen komen om een intelligente centrale sturing op te zetten. Dat geeft ook enig budgettair voordeel.

Minister, hebt u reeds een antwoord ontvangen inzake het onderzoek dat wordt uitgevoerd door minister Peeters naar het gebruik van de taxi- en busstroken? Zo ja, welke resultaten kwamen daaruit? Indien men de stroken niet mag gebruiken, zal er worden overwogen om dat wel te doen, al was het maar om geen tijd verloren te laten gaan? Dat is toch een oproep die ik wil doen.

Minister Dalle zei dat de Inspectie van Financiën een analyse uitvoerde als update van een vorige studie. Dat gaat dan over de financiële leefbaarheid en de kosten. Hoe ver staat het met die analyse? Welke resultaten kwamen naar voren? Wat kunnen we daar nog mee doen?

Ik neem aan dat u de voorstellen van NBVN en GNFB hebt ontvangen. Op welke manier kunt u daarmee aan de slag? Is er overleg tussen u en die organisaties over de verzuchtingen die ze hebben met betrekking tot niet-dringend ziekenvervoer voor dialysepatiënten, en dus ook het onderscheid tussen personen- en patiëntenvervoer? Welke maatregelen kunnen worden genomen om de wachttijden te verkorten?

Collega's, ik weet dat het een omvattende vraag is, maar dit is toch een belangrijk thema.

**De voorzitter:** Inderdaad, collega, vanuit het idee dat u straks collega's zult terechtwijzen wanneer ze over hun tijd gaan.

Minister Crevits heeft het woord.

**Minister Hilde Crevits:** Collega's, dit is inderdaad een belangrijke vraag. Het niet-dringend liggend ziekenvervoer is een thema dat mijn kabinet met de regelmaat van de klok beroert.

Eerst en vooral, wat betreft mijn vraag om de taxi- en busstroken door ziekenwagendiensten te laten gebruiken, heeft minister Lydia Peeters laten weten dat ze een onderzoek aan het verrichten is rond een aanpassing van de wegcode, maar dat ze mijn vraag daarin zou meenemen. Dat is dus zeker geen slecht nieuws.

Ik kom tot uw tweede vraag. In 2020 heeft minister Beke aan de stakeholders een advies gevraagd over de update van de eerder gemaakte kostenstudie van het

niet-dringend liggend ziekenvervoer. In het advies van de onafhankelijke commissie van mei 2022 is er voor een aantal zaken spijtig genoeg geen eensluitend advies tussen de vervoerders en de mutualiteiten. Daarom heb ik, mede met het oog op het al of niet invoeren van minimum- en maximumtarieven, een validatie van de update gevraagd aan de Inspectie van Financiën.

Collega's, ik heb die analyse recent ontvangen. De inspecteur van Financiën heeft de parameters, zoals die initieel zijn gebruikt voor de kostenstudie, onderzocht en waar nodig ingevuld met de vergelijkbare standaarden. Lonen worden bijvoorbeeld ingevuld vanuit gangbare barema's van het paritair comité 330. Er is een tarificatiemodel voorgesteld dat uitgaat van een aantal basisprincipes: één, de kostencomponenten moeten in de tijd eenvoudig aanpasbaar zijn; twee, de kostencomponenten moeten een consolidatie in de sector toelaten; drie, de kostencomponenten moeten de werkelijkheid weergeven van het moment; vier, de kostencomponenten moeten zo veel als mogelijk aanvaard zijn door de onafhankelijke commissie; en vijf, het tarificatiemodel moet voor zo weinig mogelijk discussie tussen patiënt en aanbieder zorgen.

Ik heb aan de voorzitter van de onafhankelijke commissie gevraagd om een plan van aanpak voor te stellen met en voor de implementatie van dit tarificatiemodel. We hebben daar een stap voorwaarts gezet.

U vraagt of ik de voorstellen heb ontvangen. Uiteraard heb ik begin december vorig jaar die brief ontvangen van de Nederlandstalige Belgische Vereniging voor Nefrologie met betrekking tot het vervoer van dialysepatiënten. Hierin worden zowel de organisatie als de financiering van het dialysevervoer aangekaart.

Het repetitief vervoer, waaronder het dialysevervoer valt, is een bijzondere vorm van niet-dringend patiëntenvervoer. De financiering van het dialysevervoer, zowel individueel als in groep, is een federale materie.

Wat betreft dat niet-dringend liggend ziekenvervoer, tracht ik een aantal maatregelen te nemen, zowel via wetgeving als op het vlak van tarificatie. Ik verwijs graag naar de eerdere vragen om uitleg hieromtrent. Als het gaat over de organisatie van het vervoer heb ik in het verleden al meermaals faciliterend opgetreden tussen mutualiteiten en vervoerders, onder meer via de onafhankelijke commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer. In deze commissie trachten we de kwaliteit van het vervoer te optimaliseren door het gesprek tussen vervoerders, mutualiteiten, vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en patiëntenvertegenwoordigers gemakkelijker te maken.

Als overleg met de verenigingen van nefrologen kan helpen om de organisatie te verbeteren, doe ik dat met heel veel plezier.

Collega Daniëls, ik deel trouwens uw visie dat de toestand van de betrokkene op het moment van het vervoer bepalend moet zijn voor het type vervoer dat nodig is. We willen absoluut af van het gegeven dat de houding waarin de patiënt wordt vervoerd, dit bepaalt. U hebt een op flessen getrokken voorbeeld gegeven, maar het is uit het leven gegrepen. Ik vind dat ook een heel bizarre situatie. Daarom wordt een aanpassing van het decreet op het niet-dringend liggend ziekenvervoer voorbereid, waarbij er een beter onderscheid is tussen patiëntenvervoer enerzijds en personenvervoer anderzijds. Iemand die tijdens het vervoer van A naar B moet worden gebracht om daar zorg te krijgen, is geen patiënt en gebruikt het personenvervoer. Iemand die tijdens dit vervoer ook zorg en toezicht nodig heeft, is een patiënt en gebruikt het patiëntenvervoer.

Actueel wordt in onze onafhankelijke commissie een project rond het gebruik van tijdssloten voor het ophalen van patiënten in het ziekenhuis uitgewerkt tussen enerzijds de vervoerders en anderzijds de ziekenhuizen. We stellen immers vast

dat heel veel middelen op korte piekmomenten nodig zijn. Via een tijdsstap van 2,5 uur waarbinnen de patiënt moet worden afgehaald, wil men proberen om de vraag naar patiëntenvervoer beter te spreiden over de dag.

In een pilootproject van zes maanden wil men dit model onderzoeken en afwijkingen in kaart brengen. Hierdoor zal meer inzicht worden verworven in de mogelijke knelpunten en kunnen we individuele verbeteracties uitwerken en gemeenschappelijke afspraken verfijnen en aanpassen. Het gebruik van tijdsstapen moet de samenwerking tussen de ziekenwagendiensten met betrekking tot het niet-dringend patiëntenvervoer verbeteren. Collega Daniëls, wat de vraag over professionele diesel betreft: die is overgemaakt aan mijn federale collega, minister Van Peteghem. Dank u wel.

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

**Koen Daniëls (N-VA):** Sorry dat ik daarnet zeventien seconden over mijn vijf minuten ging. Ik zal die nu proberen in te perken. Minister, bedankt voor uw antwoord. Die vragen, ook die over professionele diesel, dateren van oktober 2022. We zijn nu maart 2023. Ik hoop toch dat we daarover snel duidelijkheid krijgen.

U zegt dat u de berekening van de financiën opnieuw aan het bekijken bent. Ik denk dat we ook met de mutualiteiten tot een nieuw akkoord moeten komen, zodat de patiënt duidelijkheid heeft. Want vorige keer hebben wij een staking gehad en dat lijkt me geen goede zaak.

Wat u aanhaalt over de patiënt, of het nu gaat om patiënten- of personenvervoer, is, al dan niet gelieerd aan toezicht: daar wil ik er toch op wijzen dat op vlak van dialyses, het mogelijk is dat mensen nabloeden, en dat is toch met katheders. Ik wil erop wijzen dat, hoewel die personen liggen of zitten, er nog steeds kans is op nabloeding. Met andere woorden: een tweede aanwezige kan wel aangewezen zijn, maar dan komt het erop aan dat je met personenvervoer meerdere mensen kunt vervoeren, terwijl dat bij liggend vervoer niet het geval is. Hetzelfde geldt voor het gebruik van die busbanen, wat maakt dat je veel meer snelheid kunt maken. Op dat moment mogen ze niet prioritair rijden, wat een federaal gegeven is. En daar rijden we ons vast.

Minister, ik heb dus nog een bijkomende vraag: die diesel, dat kan echt een belangrijk gegeven zijn. In verband met dat eenvormig oproepsysteem: welke stappen zijn daar nu ondernomen, zodat dat ook gerealiseerd kan worden voor de patiënt die daar gebruik van kan maken?

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

**Immanuel De Reuse (Vlaams Belang):** Het is hier inderdaad al dikwijls over niet-dringend ziekenvervoer gegaan en er moeten nog heel wat zaken worden uitgeklaard. Minister Crevits verwees ernaar in haar eerste antwoord. Zo is er ook nog geen akkoord over het aantal ritten dat een ziekenwagen jaarlijks doet. Dat zou nochtans een belangrijke parameter zijn om de verdeling van de kosten op een goede manier te bepalen. U gaf reeds aan dat u wilt komen tot een valide kostenraming en dat u uw administratie de opdracht daartoe hebt gegeven. Het was trouwens op vraag van de mutualiteiten en de vertegenwoordigers van de sector dat er een bevraging zou worden gedaan van de ziekenwagendiensten en het aantal ritten per ziekenwagen per jaar. Mijn vraag is hoever die bevraging staat. En kunnen daaruit al conclusies worden getrokken? Dank u.

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

**Minister Hilde Crevits:** Ik vind persoonlijk dat we hier toch wel zeer aanzienlijke stappen aan het zetten zijn, collega's. Eerst en vooral is er de inhoudelijke

aanpassing van het decreet, om een heel duidelijk onderscheid te maken tussen patiënten- en personenvervoer. Als je een eenvormig oproepsysteem wilt, collega Daniëls, begint dat eigenlijk al met duidelijk dat verschil aan te merken, want dat is niet altijd even helder.

Ten tweede: de toegankelijkheid van de busstroken. Ik heb expliciet gevraagd om dat mee te nemen in de wijziging van de Vlaamse wegcode. Ik heb jullie het resultaat gegeven van alles wat we nu gedaan hebben. De inspecteur van Financiën heeft de vijf voorwaarden opgesomd. Ik heb aan de voorzitter van de onafhankelijke commissie gevraagd om op basis daarvan een tarificatiemodel voor te stellen. En wat de ritten en de bevraging betreft, heeft de commissie gevraagd om het onderzoek van de inspecteur af te wachten en mee te implementeren. We zijn dus de bouwstenen een voor een op elkaar aan het leggen, om te vermijden dat het allemaal in elkaar valt. De bevraging was eigenlijk volledig voorbereid, maar is op vraag van de vervoerders en de mutualiteiten, dus op vraag van de sector, nog niet verstuurd, omdat men eerst dat model wilde hebben.

En tot slot wil ik ook meegeven dat er naar aanleiding van de nieuwe aanbesteding van Mutas door de vervoerders geen bijkomende vragen naar financiering zijn gesteld.

Maar mijn concentratie gaat nu vooral naar het op punt zetten van dat decreet. Ik wil dat helder gezet hebben, want alles begint met het vermijden of het doen ophouden van de verwarring die er tot op vandaag nog bestaat. Door een goede aflijning te maken tussen personen- en patiëntenvervoer, kunnen we het geheel al wat beter maken.

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

**Koen Daniëls (N-VA):** Dank u wel, minister. Een decreet is inderdaad wat we zelf kunnen doen. Een aantal zaken zitten helaas nog versnipperd op federaal niveau, en daar geraken we nog niet aan, minister.

Het onderscheid tussen patiënten- en personenvervoer is goed, maar ik blijf mijn oproep wel doen dat men ook, zeker bij dialysepatiënten – daar gaat het hier over – moet zorgen dat er kan worden ingegrepen als er nabloeding is. Wie aan het stuur zit, kan niet tegelijkertijd de mensen achteraan in de gaten houden. Dat is toch iets waar ik aandacht voor vraag.

Wat betreft de busstroken: ik zie collega's die ook in de commissie Mobiliteit zitten. Ik denk dat we dat daar moeten realiseren.

En wat tot slot de financiële leefbaarheid betreft, weet ik dat er bij die aanbesteding eigenlijk een *modus vivendi* was. Maar ik denk wel dat we dat van nabij moeten blijven opvolgen, ook als we in dat decreet het onderscheid maken tussen patiënten- en personenvervoer, want dat zal ook daar weer een budgettaire implicatie hebben, ook inzake personeelsaanstelling en dergelijke meer. Dat is niet onbelangrijk. We volgen dit vanuit onze N-VA-fractie zeker verder op.

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

**VRAAG OM UITLEG van Maaïke De Rudder aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de borstklinieken – 1979 (2022-2023)**

**VRAAG OM UITLEG van Immanuel De Reuse aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het verzekeren van kwaliteitsvolle zorg bij de behandeling van borstkanker – 2075 (2022-2023)**

**Voorzitter: de heer Koen Daniëls**

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

**Maaïke De Rudder (cd&v):** Minister, vorige week kregen we de resultaten van een studie bij borstkankerpatiënten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). De studie toont aan dat patiënten met borstkanker 30 procent meer kans hebben om binnen de vijf jaar te sterven als ze behandeld worden in een niet-erkende borstkliniek. Naar aanleiding daarvan heeft federaal minister Vandenbroucke vorige week donderdag 23 maart aangekondigd dat een behandeling voor borstkanker enkel nog zal worden terugbetaald als ze wordt verstrekt in een erkende borstkliniek.

Vandaag wordt een op de vijf patiënten niet in een erkende borstkliniek behandeld. Alleen in de coördinerende ziekenhuizen mag een individueel behandelplan voor borstkanker worden opgesteld. Ook de operatie moet daar plaatsvinden. De opvolging van de behandeling, zoals de chemo en de bestralingen, kan wel nog plaatsvinden in een satellietziekenhuis.

De erkenning van borstklinieken en de controle op het feit of ze voldoen aan de erkenningscriteria zijn een Vlaamse bevoegdheid. Maar om die controle uit te oefenen moet men toegang krijgen tot gegevens uit federale databanken. Er zal in de toekomst meer transparantie nodig zijn. Er zijn nog altijd ziekenhuizen die onduidelijke of misleidende reclame maken en zich onterecht een borstkliniek noemen. Er zal dus moeten worden ingezet op duidelijkheid en op juiste informatie richting de patiënten. Ook moeten artsen de doorverwijsfunctie naar een erkend centrum goed toepassen. Dat gebeurt nu niet altijd.

Tot slot zijn er de patiënten die nu in behandeling zijn in een niet-erkend centrum. Zij hebben natuurlijk veel vragen over deze aankondiging. Het is voor die patiënten en hun naasten toch wel hard om dit nieuws te horen. Wie geconfronteerd wordt met kanker, moet de beste zorg krijgen die voorhanden is.

Minister, op welke manier controleert Vlaanderen of de borstklinieken aan hun erkenningsvoorwaarden voldoen? Zal deze controle worden uitgebreid en beschikt Vlaanderen over de nodige gegevens hiervoor aangezien het KCE in zijn studie ook wees op het gebrek aan transparantie?

Kunnen ziekenhuizen verplicht worden om patiënten correct te informeren over het feit of ze al dan niet een erkende borstkliniek zijn? Wat zijn de implicaties daarvan?

Komt er een oplossing voor vrouwen die nu in behandeling zijn in een niet-erkend centrum?

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

**Immanuel De Reuse (Vlaams Belang):** Uit de studie waarover mijn collega het had blijkt inderdaad dat het volume een belangrijk aspect is van de kwaliteit van



de zorg. De erkenningsnormen bepalen dan ook het minimale activiteitsvolume waaraan een borstkliniek moet voldoen.

Vlaanderen moet de normen controleren. Nu blijkt dat vele erkende borstklinieken niet aan de wettelijke normen inzake het minimum aantal ingrepen voldoen. Bovendien verloopt de informatiedeling momenteel ook moeizaam. Wanneer Vlaanderen bij het Kankerregister navraagt of bepaalde campussen aan de verplichte volumecriteria voldoen of nog voldoen, kan het Kankerregister deze vraag niet beantwoorden. Als de overheid de kwaliteit van zorg in erkende borstklinieken wil blijven opvolgen, moet ze telkens een aanvraag doen om de analyses op campusniveau uit te voeren. Dit is dan ook een zeer tijds- en arbeidsintensief proces.

Het rapport formuleert ook enkele aanbevelingen. Minister, hierover heb ik enkele vragen.

Er wordt aanbevolen om de lijst van coördinerende borstklinieken en geaffilieerde campussen beschikbaar en vlot toegankelijk te maken voor iedereen en om ervoor te zorgen dat deze lijst actueel wordt gehouden. Hoe zullen patiënten en professionals hiernaartoe geleid worden? Welke initiatieven neemt u om dit te realiseren?

Op welke manier gaat u nog meer inzetten op het publiek rapporteren van de kwaliteit van de zorg die in de coördinerende borstklinieken en hun campussen wordt geboden? Gaat u ook extra initiatieven nemen om de kwaliteit van de zorg te onderzoeken?

Welke initiatieven neemt u als minister, in samenspraak met uw federale collega-minister, om kwaliteitsvolle zorg bij de behandeling van borstkanker te garanderen?

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

**Minister Hilde Crevits:** Dank u wel, collega's, voor de vragen.

Kijk collega's, de relatie tussen volume en kwaliteit is eigenlijk niet zo nieuw. De collega's verwijzen er ook naar, en inzake borstkankerzorg staat dat eigenlijk al lang vast. Toch is het toegelaten in ons land dat vrouwen overal worden behandeld. Dat staat nog altijd zo in de federale regels.

De vraag – enfin, ik ben er eigenlijk positief over gestemd, het is ook onze vraag – om terugbetaling ook te koppelen aan erkende borstklinieken, is denk ik een goede maatregel om mensen te beschermen. Het is, vind ik, niet aan een patiënt om te moeten nagaan waar hij of zij beroep kan doen op een erkende borstkliniek.

Ik zou dat heel raar vinden. Je wordt al geconfronteerd met iets, en je moet dan gaan zoeken waar wel en waar niet. Dat is een zeer vreemde situatie. Het is aan ons als overheid om te zorgen dat de volumes zich daar concentreren waar de grootste zekerheid en veiligheid aan de patiënt kan worden geboden.

Hoe verloopt de controle op de erkenningsnormen? Voor de aanvraag tot erkenning werd er een sjabloon uitgewerkt waarin alle erkenningsnormen van het gespecialiseerd zorgprogramma voor borstkanker zijn opgenomen. Dat wordt punctueel afgetoetst om te bepalen of een ziekenhuis aan de erkenningsnormen voldoet. Als dat het geval is, krijgt het ziekenhuis een erkenning. De activiteitcijfers op het moment van de aanvraag van de erkenning worden aangeleverd door het ziekenhuis en zijn daarin opgenomen.

Dat moet eigenlijk beter kunnen. In een informatietijdperk vind ik dat de patiënt meer mag verwachten. Het beperkte aanbod aan overheidsartsen volstaat niet om afschriften en verslagen in de ziekenhuizen voldoende te kunnen opvolgen om de activiteitcijfers in kaart te brengen.

Dus wat hebben we vorige week gedaan? We hebben diverse betrokken actoren, namelijk ons eigen agentschap Zorg en Gezondheid, het KCE, de Stichting Kankerregister, het Intermutualistisch Agentschap (IMA), Zorgnet-Icuro en het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ), allemaal uitgenodigd op mijn kabinet om te bekijken hoe we de resultaten en de aanbevelingen van het KCE kunnen omzetten in daadwerkelijk veiligere zorg voor borstkankerpatiënten in Vlaanderen.

We zijn op dit ogenblik aan het onderzoeken hoe we een gestructureerde datastroom kunnen opzetten die het agentschap Zorg en Gezondheid correcte en recente activiteitcijfers van alle zorgprogramma's voor borstkanker in de ziekenhuizen per campus en per arts aanlevert.

Waarom is dat nodig? Omdat de erkenningen op campusniveau gebeuren. Die gebeuren dus op het niveau van de campussen van de ziekenhuizen, en ook voor de artsen gelden minimale volumes, maar dat laatste viel buiten de scope van de KCE-studie, dus u zult daar niets over terugvinden. Het gaat over erkenning of geen erkenning, maar als je binnen de erkenning al dan niet je aantallen haalt, wordt dat eigenlijk niet mee bekeken, dus daar kunnen we eigenlijk geen uitspraken over doen.

Maar net zoals het KCE ondervonden heeft, hebben wij als erkennende overheid immers ook ervaren dat de verschillende activiteitdata tot op vandaag onvoldoende transparant, en zelfs enkel maar met vertraging voor ons beschikbaar zijn, en dat staat een efficiënte handhaving in de weg. We zullen nu dus verder in overleg gaan met de ziekenhuisnetwerken en bekijken hoe we al die aanbevelingen zoveel mogelijk kunnen toepassen, in afwachting van een aangepast regelgevend kader.

Aangezien de prestaties tot op vandaag terugbetaald worden door de federale overheid – het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) – ongeacht of het ziekenhuis erkend wordt voor het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker, is louter een intrekking van de erkenning geen oplossing. Dus als we dat zouden doen lost dat niets op. Wat wordt terugbetaald, is de chirurgische ingreep voor borsttumoren.

Het ziekenhuis dat zijn erkenning verliest, kan momenteel de prestaties immers gewoon verder laten uitvoeren, zonder dat de patiënt daarvan iets in de terugbetaling merkt. Borstklinieken die een erkenning gehaald hebben, hebben bovendien ook aangetoond dat ze aan de andere normen op het vlak van omkadering en infrastructuur voldoen. Dat vind ik wel belangrijk om te onderstrepen.

In elk geval is er nu een vooruitzicht dat ze niet langer om volumes zullen moeten concurreren met niet-erkende centra. Want als men federaal die regelgeving gaat aanpassen, dan zullen we automatisch een systeem hebben waarbij de concentratie in de erkende ziekenhuizen zal gebeuren. Met Zorginspectie kunnen we kijken hoe we dit opnemen in het kader van de controle op het zorgtraject van onze oncologische patiënt.

De term borstkliniek naar analogie met oog- of pijnkliniek bestaat al langer dan de wettelijke erkenning van het gespecialiseerd zorgprogramma voor borstkanker. Al bij de publicatie van de regelgeving voor de erkenning voor dat zorgprogramma, heeft het agentschap Zorg en Gezondheid de ziekenhuizen die de term borstklinieken op hun website gebruikten, maar niet over een erkenning beschikten, aangeschreven om ze erop te wijzen dat deze term misleidend kan zijn voor mensen, en ze die beter niet meer gebruiken op de website.

De term borstkliniek, collega's, is niet wettelijk beschermd. Wij kunnen vandaag dus niet optreden tegen het gebruik door niet-erkende centra. Het gebrek aan duidelijke informatie hieromtrent vanuit de zorgverstrekkers lijkt ons wel problematisch vanuit de rechten van de patiënt. Zoals gezegd, lijkt mij de beste

oplossing effectief het koppelen van de terugbetaling, en liefst ook de uitoefening, aan de erkende klinieken. Ik ben dus toch wel tevreden dat men daar op het federale niveau werk van wil maken.

Quid de mensen die nu behandeld worden in een niet-erkend centrum: Vandaag heeft een patiënt bij ons in Vlaanderen de vrijheid om een arts te kiezen, dat is een goede zaak. Patiënten hebben vaak een vertrouwensrelatie met hun arts, ze laten zich – voortbouwend op dit vertrouwen – door een arts behandelen ongeacht of de campus in kwestie een erkend zorgprogramma heeft of niet. Ik zou dus toch wel meer publieke transparantie willen creëren over die erkenningsstatus van de ziekenhuizen, en over de kwaliteitsindicatoren voor de daar verleende behandelingen, zodra alle data beschikbaar zijn. Dat kan patiënten net ondersteunen in het nemen van een geïnformeerde beslissing.

Toch wil ik in afwachting van het uitvoeren van de aangekondigde federale maatregelen, ook beroep doen op de verantwoordelijkheidszin van elke zorgverlener, elk ziekenhuis, en elk ziekenhuisnetwerk. Zoals eerder al werd aangegeven, zit de patiënt zelf al met genoeg vragen rond wat hem of haar te wachten staat, en moet men erop kunnen vertrouwen dat we in Vlaanderen de best mogelijke omkadering voor hun behandeltraject verzekeren daar waar het aangeboden wordt. De verschillen tussen de erkende en niet-erkende centra die we nu zien, maken verdere business as usual onmogelijk te verantwoorden.

Wat kunnen we snel doen? Op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid is er een overzicht van de erkende zorgprogramma's per ziekenhuis. Dit overzicht is altijd actueel dankzij een automatische update. De informatie op de website was in eerste plaats gericht aan zorgverstrekkers en aan voorzieningen. Daardoor vind ik dat de informatie moeilijk terug te vinden is, en ook niet zo evident te raadplegen is door de burger. Binnen het agentschap heb ik gevraagd om die gegevens op een meer toegankelijke manier weer te geven, en niet enkel voor de erkenning van het zorgprogramma van borstkanker, maar ook voor alle andere erkenningen. We maken het dus toegankelijker zodat de info sneller kan worden gevonden.

Ook op [zorgkwaliteit.be](http://zorgkwaliteit.be) en op [desocialekaart.be](http://desocialekaart.be) kan iedereen per ziekenhuis terugvinden of het ziekenhuis over een erkenning beschikt, hoe dat ziekenhuisbeleid in elkaar zit, wat erkenningen en de daarbij horende normen zijn, wat de voorwaarden zijn om zorg aan te bieden of voor terugbetaling. Wij kunnen niet verwachten dat mensen zich daar op zo'n kwetsbaar moment totaal in gaan verdiepen, maar opnieuw blijft de beste werkwijze daarom dat als je de normen niet haalt, je de zorg ook niet kunt aanbieden. Het gaat niet over dat je als klant vergelijkt waar je de beste slag kunt slaan, het gaat hier vaak – en dat bewijst de KCE-studie spijtig genoeg – over leven en dood, over gezinnen die samenblijven of niet.

We blijven wel streven naar het zo helder mogelijk presenteren van deze informatie. Zo gaan we – dat is nieuw – in de brieven met betrekking tot de borstkankerscreening die periodiek worden verstuurd naar mensen, als er een afwijkend resultaat vastgesteld wordt, in tegenstelling tot vroeger, verwijzen naar de lijst met de erkende coördinerende borstklinieken om mensen nu al beter te informeren.

Het VIKZ heeft indicatoren uitgewerkt over borstkanker. Deze worden gerapporteerd op de website [zorgkwaliteit.be](http://zorgkwaliteit.be). Op dit ogenblik staan er geen resultaten met betrekking tot borstkanker op de website omdat het KCE-rapport recentere resultaten gebruikt heeft dan deze die het VIKZ publiceerde. Het VIKZ zal op basis van de recentere data de resultaten voor de indicatoren herberekenen. Deze data doorlopen een kwaliteitscontrole en zullen we in de loop van de maand juni publiceren op de website.

De federale minister van Volksgezondheid heeft al aangekondigd dat hij maatregelen gaat nemen voor de stopzetting van de uitoefening en terugbetaling van borstingrepen in ziekenhuizen zonder erkenning voor een gespecialiseerd zorgprogramma voor borstkanker.

Vanuit Vlaanderen bekijken we actueel, in overleg met andere actoren en instanties, zoals ik al zei, hoe we op korte termijn bijvoorbeeld kunnen omschakelen naar erkenningen van bepaalde duur, waarbij het ziekenhuis regelmatig op campusniveau moet aantonen dat het aan de vereisten voldoet om een verlenging van de erkenning te krijgen. We zouden het thema ook kunnen oppikken in het kader van de zorgstrategische planning.

Waar zijn we nu volop op heel korte termijn mee bezig? Dat is het verkrijgen van accurate jaaractiviteitscijfers van de ziekenhuiscampussen, de erkenningen transparanter weergeven op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid, het valideren van de recentere data van het Kankerregister, zodat zij in juni op de website al gegevens kunnen meegeven en het introduceren in het najaar van een nieuwe website waar heel wat meer functionaliteiten in zullen zitten naar gebruiksvriendelijkheid, toegankelijkheid en visualisatie van de resultaten, waardoor de transparantie voor de mensen een pak groter zal worden. Dit past allemaal in het lopende project rond de ziekenhuisnormering.

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

**Maaike De Rudder (cd&v):** Minister, dank u wel voor uw zeer uitgebreid antwoord, dat toch wel aantoont dat er heel wat stappen gezet zijn en veel stappen lopende zijn. Ik ben het eens met alles wat u gezegd hebt, maar vooral dat de datastroom gestructureerd moet zijn om efficiënte handhaving te kunnen hebben. Dat kan alleen maar op basis van objectieve gegevens. Zolang dat stukje nog mank loopt, waardoor nog niet alles in kaart kan worden gebracht, is het positief dat daaraan zal worden gewerkt en dat daar in de toekomst verdere stappen in zullen worden gezet.

Ik hoor op het terrein dat als mensen een afwijkend resultaat hebben, ze heel emotioneel zijn en dan nog bezig moeten zijn met waar ze naartoe moeten. Ik ben heel blij dat ze dan al een lijst hebben met welke erkenningen er zijn. Dat is dat voor die mensen al een hele ondersteuning in een moeilijk proces op dat moment.

Ik kijk uit naar de verdere stappen die zullen worden gezet en ik ben heel blij met uw antwoord, en zeker met de stappen die alvast gezet zijn.

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

**Immanuel De Reuse (Vlaams Belang):** Dank u wel, minister, voor uw uitvoerig antwoord. De studie heeft inderdaad wat pijnpunten blootgelegd. Het was een belangrijk onderzoek, en inderdaad kwam de vaststelling volume en kwaliteit ook hier weer naar boven. Het is een belangrijke stap die hier gezet wordt om de terugbetaling te koppelen aan die erkenning, om ons daar door te laten leiden. Het moet dan wel zo zijn dat de controle op die erkenningsnormen goed moet zijn en actueel moet zijn. Het gaat tenslotte om een gevoelig hogere kans op genezing in een erkende borstkliniek. Ik denk dat dit heel belangrijk is voor alle betrokkenen in het kader van de volksgezondheid.

U zult een onderzoek voeren naar verbetering en verfijning. Laat ons hopen dat het heel snel kan gaan en dat u medewerking krijgt van alle actoren op het terrein, zowel de federale als de ziekenhuizen.

Op dat moment is ook informatieverstrekking belangrijk. Als ik kijk op de website van Borstkanker Vlaanderen zie je alle erkende ziekenhuizen. Het is belangrijk dat

er ook een webstek is waarbij onderaan het kwaliteitslabel 'Vlaanderen' staat, zodat we weten dat het vanuit de overheid komt en dat de betrokkene ervan kan uitgaan dat de informatie klopt. Maar ook wat ons betreft, dank voor alle spoed die u achter de initiatieven zet. Wij volgen dit mee met u op.

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

**Elke Sleurs (N-VA):** Minister, collega's, ik denk dat een goede kwaliteit de basis is van een goede gezondheidszorg. Ik denk dat we daar als Vlaamse overheid zeker en vast moeten in investeren. Het overleg is gaande, ik zie dat er heel wat stappen genomen zijn en ik zie dat het ook dringend en absoluut noodzakelijk is. Ik veronderstel dat het RIZIV er ook bij betrokken is, dat is niet benoemd, maar het is een noodzakelijk minimum.

Wat betreft de hervormingen van de ziekenhuisnetwerken moet het de doelstelling zijn om de kwaliteit te verhogen, zodat we op die manier de aantallen – ik denk dat we allang weten hoe meer ervaring, hoe meer aantallen – verhogen en dat komt de kwaliteit ten goede. Dit geldt ook voor andere aandoeningen, niet alleen voor borstklinieken.

Anderzijds, minister, wil ik erop wijzen – en dat is een groot taboe – dat ook mannen lijden aan borstkanker. Zij voelen zich weinig aangesproken met betrekking tot de problematiek van borstkanker. Natuurlijk vormen vrouwelijke patiënten de overmacht, maar bij dezen wil ik toch ook even de mannelijke patiënten met deze zeldzame pathologie een hart onder de riem steken.

**De voorzitter:** Dank u wel voor deze belangrijke aanvulling, collega Sleurs.

Minister Crevits heeft het woord.

**Minister Hilde Crevits:** Bedankt, collega's, voor de suggesties, en zeker, collega Sleurs, wat betreft de mannen met borstkanker.

Wat betreft het RIZIV, collega Sleurs, heb ik onmiddellijk na het bekendmaken van de resultaten een brief gestuurd naar mijn federaal bevoegde collega, om het een en ander met de administratie op te nemen, omdat we via het RIZIV interessante informatie kunnen krijgen. IMA beschikt ook over de RIZIV-data, en we weten dat het RIZIV een nieuwe nomenclatuur voorbereidt om de terugbetalingen beter te regelen.

Borstkanker.be is geen website van de Vlaamse overheid, collega De Reuse. Ik heb gezegd dat er een nieuwe website vanuit Vlaanderen komt die gebruiksvriendelijker zal zijn en waarop ook alle informatie zal worden meegenomen.

Collega De Rudder, om te antwoorden op uw vraag: er is het overleg met het Nationaal Intermutualistisch College (NIC). Dat is de overkoepelende organisatie van de mutualiteiten en de andere actoren. Dat is vrijdag gebeurd, ook op mijn kabinet. Dat was een zeer belangrijk overleg, net om wat helderheid te kunnen krijgen.

Collega De Reuse, veel volume dat erkende klinieken nu verliezen, zal natuurlijk naar hen terugvloeien. Dan zal de controle ook zinvol zijn en zal de taak op het vlak van handhaving minder groot zijn. Als je weet dat je maar terugbetaald wordt als je in een erkende kliniek werkt, dan is dat eigenlijk vrij eenvoudig en ga je een veel grotere stroom krijgen. Maar nu is dat heel lastig. Waarom zouden we handhaven? Het wordt toch allemaal terugbetaald. Je kunt het wel doen, maar mensen blijven vrij om te gaan waar ze willen. In die zin vind ik het een goede zaak om de ingrepen die aangekondigd zijn, ook effectief uit te voeren.

Ik weet dat er dan wat zorgen zijn rond bepaalde satellietklinieken, maar het KCE voorziet ook een rol voor satellietklinieken. Die kunnen geaffilieerde campussen zijn. Ik vind dat ze zich daar eigenlijk geen zorgen over moeten maken. Bepaalde zaken zoals radiotherapie en chemotherapie kun je, onder begeleiding van zo'n erkende coördinerende kliniek, zeer dicht bij de patiënt aanbieden, ook op geaffilieerde campussen. Ik weet niet wie er verwees naar de ziekenhuisnetwerken, maar je kunt daar goed mee gaan werken en ervoor zorgen dat de nabijheid voor de mensen ook gehaald wordt.

Wat ik tot slot nog wil meegeven – want we hebben er ook al een hele discussie over gehad op het kabinet –: een erkende borstkliniek, dat gaat niet alleen over aantallen, dat gaat vooral over alles errond, over de kwaliteit en de zorg. Het zou helemaal fout zijn om te zeggen dat we hier een afvinklijstje hebben en zoveel zijn er erkend. Neen, het gaat over een zorgpad, het gaat over veel meer dan alleen maar die cijfers.

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

**Immanuel De Reuse (Vlaams Belang):** Eigenlijk heb ik geen slotreplik. Ik wil enkel zeggen dat ik inderdaad het punt wilde maken dat er onderaan de webstek een kwaliteitsmerk moet komen dat zegt dat Vlaanderen dat autoriseert en dat het echt heel belangrijk is dat iedereen dat weet. Dus we zitten daarin op één lijn.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Maaïke De Rudder aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het tekort aan huisartsen – 1982 (2022-2023)**

**Voorzitter: de heer Koen Daniëls**

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

**Maaïke De Rudder (cd&v):** Veel gemeenten in België hebben momenteel te kampen met een tekort aan huisartsen, terwijl er in totaal eigenlijk wel genoeg huisartsen zijn. De reden hiervoor is te zoeken in het feit dat er een versnippering is van het artsenaanbod en tegelijkertijd is het aantal consultaties gestegen en vullen instromende huisartsen niet genoeg de huisartsen op die met pensioen gaan. Het aantal huisartsen in opleiding is nu gelukkig wel gestegen met 17 procent. Toch is dat niet genoeg om in 2030 het gat op te vullen van de huisartsen die met pensioen gaan. Een derde van de huisartsen is nu ouder dan 65. Ook de grote werkdruk en de hoeveelheid administratie zorgen ervoor dat sommige artsen stoppen en uit het beroep stappen.

Het is niet meer zo gemakkelijk als vroeger om een afspraak te krijgen bij de huisarts. In veel huisartsenpraktijken is het zo druk dat nieuwe patiënten niet meer langs kunnen komen. Wie een vaste huisarts heeft, moet soms dagen wachten om op consultatie te kunnen gaan. Het is een probleem dat vroeger vooral voorkwam in de grote steden, maar dat zich nu ook steeds meer in kleinere gemeenten laat voelen. Zo ook in het Waasland, waar er minder dan 90 actieve huisartsen zijn per 100.000 inwoners.

De huisartsenvereniging Domus Medica is bezig met een studie om de problematiek in kaart te brengen. Op een vorige actuele vraag op 12 oktober 2022 werd hiernaar verwezen door minister Dalle. Het onderzoek wordt tegen deze zomer afgerond en zal waarschijnlijk gepubliceerd worden in het najaar. De resultaten van dat onderzoek zijn belangrijk, maar we kunnen niet afwachten tot het najaar, er moet al vroeger actie ondernomen worden, vandaar mijn vraag.

Wat doet de Vlaamse Regering nu al en wat kan ze nog doen om te zorgen dat iedere Vlaming in de nabijheid van zijn woonplaats een huisdokter kan consulteren?

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

**Minister Hilde Crevits:** Dank u wel, collega, voor deze interessante vraag. Het huisartsentekort in Vlaanderen is een bekend probleem, maar het is tegelijk ook een complexe problematiek. We hebben het er al vaak over gehad. Ik wil eerst en vooral iets zeggen over de mogelijke oorzaken van het huisartsentekort.

Volgens een aantal experts zijn er in totaal wel voldoende huisartsen, maar is er een versnippering of op zijn minst geen evenwichtige verspreiding binnen Vlaanderen of in ons land. Er is op het vlak van zorg en gezondheid ook veel veranderd de voorbije decennia. De zorgvraag van onze bevolking is sterk toegenomen. Ik geef een cijfer: op 15 jaar tijd zijn er bijna 20 procent meer consultaties bij de huisartsen. Mensen leven langer, er zijn meer chronisch zieken, er zijn ook personen met verschillende chronische ziekten. Dat leidt tot complexere pathogenen. Een derde van de huisartsen is nu ouder dan 65 jaar. Dat is enorm. Veel oudere huisartsen gaan met pensioen. Het gaat vaak om mensen die solo werkten in eenpersoonspraktijken en die heel veel patiënten hebben en lange dagen deden. De instromende huisartsen vangen niet helemaal de capaciteit op van de vertrekkende huisartsen. De jongere huisartsen maken, gelukkig ook, de keuze voor een beter evenwicht tussen werk en gezin, zodat er minder lange dagen worden geklopt. Daarom werken veel huisartsenpraktijken ook met een patiëntenstop.

Vanuit Vlaanderen focussen we heel erg op het zorgaanbod binnen de eerstelijns. Wij promoten heel fors dat mensen niet zomaar voor om het even wat naar de spoeddienst, het ziekenhuis of de specialist gaan. Huisartsen zijn bij ons echt een baken in de eerstelijnsgezondheidszorg. Tot slot, is er de toegenomen administratieve last door de jaren heen. Ik vind dat heel spijtig. Er is heel veel rapportering. En dat zorgt ook voor werkdruk, tijd die ze minder aan patiënten kunnen geven of die mensen zelfs voor een andere loopbaan doet kiezen.

Meten is weten, collega's. Vanuit deze analyse is er het onderzoek van Domus Medica, samen met UGent en Het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn (VIVEL). Dat is een onderzoek om de capaciteit binnen de huisartsengeneeskunde in relatie tot de effectieve zorgnood en het zorgaanbod in de eerstelijnszones duidelijk in kaart te brengen.

Het eerste rapport is in het najaar van vorig jaar opgeleverd. Op basis daarvan wordt nu een rationele selectie gemaakt van een aantal indicatoren. Halverwege dit jaar – we zijn er bijna – zal de basisset van indicatoren beschikbaar zijn. Vervolgens zal aan de hand van die kwalitatieve basisset de toegankelijkheid van de huisartsengeneeskunde binnen alle eerstelijnszones in Vlaanderen effectief in kaart gebracht worden. Ik begrijp wel de opmerking dat het lang duurt. Het is natuurlijk belangrijk om bij de start een goede registratiemethodiek te hebben, dat wil de sector ook.

Ondertussen zitten we niet stil. We nemen een aantal concrete initiatieven. Ten eerste is de toegankelijkheid van de zorg een van de basisopdrachten van de huisartsenkringen. Die worden door ons financieel ondersteund. We ondersteunen en hebben ook overleg met Domus Medica, dat aan de hand van een aantal concrete voorbeelden gaat bekijken hoe huisartsenkringen kunnen anticiperen en een faciliterende rol kunnen spelen in de opvang van de problemen binnen de praktijkorganisaties.

Er is de renteloze lening van maximaal 35.000 euro. Daarbovenop is er nog de extra renteloze lening van 10.000 euro voor wie investeert in bijkomende ruimte

of infrastructuur voor samenwerking met een praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige. Al die aanvragen voor financiële ondersteuning zullen in samenwerking met PMV/z in de toekomst volledig digitaal kunnen gebeuren, waardoor we de planlast ook gaan beperken.

En dan is een van de oplossingen ook de taakdelegatie – zeer interessant. Eind vorig jaar hebben we daarover een besluit van de Vlaamse Regering (BVR) goedgekeurd. Elke actieve huisarts in Vlaanderen en Brussel kan een jaarlijkse tegemoetkoming ontvangen in de loonkosten van minstens een derde voltijdse equivalent (vte) praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige. Ik denk dat dat zeer belangrijk is om de mensen te ontlasten.

In dertien eerstelijnszones hebben we ook interessante proefprojecten lopen voor een brede eerstelijnspraktijk. Er gingen er al zes van start. Zeven zijn begin 2023 opgestart. De zes die al bestaan – mocht u interesse hebben in een bezoek – zijn te vinden in Vorselaar, Diegem, Merchtem, Wommelgem, Genk en Sint-Truiden. De zeven die begin dit jaar opgestart zijn, zijn te vinden in Sint-Niklaas, Zelzate, Zwijndrecht, Geel, Ooigem in Wielsbeke, Kortrijk en Hoeilaart. Er wordt ook een expliciete focus gelegd op het uitbreiden en optimaliseren van het zorg- en welzijnsaanbod van de patiëntenpopulatie van de hele eerstelijnszone.

Er is ook een traject met het Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden (VIPA) om te kijken of subsidies voor brede eerstelijnspraktijken naar de toekomst toe duurzaam en structureel verankerd kunnen worden. Ik was trouwens op de Dag van de Zorg op bezoek in Gent, in een schitterend multidisciplinair centrum in Nieuw Gent – ik kijk even naar de Gentenaren. Het waren allemaal appartementsblokken, maar daar heb je dan een prachtige multidisciplinaire praktijk met zeven huisartsen, maar ook tandartsen, psychologen en kinesisten. Dat levert dus een zeer mooi resultaat op in globo. Dat was nu een traject dat zich focust op heel kwetsbare mensen, die de zorg ook zouden durven uitstellen.

Ten slotte is er ook de link met het federaal bevoegdheidsniveau. In het kader van de New Deal wordt bekeken welke acties er naar de toekomst toe bijkomend uitgerold kunnen worden om de toegankelijkheid van de huisartsen verder te optimaliseren. Dat kan een interfederale samenwerking zijn, maar ook het afsluiten van een – mijn favoriete woordje – ‘asymmetrisch’ bevoegdheidspakket. De essentie is dat we stappen vooruit kunnen zetten om de toegankelijkheid van de huisartsengeneeskunde de volgende jaren te waarborgen.

Voilà, er is dus veel actie om een zeer, zeer ‘majeur’ tekort ook te ontmoeten.

Dank u wel.

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

**Maaike De Rudder (cd&v):** Minister, ik heb deze vraag ook nog eens gesteld omdat het deze week weer zeer actueel was. Dit weekend was het ook actueel rond het tekort aan tandartsen. We zien dus dat die problematiek actueel blijft. Het is goed dat het onderzoek nog dit jaar bekendgemaakt wordt, dat die indicatoren en cijfergegevens dan tegen deze zomer bekend zijn.

Het is ook heel belangrijk dat die takendelegatie en die praktijkverpleegkundigen de planlast zullen verminderen. Dat zien we ook al wel in de projecten die lopen.

Ik heb nog één bijkomende vraag. Is er bij de proefprojecten waarnaar u verwezen hebt, al bekend wanneer er daar een eerste evaluatie zal zijn van de proefprojecten die bijvoorbeeld vorig jaar al opgestart zijn? Is er daar ook al op kortere termijn een evaluatie om dan misschien ook de verdere uitrol richting die multidisciplinaire praktijken te doen, ook in andere steden en gemeenten? Dank u wel.



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

**Freya Saeys (Open Vld):** Het tekort aan huisartsen is al zeer lang een probleem en wordt eigenlijk alleen maar erger. Ik zie dat eigenlijk dagelijks. Ik moet wel zeggen dat de acties die ondernomen worden, goede zaken zijn, maar ik denk dat men daarbij wel een aantal zaken vergeet. Ten eerste is dat de zelfstandige huisarts die alleen werkt, de soloarts dus. En er zijn ook de artsen die op dit moment eigenlijk gepensioneerd zijn, maar die blijven werken. Dat zijn vaak oudere, mannelijke huisartsen die nog heel wat uren draaien, die komen nog uit een oudere generatie waar men meer dan tachtig uren per week draaide. Dat is helemaal iets anders dan onze jongere generatie, die juist meer zoekt naar een balans tussen werk en privé en die meer gaat naar die groepspraktijken. Maar ik merk vooral dat soloartsen op dit moment zeggen dat ze verzuipen, dat ze dit niet meer aankunnen. Ook heel wat gepensioneerde huisartsen zeggen dat ze eigenlijk graag nog een aantal jaren hadden doorgewerkt, maar op dit moment zien ze zich dat gewoon niet meer doen om dat nog zoveel jaren op die manier vol te houden.

Wat de studie betreft, denk ik dat het heel belangrijk is dat we een goed zicht krijgen op het aantal huisartsen. Ik wil vooral het aantal actieve huisartsen weten, hoeveel uren men eigenlijk presteert. Ik denk immers dat dat het vooral is: hoeveel uren wordt er gewerkt per huisarts? Je mag er tien hebben, maar als die allemaal maar aan de helft werken van de huisartsen van vroeger, dan heb je nog altijd een tekort. Dat is dus heel belangrijk om mee te nemen, zeker als je je quota wilt bepalen, om dan vast te leggen hoeveel je er effectief nodig hebt. Dat wordt vaak vergeten, vooral het aantal uren dat er gepresteerd wordt. Er moet eigenlijk veel meer actie genomen worden, ook naar die soloartsen. Dat is immers een zeer, zeer grote meerderheid op de dag van vandaag. De meerderheid van onze artsen is ook 50-plus. Houd daar dus alstublieft rekening mee, want als we die artsen nog kwijtraken dan komt onze eerste lijn volledig onder druk te staan.

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

**Immanuel De Reuse (Vlaams Belang):** Het tekort aan huisartsen in Vlaanderen laat zich op verschillende vlakken voelen. Nu, met de zomer voor de deur, komt het tekort aan huisartsen in de toeristische gebieden natuurlijk ook weer in beeld. Van aan de Vlaamse kust, van onze kuststeden tot in de Limburgse fietsprovincie, overal zullen er heel wat toeristen zijn die ook eerstelijnszorg en ook huisartsen nodig hebben. Ik heb in het verleden uw voorganger, minister Beke, daar reeds over bevraagd naar aanleiding van enkele initiatieven aan de Vlaamse kust, waar lokale besturen zelfs heuse gezinsvakanties gaven aan artsen als die dan een deeltje van de permanentie zouden opvangen.

Uw voorganger zei dat de huisartsenkringen hierin zelf autonoom initiatieven kunnen ontwikkelen om dat tekort op te vangen. In hetzelfde antwoord zei de minister dat hij op de hoogte gehouden zou worden van die initiatieven om tijdelijk dat lokaal huisartsentekort op te vangen. Hij zou die ook opvolgen en evalueren. Mijn vraag aan u, minister, is: hebt u reeds een evaluatie van de initiatieven die de voorbije jaren in dezen genomen werden? Hebt u al weet van nieuwe initiatieven die opgezet worden in de volgende vakantie in de toeristische regio's, om daar het tijdelijk huisartsentekort op te vangen? Dank u.

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

**Jeremie Vaneekhout (Groen):** Collega Saeys schetst het goed, er zijn inderdaad nog specifieke regio's met extra noden.

Voor mij is de voornaamste vraag, minister, in welke mate we helemaal zicht hebben op de realiteit van de cijfers. Men kan zeggen dat er voldoende artsen zijn, maar als dat betekent dat we onrealistische verwachtingen hebben van individuele

huisartsen en het aantal uur dat ze moeten werken, dan kunnen we wel denken dat dat vol te houden is, maar op het einde van de rit stoppen die mensen. Dan werken ze niet langer dan de pensioenleeftijd omdat het niet te doen is. Of dan hebben we onrealistische verwachtingen van jonge artsen en maken we het hen onmogelijk. Ik vermoed dat de hele commissie ondertussen doordrongen is van de ernst van de problematiek.

Ik ben heel erg geïnteresseerd in de eerstelijnspraktijken en de evaluatie daarvan. Er zijn er natuurlijk nog maar een zevental gestart, binnenkort starten er nog. Het zou me heel erg interesseren om die te vergelijken met het klassieke model van de individuele huisarts. Hoeveel winst maakt men met zo'n eerstelijnspraktijk? Dat klinkt altijd wat raar in het kader van zorg en gezondheid. Maar op welke manier kunnen we zorgen dat er met hetzelfde aantal artsen evenveel kwalitatieve eerstelijnszorg verleend wordt? Hebben we daar al zicht op?

Hoe pakt u de timing van de evaluatie aan? Ik hoor u verwijzen naar de vraag rond de structurele financiering daarvan. Ik ga ervan uit dat er daartussen nog een evaluatie komt van die eerstelijnspraktijken. Wat is de meerwaarde daarvan? In welke mate zou dat de problematiek die collega Saeys aansnijdt, ten dele kunnen opvangen door ons anders te organiseren, door taken anders te verdelen? Misschien zou hetzelfde aantal artsen meer gezondheidszorg kunnen verlenen. Wat betekent dat voor onze quota? Hoe kunnen we zorgen voor voldoende huisartsen?

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

**Elke Sleurs (N-VA):** Ik sluit me aan bij de collega's, zeker bij collega Saeys in verband met het pleidooi voor de soloartsen. Groepspraktijken zijn goed, daar geldt de 'disciplinariteit' zeker, maar de soloartsen zijn momenteel nog heel belangrijk en hebben, als ik het zo mag zeggen, een grote omzet en vertrouwensband. Zij zien heel veel patiënten. De praktijkvoering verandert, maar bij de hervormingen en onze zoektocht naar een goede basis voor eerstelijnsgezondheidszorg moeten we blijven rekening houden met het goede werk van een soloarts en zijn grote aantal patiënten, zeker in deze tijden.

Over het kadaster hebben we het al vaker gehad. Dat is lopende. Het is goed dat we daar snel werk van maken, zeker naar de actieve artsen, daar wringt zeker het schoentje. Er zijn artsen die niet te actief zijn in de medische praktijk, maar het kadaster van actieve artsen in de medische praktijk is dan noodzakelijk.

We hebben de New Deal van de federale minister, maar daar is wel kritiek op geuit door een bepaald artsensyndicaat. Hoe ziet u die kritiek, minister? Is er voldoende overleg zodat de Vlaamse en federale maatregelen elkaar niet overlappen, maar integendeel, zodat de twee niveaus coherent samenwerken aan de eerstelijnsgezondheidszorg?

**Koen Daniëls (N-VA):** Ik wil nog één ding toevoegen wat de paperassen betreft. Ik heb recent een private situatie meegemaakt waarin de arts voor elke verzekering een ander formulier moest invullen waar hetzelfde op stond. Er is bijvoorbeeld een hospitalisatieverzekering, de CM vraagt iets, er is een papier van de werkgever en dan nog een papier voor de aanvullende beroepsinkomenverzekering. Ik dacht, we laten er eentje invullen en sturen dat naar iedereen, maar nee hoor. Ze stuurden het terug en vroegen om een exemplaar op hun eigen formulier. Vervolgens krijg je een voorschrift voor kinesitherapie, in Helena, en ook dat wordt teruggestuurd want er moet een officiële handtekening op. Die arts is vier keer hetzelfde blad aan het invullen op papier. Dat is complete waanzin. Dat wilde ik nog even aangeven. U kunt daar inderdaad niets aan doen, maar ik hoop dat al die verzekeringen en zo afspreken om met één papier te werken, dat ze overal aanvaarden. We zijn toch anno 2023. Dat is kafkaïens.

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

**Minister Hilde Crevits:** Met die laatste woorden kan ik eigenlijk alleen maar instemmen. Dit is trouwens niet alleen zo bij de huisartsen. We zien op heel veel plaatsen dat er nog problemen zijn wat dat betreft.

Ik geef wat aanvullingen. U weet dat de Vlaamse Regering een aantal subquota heeft goedgekeurd. Voor de huisartsen en de tandartsen zijn er geen. Dat is dus al één punt. Die kunnen vrijelijk instromen, want we hebben er natuurlijk heel veel nodig. We kunnen nu ook inzetten op bachelors Mondzorg. Dat heb ik in Gent gezien. De eerste generatie is nu afgestudeerd. Zij kunnen ook een stukje verlichting bieden.

Ik weet niet wie de vraag over de proefprojecten stelde. Dat was collega De Rudder, denk ik. Die lopen nog volop. Het is nog een beetje vroeg om te evalueren, want de eerste projecten zijn nauwelijks een jaar bezig. Dat is dus nog heel recent. We moeten dus wel wat tijd geven om de proefprojecten tot volle wasdom te laten komen. Zoals ik zei, de laatste zeven zijn pas in januari opgestart. Dan is het een beetje vroeg om al te evalueren.

Collega Saeys, de activiteitsgraad nemen we mee in het kader van de Vlaamse Planningscommissie. Die zit ook in de aantallen van de Federale Planningscommissie. Ik voel ten eerste met u mee als het gaat over de soloarts. Je ziet dat veel jonge mensen zich anders organiseren, maar je ziet, zoals u zelf zei, dat veel 50-plussers vaak soloartsen zijn die keihard werken, vaak soms zeven dagen op zeven. We moeten inderdaad ook bekijken hoe we hen kunnen ondersteunen. Er zijn wel maatregelen die voor hen ook een ondersteuning kunnen zijn. Ik heb er een aantal genoemd. Sorry voor de uitweiding, maar het blijft mij droef te moede dat bij onderzoek over hoeveel artsen er mogen starten, blijkt dat er minder jongeren mogen starten door het feit dat de Vlaamse artsen meer werken en dus meer patiënten hebben. Men gaat er immers van uit dat ze er veel meer hebben. Ik vind dat de wereld op zijn kop, maar dat hebben we in de publieke arena ook al gezegd.

Collega Saeys, ik denk dat er echt een beetje een breuk in de generaties loopt. Domus Medica, bijvoorbeeld, geeft aan dat we op termijn overal naar groepspraktijken gaan evolueren, maar dat zie je dus nog niet overal. Er zijn samenwerkingen, maar er zijn ook mensen die graag alleen werken, en er zijn ook bepaalde gebieden in Vlaanderen waar dat een beetje moeilijker is. Dat is uiteraard ook geen model dat we opleggen. Dat is een feit. Alle hulpmaatregelen die we bieden, gelden echter ook voor soloartsen. Ik had het over de subsidie voor het gebouw, de verpleegkundige. Ook een soloarts kan zo iemand in dienst nemen. Ik ken ook wel een aantal artsen die daar al van hebben gebruikgemaakt om wat meer comfort te krijgen en meer tijd te hebben om effectief met de patiënt bezig te zijn.

Ik weet niet of het cijfer bekend is, maar meer dan 90 procent van de startende huisartsen gaat werken in een groepspraktijk. Dat zijn dus de nieuwe mensen. Ik zei het al in mijn eerste antwoord: het klopt absoluut dat, als een solarts uitstroomt en een arts in een groepspraktijk instroomt, dat niet hetzelfde volume is. Daar moeten we dus ook rekening mee houden.

Voor mij is het multidisciplinair werken ook wel belangrijk, maar we zien dat dat toch steeds vaker gebeurt.

Ik zei het daarnet: uit onderzoek dat is gedaan naar de activiteitsgraad door de Federale Planningscommissie, blijkt dat Vlaamse artsen globaal veel meer presteren. Eigenlijk zouden we naar een goede 'work-life balance' moeten kunnen gaan voor iedereen, maar dat is voor de een moeilijker te realiseren dan voor de ander.

Collega De Reuse, u verwees wellicht naar de zomerartsen. Ik heb nog geen concreet zicht op nieuwe initiatieven in de toeristische kuststreek. De huisartsenkringen zijn wel aan het bekijken hoe men het eerstelijnsaanbod kan waarborgen. Dat is een taak die zij ook op zich nemen.

Ik heb al uitleg gegeven over de pilootprojecten. In totaal zijn er dertien pilootprojecten: er waren er zeven en nu zijn er nog bij gekomen. Het gaat ook over een kwalitatief onderzoek bij Domus Medica. Collega Vaneeckhout, we moeten de inhoud van het huisartsenaanbod grondig bestuderen. We proberen een zeer goed zicht te krijgen op wie er precies in zo'n praktijk zit, hoeveel artsen, hoeveel profielen, en dat vraagt om een doorgedreven onderzoek. We hebben daar nu nog geen concrete output van, maar dat is wel bezig.

Collega Sleurs, ja, ik heb begrepen dat zeker de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) niet zo happy was met dat federaal plan, die New Deal. In Vlaanderen proberen we met onze maatregelen te gaan zoeken naar waar de noden zijn en hoe we faciliterend kunnen optreden: om te starten, als je bouwt, om er meteen voor te zorgen dat er ruimte is om een verpleegkundige of helper mee in te zetten. Ik hoop dat dat echt ook het inzicht kan brengen dat je niet alles alleen kunt doen. Mocht u dat denken: persoonlijk heb ik niets tegen een soloarts. "Ge hebt van soorten nodig", zei mijn grootmoeder altijd. Maar we zien wel dat wie instroomt, vaak in een praktijk gaat werken. Dat vind ik een goede zaak, ook voor de work-life balance. Maar je moet er wel voor zorgen dat je niet al je energie daarin steekt en dat de anderen sneller gaan uitstromen omdat daar het schoentje blijft wringen. Daar houden we bij al onze maatregelen rekening mee.

Ik begrijp dat er vrij veel huisartsen in opleiding (HAIO's) zijn die op dit ogenblik nog een plaats zoeken. Het is belangrijk dat zij worden omarmd en dat ze heel snel aan de slag kunnen gaan. Ik heb het dan over de stages die ze ook moeten kunnen doen. Zodra ze afgestudeerd zijn, is er wellicht geen probleem, maar ze moeten natuurlijk ook een stage doen.

Tot slot, mijnheer Daniëls, over de parapluattesten, zoals ze heten, loopt er overleg met onze federale vrienden om onnodige ziekteattesten af te schaffen. Ik wil graag benadrukken dat veel van die attesten niet vanuit het beleidsdomein welzijn en zorg worden gevraagd, maar wel uit allerhande andere beleidsdomeinen. Ik heb ook al gereageerd op de oproep van de federale overheid om overbodige attesten af te schaffen. Ik verwijs ook naar het 'only once'-principe. Als je iets geeft aan de overheid, moet dat eigenlijk kunnen worden gedispacht naar de andere plaatsen. Ook in welzijn en zorg kunnen we daarin stappen vooruitzetten. Ik ben daar zelf ook vragende partij voor.

**De voorzitter:** En ook Assuralia zou dat kunnen doen voor haar partners. (*Opmerkingen van minister Hilde Crevits*)

Mevrouw De Rudder heeft het woord.

**Maaike De Rudder (cd&v):** Voorzitter, iedereen hier is het erover eens dat het tekort aan huisartsen nog altijd een problematiek is die heel actueel is en leeft. Er zijn al heel wat lopende zaken om die problematiek aan te pakken, maar het is natuurlijk niet zo eenvoudig om dat ook maar zo te doen.

Minister, ik kijk alvast uit naar de zomer, naar de verdere resultaten. Maar ik ben er ook wel mee met u van overtuigd dat groepspraktijken en multidisciplinaire praktijken mee de toekomst zullen vormen in onze medische wereld. We kijken alvast uit naar de verdere stappen die zullen worden gezet. Ik dank u.

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

**VRAAG OM UITLEG van Vera Jans aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het advies van de Vlaamse Jeugdraad over het mentale welzijn van jongeren – 2015 (2022-2023)**

**VRAAG OM UITLEG van Jeremie Vaneeckhout aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het advies van de Vlaamse Jeugdraad over het mentale welzijn van jongeren – 2017 (2022-2023)**

**Voorzitter: de heer Koen Daniëls**

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

**Vera Jans (cd&v):** Ik had samen met een aantal collega's een vraag ingediend over het advies van de Vlaamse Jeugdraad inzake het mentale welzijn van jongeren. Dat mentaal welzijn bijzonder relevant is, hoef ik denk ik in deze commissie niet uit te leggen, want ook beleidsmatig krijgt dat steeds meer aandacht. Het is ook een thema dat in dit parlement vaak hoog op de agenda staat en tijdens het coronaverhaal heeft het – terecht – bijzondere aandacht gekregen. Ook na de pandemie moeten we oog en oor blijven hebben voor de zeer terechte vraag om van mentaal welzijn een beleidsprioriteit te maken.

De Vlaamse Jeugdraad, de officiële adviesraad voor de Vlaamse Regering over alle domeinen die kinderen, jongeren en hun organisaties in Vlaanderen aanbelangen, bracht op woensdag 22 maart een advies uit over het mentaal welzijn bij jongeren. Ze brengen daarin toch wel verontrustende cijfers. Heel wat jongeren geven aan dat ze zich niet goed in hun vel lijken te voelen. Dat kan gaan over gevoelens van eenzaamheid of slaapproblemen en men geeft ook aan dat depressie- en angstklachten de afgelopen twee jaar zijn toegenomen, vooral voor jonge mensen en dat weerspiegelt zich ook wel wat in de crisishulp die overspoeld wordt door aanvragen.

Dat advies van de Vlaamse Jeugdraad formuleert heel wat aanbevelingen waarmee wij als beleidsmakers aan de slag kunnen gaan. Wat mij in eerste instantie opviel, is de kracht die de Vlaamse Jeugdraad bij de jongeren zelf, maar ook bij hun omgeving legt. Zo willen ze inzetten op outreachend werken op plaatsen waar kinderen, jongeren en hun gezinnen al voor andere vragen komen. Ook het jeugdwerk zien ze als experts in verbinding die hun steentje kunnen bijdragen aan die veilige omgeving waarin mentaal welzijn bespreekbaar kan zijn of kan worden. En ik denk dat ze daar de nagel op de kop slaan. Als het gaat over mentaal welzijn of psychologische problemen, is er vanzelfsprekend nood aan een betaalbare en toegankelijke hulpverlening.

Maar ook wil ik, en dat doe ik elke keer, het belang van de omgeving en de samenleving benadrukken. Kunnen spreken met vrienden en familie, een luisterend, laagdrempelig, oor hebben, een netwerk waarin het gesprek kan worden aangegaan en iemand die je kan doorverwijzen naar een professionele hulpverlener of een opgeleide vrijwilliger. Je netwerk en de omgeving kunnen een enorm groot verschil maken. Inzetten op mentaal welbevinden is – en dat hebben de leden van de Vlaamse Jeugdraad goed begrepen – zeer hard nodig als we willen bijdragen aan de preventie van psychische stoornissen. En dat doen we natuurlijk niet alleen. Van leerkracht tot scoutsleider, mentaal welzijn is een zaak van iedereen. Misschien is de aanbeveling die we als eerste ter harte moeten nemen, de vraag om samen te werken over beleidsdomeinen en beleidsniveaus heen.

Minister, ik stel u graag de volgende vragen: hoe reageert u op de aanbeveling die de Vlaamse Jeugdraad formuleerde?

Op welke manier wordt er reeds invulling gegeven aan die aanbevelingen?

Hoe zult u daar verder mee aan de slag gaan?

Op welke manier wordt er samengewerkt met andere beleidsdomeinen en -niveaus rond mentaal welzijn en hoe evalueert u op dit moment deze samenwerking?

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

**Jeremie Vaneekhout (Groen):** Minister, het advies van de Vlaamse Jeugdraad over het mentale welzijn bij jongeren is al ten dele toegelicht door de collega. Wij vatten het kort samen door te zeggen dat de toestand hopeloos is, maar dat we ons niet kunnen permitteren om de hoop op te geven. Dat is toch wel een harde conclusie.

Volgens de Jeugdraad kan de sector van de geestelijke gezondheidszorg de instroom van jongeren die worstelen met zichzelf, niet meer aan. Een overbevraagde sector – en dat is niet nieuw voor deze commissie – kan onmogelijk voldoende snel en adequaat hulp bieden, ondanks alle engagementen die er in de sector van de geestelijke gezondheidszorg zijn. Daardoor worden problematieken steeds complexer. Zo belanden we in een niet te stoppen neerwaartse spiraal, een hopeloze toestand.

Maar de Vlaamse Jeugdraad geeft ons ook hoop. Dat is ook een kenmerk van de Jeugdraad, en dat siert hem. De twee sleutelbegrippen daarbij zijn preventie en vroegdetectie. Veel belangrijker dan de immense instroom richting de geestelijke gezondheidszorg te managen, is het een kwestie van ervoor te zorgen dat die instroom op termijn ten dele opdroogt. Als een eerste noodkreet meteen wordt opgepikt, hoeft het maanden of jaren later niet per se tot een noodopname of een intensief therapietraject te komen. Dat blijkt uit elk wetenschappelijk onderzoek en uit de monitoring die gebeurt.

Om tot die preventie en vroegdetectie te komen, moeten we vooral mikken op een fundamentele mentaliteitswijziging binnen de samenleving. De druk moet naar omlaag, ook de druk die we onszelf als samenleving opleggen. Zich niet goed voelen moet nog meer bespreekbaar worden en meer ruimte krijgen. De Jeugdraad spreekt zelf over 'een week van', vergelijkbaar met de Week tegen Pesten, met extra aandacht voor mentaal welzijn op school.

Binnen de hele samenleving moeten de antennes worden aangescherpt om signalen van mentale problemen, zeker bij kinderen en jongeren, op te vangen, en dat bij leerkrachten, voetbaltrainers en jeugdwerkers, maar evengoed bij de bakkersvrouw of de medewerker van het recyclagepark, en zelfs bij iedereen die wel eens bij de bakker binnenloopt of langsgaat op het containerpark, bij alle leerlingen, voetballers of jongeren zelf.

Die forse investeringen in preventie en vroegdetectie zullen de komende jaren simultaan moeten lopen met de investeringen om de huidige wachtlijsten weg te werken en de lopende therapieën af te ronden. Dat is omdat we in de situatie zitten waar we in zitten. We kunnen helaas niet van een leeg blad vertrekken – sorry als ik daarmee illusies tegenspreek. Het is niet of-of. Het zal voor een hele periode enen moeten zijn.

In die zin kreeg ik recent toch wel een verontrustend signaal, het verhaal van een OverKop-huis dat tijdelijk zijn dienstverlening moest terugschroeven omdat de medewerkers volop werden ingeschakeld in de uitbouw van een nieuw OverKop-

huis, wat verderop. Die OverKop-huizen roemt de Jeugdraad trouwens als heel goede voorbeelden van waar we naartoe moeten in de toekomst. We moeten versneld investeren in een nog veel fijnmaziger netwerk van plekken waar jongeren heel laagdrempelig en heel outreachend kunnen thuiskomen.

Minister, hoe leest u het advies van de Vlaamse Jeugdraad? Erkent u het geschetste probleem? Welke lessen trekt u eruit richting het toekomstige beleid? Erkent u dat preventie en vroegdetectie de sleutelwoorden zijn om de sector in de toekomst te vrijwaren van een complete overrompeling, die eigenlijk al gaande is?

Bent u het met mij eens dat we de komende jaren dubbelop zullen moeten investeren, enerzijds in het wegwerken van bestaande hulpvragen en anderzijds in het maximaal voorkomen van toekomstige ernstige hulpvragen?

Ziet u de versnelde uitbouw van een netwerk van OverKop-huizen mogelijk, zonder daarbij in te boeten op de bestaande werkingen?

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

**Minister Hilde Crevits:** Dank u wel voor de vragen, collega's. Eerst en vooral wil ik meegeven dat ik niet alleen het advies van de Jeugdraad gelezen heb, maar dat we ook actief met elkaar gecommuniceerd hebben. Ik was ook uitgenodigd op hun event, maar ik heb collega Benjamin Dalle moeten laten gaan, omdat er een zeer onverwacht ander prangend probleem op onze tafel lag. Jullie kunnen wellicht wel denken wat dat probleem geweest zou kunnen zijn. Het was een paar weken geleden.

Voor ik op mijn bevoegdheden inga, wil ik er toch op wijzen – en dat blijkt ook uit de gezondheidsdoelstelling 'De Vlaming leeft gezonder in 2025' – dat we het principe van 'Health in All Policies' moeten verankeren. Dat betekent dat er ook in het onderwijs heel wat gebeurt en moet gebeuren, je hebt de aanpak rond neetjongeren (not in education, employment or training), en we moeten ook veel meer multidisciplinair werken.

Maar ik focus even op de laagdrempeligheid, want, collega's, daar zit eigenlijk mijn hele grote zorg. Ik volg de beide collega's-vraagstellers dat hoe vroeger je het probleem erkent, hoe makkelijker je kunt remediëren. De Jeugdraad zegt terecht dat het voor jongeren veel makkelijker is om op een natuurlijke manier in gesprek te gaan en zorgen te delen. Die laagdrempelige antwoorden op signalen van mentaal onwelzijn zijn daarvoor zeer belangrijk. Zeker als psychologische zorg noodzakelijk is, moet je snel kunnen schakelen.

Collega's, ik heb de voorbije jaren heel fel gesteund dat we zouden inzetten op OverKop-huizen. Die zijn gegroeid, dat weten jullie wellicht nog, vanuit het Rode Neuzen Fonds. Ik was al minister toen het allereerste OverKop-huis er kwam. Die vallen sinds 2022 onder het agentschap Opgroeien, en ik hoor van overal dat OverKop echt wel geassocieerd wordt met positieve, ongedwongen tijdsbesteding van waaruit ook ernstig in gesprek kan worden gegaan. Ik ben daar dus echt wel een believer in, en ik hoor van jongeren hetzelfde.

Ik heb er ondertussen al een paar bezocht sinds ik bevoegd ben voor Welzijn. Wat er zo mooi aan is, is dat afhankelijk van waar je bent – of dat nu in Mechelen, in de Westhoek, of in Gent is – je een totaal andere populatie jongeren hebt die daar komt. Je ziet daar dus ook wel echt een doorsnede van jongeren, en ook zeer mooie opportuniteiten om laagdrempelig hulp te krijgen.

Er wordt vandaag ingezet op de uitbouw van die OverKop-huizen, ik wil die eigenlijk over heel Vlaanderen uitbouwen. Ik weet dat daar nog wat budget voor nodig is, maar we willen die in de toekomst echt wel nog versterken, en ook absoluut

structureel verankeren. Ik hoor van u dat er blijkbaar een werking haar dienstverlening moest terugschroeven. Geef mij dat gerust door, dat is absoluut niet de bedoeling en dat zal wel zeer tijdelijk geweest zijn, veronderstel ik. Want het is natuurlijk wel waar dat we heel veel budget hebben vrijgemaakt om te gaan uitbreiden, en dat dat dan even ook een groeispurt betekent, dat kan wel zo zijn.

Collega's, wij hebben dit jaar nog – op basis van gesprekken met de Vlaamse Jeugdraad – geïnvesteerd in die versterking van de bestaande OverKop-huizen. Dat geldt ook voor de uitvoering van de opdrachten inzake psycho-educatie ter ondersteuning van het jeugdwerk binnen het werkingsgebied. Daar is ook minister Dalle heel blij mee. Iedere OverKop-werking heeft dus een extra projectsubsidie gekregen van 105.000 euro, net om die brug te maken naar het jeugdwerk en de psycho-ondersteuning. We hebben ook een eenmalige projectsubsidie toegekend aan de Hogeschool West-Vlaanderen voor 'peer support' binnen de OverKop-huizen, om zo dus nog betere ondersteuning te bieden.

Een andere beslissing om laagdrempelige ondersteuning voor jongeren te voorzien, is het protocolakkoord dat de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid eind 2020 heeft afgesloten met betrekking tot de gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod in het kader van COVID-19. De uitrol van de RIZIV-conventie (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) met betrekking tot de psychologische hulpverlening in de eerste lijn was daar eigenlijk een speerpunt in. Door lokaal psychologen en pedagogen in de eerste lijnswerking in te zetten, en ook in de gespecialiseerde behandeling, willen we de toegankelijkheid een stuk groter maken, zeker naar psychologische hulp. Het is een beweging die we met de federale overheid organiseren. Ik heb minister Vandenbroucke persoonlijk al gesproken over hoe dat in die zaken nog een boost kan krijgen, want het is niet omdat het er is, dat het gekend is en gebruikt wordt. Dat zijn dus nog twee extra stappen.

We investeren ook in de belevingsexpo 'We(I) zijn jong!' van Therapeuten voor Jongeren (TEJO), en in de hulplijnen voor kinderen en jongeren, maar ook in 1712. En er is ook een structurele uitbreiding voorzien voor de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG's), waar echt minstens de helft van de middelen die voor elk CGG toegekend zijn, ingezet moet worden voor de doelgroep kinderen en jongeren. Men is vrij om dat te doen op de wijze waarop men wil, maar je moet meer dan de helft inzetten op kinderen en jongeren.

Door de uitbreiding van CGG's in Vlaanderen zijn er 48 voltijdsequivalenten (vte's) bijkomend ingezet voor de doelgroep kinderen en jongeren. Dus we zien daar eigenlijk een vrij mooi resultaat van.

De centra voor ambulante revalidatie (CAR's) hebben ook een structurele uitbreiding gekregen van 1,7 miljoen euro, waardoor ze ook bijna 27 extra vte's hebben tewerkgesteld, en ook zij bereiken voornamelijk kinderen en jongeren.

Maar collega's, het probleem is complexer dan capaciteit. Ik heb proberen aan te tonen dat wij daar op volume proberen te werken. Collega Jans en collega Vaneekhout zeiden het ook: het gaat ook over hoe je als samenleving omgaat met de bespreekbaarheid van hoe je je voelt, en of we dan geïnteresseerd blijven kijken, luisteren en spreken, of onmiddellijk naar de volgende persoon gaan. Op dat vlak is er nog wel wat werk aan de winkel. Dat is het informele – het gemakkelijke zagezegt – dat we een samenlevingshouding hebben die nog kan worden verbeterd.

Daarnaast is er nog een krapte door een nijpend tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters. Die hebben een heel belangrijke rol in organisaties waar multidisciplinair wordt samengewerkt. Ik ken geen psychiater die niet te veel werk heeft.



Het is denk ik een beetje hetzelfde probleem als bij de huisartsen en bij de tandartsen. Er zijn er heel veel nodig.

Het verminderen van wachtlijsten vraagt ook een inzet op een aantal fronten. Preventie, vroegdetectie en vroeginterventie vormen daarin een heel belangrijk speerpunt. Een wachtlijst geeft een beeld van mensen waarbij reeds een psychisch probleem werd gedetecteerd, maar eigenlijk moeten we kinderen en jongeren zo goed mogelijk bereiken, nog voor de problemen ontstaan, want dan kun je ze vermijden. Vandaar dat het preventieve gezondheidsbeleid zo belangrijk is.

We hebben daarin ook wel wat stappen gezet. Ik geef een voorbeeld van hoe we vroegdetectie en vroeginterventie in de praktijk kunnen brengen. Er is het SPARK36-screeningsinstrument (Signaleren van Problemen en Analyseren van Risico bij (opvoeden en ontwikkeling van) Kinderen) – ik weet niet wie er altijd voor die namen zorgt, dat is ongelofelijk – en daarmee gaan we in samenwerking met het CLB bij 3-jarigen de kwetsbaarheden in kaart brengen.

Er is ook het relanceproject Adverse Childhood Experiences (ACE's), waar ik zelf heel trots op ben. Daarbij investeren we 5 miljoen euro in het aanbieden van geïntegreerde zorg om ook vroeginterventie aan te bieden waar dat nodig is. Er vond trouwens afgelopen vrijdag nog een studiedag plaats met de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ), waar eigenlijk wel mooie getuigenissen waren vanop het terrein.

Voilà collega's, we staan ook aan de vooravond van een vernieuwde overeenkomst voor de toekenning van de middelen voor het programma dat we vanuit de Vlaamse overheid aanbieden voor de netwerken in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. En dan zijn er in de toekomst natuurlijk ook nog antwoorden nodig.

We zijn ons bewust van het belang van het investeren in preventie. Er is de conceptnota 'Vroeg en nabij' die nu een andere titel heeft gekregen, maar die ook dat geïntegreerd samenwerken echt, echt op de kaart wil zetten, en waar voor mij ook onze eigen administraties – het agentschap Opgroeien, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, het toekomstige agentschap Zorg – samen onze schouders moeten zetten onder ons geïntegreerd jeugd- en gezinsbeleid, en waar we dan ook moeten bijschakelen als dat nodig is.

Helemaal tot slot, collega's, weten jullie wellicht dat ik zelf ook een taskforce heb opgericht met alle actoren in de jeugdhulp. Met meer dan vijftig stakeholders zaten we de voorbije weken een aantal keer samen. We hebben een werkplan opgemaakt en ik zal met dit werkplan naar de Vlaams Regering gaan om op korte termijn extra acties te ondernemen.

Ik vind het zelf een heel lang antwoord, maar de vraag is ook zeer breed, collega Jans en collega Vaneeckhout. Het is moeilijk om op zo'n breed rapport beknopt in te gaan, dat zou een beetje oneer aandoen aan de waarde van dit rapport.

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

**Vera Jans (cd&v):** Dank uw wel, minister, voor uw uitgebreid antwoord. Ik deel ook uw laatste beschouwing dat we hier, mochten we meer tijd hebben, ruimer van gedachten zouden kunnen wisselen. Ik heb de aanbevelingen er nog eens bijgenomen en veel van wat u zegt, en veel van waar het beleid op inzet, komt tegemoet aan wat vanuit de jeugd zelf wordt aangegeven: het ondersteunen van jeugdwerkers, de linken leggen met het jeugdwerk zelf – waar minister Dalle met zijn OverKop-huizen specifiek op inzet – en psycho-educatie. Ik denk dat het de Jeugdraad was die aangaf dat ze niet altijd moeten weten welke hulplijnen ze wanneer kunnen en moeten bellen, maar ze willen gewapend zijn en een inschatting

kunnen maken van wat men aankan. Het is oké om af en toe niet oké te zijn en dat men weet hoe men omgaat met iemand die zijn problemen kenbaar maakt. Ik ben absoluut voorstander van die algemene preventie, maar het neemt niet weg dat we minder belang moeten hechten aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de hulpverlening, want het een gaat niet zonder het ander.

Inderdaad, minister, alles wat u doet en deed rond vroegdetectie en vroeginterventie, zal op termijn gaan lonen omdat we daarmee grotere problemen voorkomen. Als we er dan ook in slagen om een klimaat te organiseren, of binnen de samenleving en microklimaten – de scholen, de werkvloeren, de families, de vriendengroepen – een algemeen aanvoelen te creëren dat het oké is om niet oké te zijn, dan herkennen we problemen vroeger en kunnen we mensen sneller en gericht helpen. Ik vind het dus zeer positief wat u hebt verteld. Ik moet bekenen, voorzitter, dat ik niet meteen een concrete bijkomende vraag zal stellen.

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

**Jeremie Vaneckhout (Groen):** Minister, ik vind het goed dat u een zeer breed antwoord geeft omdat het anders niet respectvol zou zijn voor het werk van de Vlaamse Jeugdraad, maar vooral een ontkenning zou zijn van de complexiteit van de problematiek. Ik denk dat iedereen aanvoelt dat we bijna in een epidemische situatie zijn terechtgekomen als het gaat over het mentaal welzijn en dat er heel veel aspecten spelen.

Ik wilde, aanvullend op uw antwoord om de problematiek nog wat scherper te stellen, een inzicht delen van professor Bruffaerts, een van de experten in Vlaanderen als het gaat om onderzoek naar mentaal welzijn. Hij geeft in zijn recentste onderzoeken aan dat het gemiddeld tien tot vijftien jaar duurt vooraleer iemand met geestelijke gezondheidsproblemen hulp zoekt. Dat is een enorm lange periode waarbij problematieken kunnen verzwaren. Hij heeft onderzocht wat de redenen hiervoor zijn, en verrassend genoeg geeft slechts een op de tien aan dat het om het stigma rond mentaal welzijn gaat. Twee op de tien geven de kostprijs aan. Op die twee vlakken zijn al belangrijke stappen gezet, maar eigenlijk geven de meeste jongeren en volwassenen aan dat ze geen hulp zoeken omdat ze denken dat er geen probleem is of omdat ze denken dat ze het zelf kunnen oplossen. Dan gaat het natuurlijk om preventie en die psychosociale educatie – het bewustzijn daar rond – en vroegdetectie van een aantal problemen.

Vandaar nog twee aanvullende insteken op mijn vraag: Ik heb u weinig horen zeggen over de CLB's en de schoolomgevingen. De CLB's geven consequent aan dat ze daar nog veel meer een rol in kunnen spelen. U kent het natuurlijk uit uw voorgeschiedenis als minister van Onderwijs. Vindt u dat de CLB's nog moeten worden versterkt om die rol op de schoolvloer of in de schoolomgeving sterker op te nemen, ook wat betreft het reiken van handvatten aan medeleerlingen en leerkrachten om tijdig een aantal dingen bespreekbaar te maken of aan te voelen?

Ik heb ook aanvullende vragen over de OverKop-huizen, die wel aan bod zijn gekomen in uw antwoord. Zij zijn gefinancierd op basis van projectfinanciering. Dat gaat over 6 miljoen euro. Die projectfinanciering loopt binnenkort af. Zullen ze structureel worden verankerd? Blijft het binnen die 6 miljoen euro of komt daar een laag bij, om ze ook gebiedsdekkend te maken? Ik verwijs naar onze eigen provincie, waar er vijf zijn. Er zijn er vier in het zuiden van de provincie, maar de helft van West-Vlaanderen zou moeten gedekt zijn door één OverKop-huis in Oostende. Je zult maar een jongere zijn in Brugge, in Torhout of in de vele kleine gemeenten daarrond.

We delen duidelijk de ambitie om gebiedsdekkend in Vlaanderen te werken en ook plattelandsgebieden wat meer 'in the picture' te zetten. Je zult maar een jongere zijn die op een niet-bestaande buslijn moet stappen, die 20 kilometer moet rijden

om daar een OverKop-huis binnen te gaan. Uiteraard kunnen we niet overal een OverKop-huis organiseren. Maar hoe kunnen we outreachend, binnen het jeugdwerk, OverKop-antennepunten organiseren? Daar zal meer dan die 6 miljoen euro voor nodig zijn. Minister, op welke manier wilt u een versnelling doen met de structurele financiering, zowel voor de CLB's als voor de OverKop-huizen?

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

**Katja Verheyen (N-VA):** Ik wil heel wat punten maken, maar ik zal proberen kort en bondig te zijn.

Ik deel zeker de toelichting en het antwoord van de minister dat Vlaanderen al heel wat inspanningen heeft gedaan voor de actiepunten die de Vlaamse Jeugdraad naar voren schuift. Ik wil nog een belangrijke nuance aan de dag leggen. Het is een zeer complex probleem. We zijn hier in Vlaanderen niet de enigen die daarmee sukkelen. Ik denk dat de hele westerse wereld vandaag met een geestelijke gezondheids crisis aan het worstelen is. Dat is niet gemakkelijk.

Een ander punt dat ik wil maken is het volgende. Jullie weten dat ikzelf jarenlang in de jeugdhulp heb gewerkt en ik wil heel de problematiek van mentaal welzijn en geestelijke gezondheid allesbehalve minimaliseren. Maar ik wil wel – en dat is weinig populair, en ik denk dat de hulpverleners en zorgprofessionals weten waarover ik het heb – vermijden dat we een soort opbod gaan creëren onder jongeren van 'wie heeft de felste mentale problemen' of 'je moet je nu, op je 15 jaar, niet goed voelen'. Het is inderdaad oké dat je je niet goed voelt, maar het is ook oké dat je je wel goed voelt, bijvoorbeeld als je 15 jaar bent. Dat is een tendens die bezig is en waar we ons voor moeten behoeden.

Mijn vraag aan u, minister, is de volgende. Hoe krikken wij als samenleving de collectieve mentale weerbaarheid van onze jongeren op, nog los van de versterking van de nulde lijn?

Een laatste punt is een punt dat mijn collega's en ik al vaker hebben gemaakt en dat is bij momenten toch wel de toxische invloed van sociale media. Mijn medewerker stuurde me een zeer interessant artikel dat ik hier zeker moet vermelden. Het stond in de weekendeditie van de Financial Times. Het gaat over de impact van sociale media op het mentaal welzijn van jongeren, over de gedrags- en neurobiologische technieken die door de TikToks en de Meta's van deze wereld, Facebook en Instagram, worden gehanteerd en die veel weg hebben van zeer sluikse technieken die de tabaks- en gokindustrie destijds hanteerden om jongeren verslaafd te krijgen aan hun producten.

In andere continenten is men zich daar al stilaan van bewust. Maar hier in Europa lijkt men daarvan nog niet echt wakker te liggen. Minister, hoe kijkt u daar zelf naar?

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

**Suzy Wouters (Vlaams Belang):** Minister, collega's, we hebben al heel wat gedebatteerd over het mentaal welzijn van jongeren in deze commissie. Vanuit het Kinderrechtencommissariaat en de sector, maar ook vanuit de Vlaamse Jeugdraad, krijgen we signalen en zeventien adviezen waar wij als fractie toch ook heel erg achter staan.

Maar we moeten er als maatschappij ook over durven na te denken hoe het komt dat zoveel kinderen en jongeren zelfs nu, na corona, met psychische problemen worden geconfronteerd. En minister, ik heb het al meermaals aangehaald: om een effectief beleid te kunnen voeren is het ook belangrijk dat er voldoende gemonitord

wordt. Zowel cijfers betreffende de wachttijden als betreffende zorgnoden moeten worden bijgehouden.

Daarom stel ik mijn bijkomende vraag. Minister, bent u van mening dat de huidige zorgnoden momenteel reeds voldoende gemonitord worden? Welke initiatieven of extra initiatieven neemt u hieromtrent?

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

**Minister Hilde Crevits:** Dank u wel, collega's. Het is uiteraard een brede aanpak, en er zijn toch een paar extra vragen. In ieder geval bedankt voor de appreciatie, collega Jans, en ook een beetje collega Vaneeckhout, dat viel nog mee.

Wat kan ik u meegeven? Wij zitten in de paasvakantie met het kabinet-Vandenbroucke samen om te bekijken hoe we de impact van die federale conventie nog meer kunnen laten doordringen, onder andere in onze voorzieningen. Ik stel ook vast dat onze Jeugdraad die psycho-educatie superbelangrijk vindt. Het gaat dus echt over de basisvragen over mentale gezondheid: is wat ik voel normaal? Men zou dat eigenlijk – een nu maak ik dus wel de brug naar het onderwijs – heel graag breed aan bod laten komen in het onderwijs. Ik denk dat ik gisteren een artikel las in de krant dat veel mensen, en dus ook jonge mensen, zich altijd spiegelen aan het gemiddelde normaal. Men denkt dat, wanneer men afwijkt van dat gemiddelde, men abnormaal is. En dat kan een aanleiding zijn om in een hele spiraal terecht te komen, die verkeerd is. 'There is a crack in everything.' Dat is ook 'in everyone', denk ik. Daarom is het toch van belang, vind ik, om het ook in het onderwijs aan bod te brengen.

Ik had twee pagina's over het CLB mee, maar heb ze niet gebruikt, collega Vaneeckhout, omdat mijn antwoord al zo lang was. Ik dacht: dan kan hij nog een vraag stellen aan collega Weyts, maar ik wil gerust ook meegeven dat men toch ook in scholen inzet op dat welbevinden, via heel concrete methodieken: 'Geluk in de klas', 'Expeditie Geluk', de serious game 'Silver'. Ook de CLB's die de groei van de kinderen en jongeren periodiek opvolgen, krijgen instrumenten om hen te ondersteunen bij de bevordering van het mentaal welbevinden. Nu is bijvoorbeeld 'Gezond Leven? Check het Even!', een methodiek die goed gebruikt kan worden. Vroeger was het CLB – toen was het nog niet het CLB – sterk gefocust op de fysieke ontwikkeling, maar nu gaat men toch ook al veel meer kijken hoe jongeren zich voelen.

Collega Vaneeckhout, u hebt verwezen naar professor Bruffaerts, maar ik zal ook een citaatje van hem citeren. Hij zegt: "Beleidsbrieven en parlementaire vragen gaan vaak over wachttijden vanuit de assumptie dat het in beperkte mate verhogen van een bepaald aanbod, die wachtlijsten ineens zal doen verdwijnen als sneeuw voor de zon. Het tegendeel is evenwel waar: na het verwerken van de wachtlijst zal die zich opnieuw vullen met personen met nog niet aangemelde problematieken, de 'unmet need'." Je zou er dus helemaal depressief van kunnen worden, maar het betekent ook dat we een brede focus moeten hebben en niet alleen een lijstfocus.

Voor de OverKop-huizen gaan we naar een structurele verankering. We hebben met relancemiddelen kunnen werken. We hebben ook duurzame middelen gevonden. Maar u hebt uiteraard gezien wat ik ook al gezien had. Ik kreeg een aantal weken geleden het kaartje van de OverKop-huizen in Vlaanderen voor mijn neus en wat zag ik daar? Dat er inderdaad in de hele regio Brugge niets is. Ik vond dat ook heel bizar. Er zijn zo nog een paar witte vlekken. Vergeef me mijn aandacht voor de regio rond Brugge. Ook in Torhout is het zo. Het is echt de bedoeling om tot een gebiedsdekkend aanbod te komen, stap voor stap. Het is niet iets wat uit de lucht komt vallen. Men moet mensen vinden die dat willen doen en organisaties

die daarvoor instaan. Ik vind het vreemd. Men kon intekenen in de relance maar vanuit die regio is er blijkbaar niets gekomen.

Ook onze JAC's (jongerenaanbod van het CAW) en de CGG's zouden we moeten kunnen bewegen richting samenwerking in die OverKop-huizen. Stel dat men daar die samenwerking kan bundelen, dan krijgt men een gigantische hefboom om zo een effect te krijgen dat zich verspreidt over Vlaanderen om jongeren beter te begeleiden.

Collega Verheyen, u had ook een vraag gesteld. Ik heb begrepen dat minister Dalle ook een lijst gepubliceerd heeft met een aantal tips over hoe influencers met mentaal welzijn en weerbaarheid kunnen werken. De sociale media kunnen in twee richtingen worden gebruikt. Het kan ook zeer positief zijn. Ik weet ondertussen door mijn samenwerking in de voorbije jaren dat minister Dalle enorm veel aandacht besteedt aan de vraag hoe men de hele digitale wereld, waarin bijna iedereen zich beweegt, ook positief kan aanwenden voor onze jongeren. Daarmee doe ik natuurlijk geen afbreuk aan uw stelling dat er ook heel wat negativisme van komt. Maar men kan ook een tegenbeweging op gang brengen of tegengas op dat vlak geven.

Mevrouw Wouters, ik heb begrepen dat u een concrete vraag had. Ik heb ze niet beantwoord en ik heb ook het antwoord niet, tenzij u wel een antwoord zou hebben gehoord. *(Opmerkingen van Suzy Wouters)*

Neen. Ofwel moet u een schriftelijke vraag stellen. Ik kan kijken of dat aanvullend kan. Maar ik heb het concrete antwoord nog niet. Ik stel voor dat u een schriftelijke vraag stelt.

**Suzy Wouters (Vlaams Belang):** Ik zal ze schriftelijk indienen.

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

**Vera Jans (cd&v):** Inderdaad, de 'code of conduct' die de minister van Media heeft gemaakt voor de influencers is een scherp staaltje van uitvoering van de aanbevelingen van het Vlaams Kenniscentrum Mediawijsheid.

Minister, professor Bruffaerts is inderdaad een expert op dat vlak. Maar zijn uitspraak over onderbehandeling en overbehandeling is iets wat ons echt bij de zaak moet houden.

Ik wil afsluiten met te zeggen dat ik het goed vind dat we in deze commissie vaak over dit thema van gedachten wisselen en dat we dat doen met veel oog voor de ernst van de problematiek, voor de tekorten en de uitdagingen en voor het vele werk dat we nog moeten verrichten. Het is ook goed dat de positieve zaken besproken worden. Dat wil zeggen dat we echt wel geloven in de kracht van preventie en de kracht van mensen. Ik vind het aangenaam om op die manier met u en de collega's over dit thema te spreken.

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

**Jeremie Vaneekhout (Groen):** Na zo'n verstandige conclusie over hoe we in deze commissie met elkaar omgaan over deze problematiek, kan ik niet veel meer toevoegen. Om aan te sluiten bij wat professor Bruffaerts zegt, passen wij er ook altijd voor op om een soort illusie te wekken dat het alleen maar zit in extra hulpverlening. Uiteraard focussen wij ook op wachtlijsten. Ik heb vandaag bijvoorbeeld in mijn insteek gezegd dat het in een eerste fase alleszins en-en moet zijn: men zal die hulpverlening een stuk moeten versterken en aan de andere kant veel sterker moeten inzetten op vroegdetectie en preventie. Ik zal daar altijd een bondgenoot in zijn.

Als het gaat over hoe we ons spiegelen aan wat we denken dat het gemiddelde normaal is als samenleving, dan zegt dat niet alleen iets over individuen maar ook over ons als samenleving. Het antwoord zal niet alleen individueel in hulpverlening liggen maar zal ook collectief als samenleving zitten in hoe we daarmee omgaan.

Ik volg wat collega Verheyen probeert uit te drukken. Ik denk dat we moeten oppassen met aan jonge mensen aan te geven dat het oké is om je niet oké te voelen terwijl het ook oké is om je oké te voelen, maar laat ons op geen enkele manier en in geen enkele richting een drempel creëren om het met elkaar te hebben over hoe we ons voelen. Er is ook niets ergs aan om je een dag oké te voelen en de dag erna niet oké. Dat is soms de loop van het leven.

**De voorzitter:** De vragen om uitleg zijn afgehandeld.

**VRAAG OM UITLEG van Koen Daniëls aan Hilde Crevits, viceminister-president van de Vlaamse Regering, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de positie van kinderopvanginitiatieven die in verschillende vestigingen in verschillende subsidietrappen zijn ingedeeld – 1948 (2022-2023)**

**Voorzitter: mevrouw Katrien Schryvers**

**De voorzitter:** Collega Daniëls, vorige week hebben heel wat collega's hun vraag omgezet in een schriftelijke vraag. We hadden misschien gehoopt dat die week bedenktijd ook u daartoe zou hebben bewogen, maar dat is blijkbaar niet zo.

De heer Daniëls heeft het woord.

**Koen Daniëls (N-VA):** Voorzitter, dat klopt. Ik heb dat niet gedaan wegens het belang van deze vraag en de termijn. Dit gaat over de omzetting van voorzieningen van trap 1 naar trap 2. Dat zijn initiatieven die we hebben genomen in het kader van uitbreidingsbeleid. Er is in 33 miljoen euro voorzien, waardoor zo'n drieduizend plaatsen de overstap kunnen maken. We zullen zien hoeveel opvanginitiatieven hierop intekenen. Minister, u kondigde tijdens de plenaire vergadering van 8 maart alvast aan dat de kinderopvanginitiatieven die een IKT-mix (inkomenstarief) aanbieden, absolute prioriteit kunnen krijgen bij deze uitbreidingsronde. Dat ondersteunen we absoluut. Dat is positief, omdat die opvanginitiatieven het momenteel echt financieel moeilijk hebben. Zij moeten immers al hun personeel betalen in trap 2, maar krijgen niet voor alle plaatsen subsidies van trap 2. De verhoogde basissubsidie komt daar onvoldoende aan tegemoet voor die opvanginitiatieven door de grote financiële uitdagingen. Minister, het is zelfs zover gekomen dat ik hoor van opvanginitiatieven die personeel technisch werkloos maken en dus kinderen thuishouden omdat ze het anders financieel niet kunnen uitzingen tot eind juni.

We zijn het dus volledig eens met de voorrang waartoe we hier samen hebben besloten met betrekking tot de IKT-mix, maar er is een groep die onder de radar dreigt te blijven. Voorzitter, het is om die reden dat ik vandaag zeker deze vraag wil stellen. Iedereen moet immers voor eind maart intekenen. Het gaat om de kinderopvanginitiatieven die in de praktijk wel een IKT-mix hebben, maar op papier niet. Ik verklaar mij nader. Een organisator met plaatsen in verschillende trappen die op een homogene manier zijn verspreid over verschillende vestigingen of die per vestiging een andere subsidietrap heeft, maar die door de beheersstructuur wel alle personeelsleden op dezelfde manier moet vergoeden, dreigt blijkbaar, op basis van antwoorden die we hebben gezien, door de administratie over het hoofd te worden gezien. De administratie stelt dat ze niet onder de IKT-mix vallen omdat het niet zo is dat ze in één vestiging kinderen in verschillende trappen hebben, maar in verschillende vestigingen. De opvanginitiatieven in de situatie die ik net

beschreef, hebben echter eigenlijk net dezelfde financiële problemen als die in de IKT-mix die we in de vorige commissievergadering bespraken.

Minister, mijn vragen aan u zijn dus vrij eenvoudig en duidelijk. Wordt de groep die ik net omschreef, meegenomen als IKT-mix? De administratie geeft daar immers andere signalen over. Indien niet, welke aanpassingen zult u dan toch nog aanbrengen in de criteria? Of zullen er andere oplossingen worden gezocht voor deze groep? Die heeft immers dezelfde financiële uitdagingen in het kader van de betaling van het personeel.

De oproep loopt tot eind maart. Dat is over drie dagen. Wanneer wordt de beslissing genomen over welke initiatieven doorgroeien naar trap 2, en wanneer wordt er gecommuniceerd naar de opvanginitiatieven zelf?

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

**Minister Hilde Crevits:** In locaties met IKT-mix combineert de organisator twee prijssystemen en twee subsidiesystemen. Voor de plaatsen met IKT ontvangt de organisatie de trap 2-subsidie. Voor de vrijeplaatsen kan hij enkel de basis-subsidie krijgen.

Op 8 maart bespraken we de problematiek van de IKT-mix al in de plenaire vergadering, en ik gaf toen al aan dat we deze groep in de ronde trap 1 naar trap 2 absoluut voorrang geven. Door de omschakeling van trap 2B naar trap 2A kwam de leefbaarheid van die locaties in gevaar, omdat de organisator, zoals u zelf gezegd hebt, de lonen van trap 2 voor al zijn personeel moet toepassen, maar niet voor alle plaatsen de subsidietrap 2 krijgt. Daarom geven we die groep ook absolute voorrang in deze uitbreidingsronde.

Daarna is er voorrang voor zowel organisatoren die verschillende locaties hebben, waarbij ze in één locatie met de subsidie inkomenstarief en subsidies trap 2 werken, en in de andere locatie met vrije prijs, als voor organisatoren die enkel locaties hebben met vrije prijs. De beide types krijgen gelijke voorrang, omdat we moeilijk kunnen verantwoorden waarom we organisatoren die meer dan één locatie hebben, waarvan al minstens één met subsidies inkomenstarief, voorrang geven ten opzichte van organisatoren met enkel locaties met vrije prijs. Ook die organisatoren willen indien mogelijk graag omschakelen naar trap 2, zodat ze ook hun medewerkers hogere lonen kunnen toekennen.

Het is in het belang van organisatoren om een aanvraag in te dienen. We merken bijvoorbeeld nu al dat personeel kiest om aan de slag te gaan bij opvanglocaties met T2-subsidies omdat de lonen daar beter zijn. Heel wat organisatoren hebben dit begrepen.

De beslissing over de toekenning wordt zo snel mogelijk genomen. Als er meer aanvragen zijn dan subsidies, moet dat binnen de regering worden besproken. Iedereen weet dat de uitdagingen urgent genoeg zijn om zoveel mogelijk de aanvragen te honoreren.

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

**Koen Daniëls (N-VA):** Minister, ik ga nog even terug naar mijn initiële vraag. U zegt dat u voorrang wilt geven aan degenen met één locatie. Eén rechtsvorm met twee locaties, één in trap 2 en één in trap 1, moet nu al zijn personeel op trap 2 betalen. Die zit in dezelfde precare financiële situatie als de opvang die op één locatie twee trappen heeft. U zou die met twee locaties, de ene met trap 2, de andere met trap 1, gelijk willen behandelen met die met één locatie met trap 1. Als er een aantal van trap 1 naar trap 2 gaan op één locatie, en een andere valt uit die op twee locaties zit, de ene in trap 2 en de andere in trap 1, maar die wel

moet blijven betalen, dan zetten we die organisator financieel onder druk. Ik zou dus welwillend de oproep willen doen om de IKT-mix nog eens te bekijken. De definitie van IKT-mix is een organisator die personeel in trap 2 moet betalen maar die plaatsen heeft in verschillende trappen. Want daar zit de financiële problematiek. Ik zou u toch willen vragen om dat nog eens te bekijken, want die zitten in net dezelfde situatie als één locatie met verschillende trappen.

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

**Minister Hilde Crevits:** Ik zal dat nog eens bekijken, collega Daniëls. De administratie zegt mij dat een organisator met verschillende locaties verschillende lonen mag betalen als er verschillende vestigingsnummers zijn. We bekijken het.

Sowieso, degenen die plots verplicht worden om naar trap 2 te gaan terwijl ze een mix zijn en daardoor financiële problemen krijgen, dat lossen we op. Als dat niet zo is, als men verschillende lonen mag betalen, zie ik geen reden om een voorrang te geven. We moeten die voorrang kunnen objectiveren. Ik zal bekijken of er effectief zulke voorzieningen zijn als u zegt. Met diverse ondernemingsnummers is er immers geen probleem, dan mag men diverse lonen betalen. Als er nog zijn die tussen de plooiën vallen omdat ze door hun mix hogere lonen moeten betalen, zal ik dat absoluut oplossen. Dat is mijn engagement. Mijn hoofdargument is een oplossing voor iedereen die een aanvraag indient. Ik denk dat er in dit parlement een grote eensgezindheid bestaat om zoveel mogelijk die grote verschillen op te heffen voor degenen die dat willen.

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

**Koen Daniëls (N-VA):** Vanuit de N-VA pleiten wij altijd voor een gelijk speelveld, zowel voor gezinsgroepsopvang, als voor de verschillende trappen, als voor de financiële leefbaarheid. Laat daar geen misverstand over bestaan. Ik denk dat u niet enkel moet kijken naar locaties maar ook naar organisatiestructuur. Er zijn wel degelijk organisaties met twee locaties waar het personeel wel flexibel wordt ingezet. Dat mag. Dat moet worden opgelost. Men kan die mensen niet uitleggen dat ze in verschillende trappen zitten en verschillende lonen krijgen. Dat krijg je niet uitgelegd, dan ben je je personeel kwijt of dan komt de financiële leefbaarheid in het gedrang. Dat moeten we te allen tijde vermijden. Dat is een gezamenlijke bekommernis.

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