

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 22 FEVRIER 2022

DINSDAG 22 FEBRUARI 2022

Après-midi

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.11 uur en voorgezeten door mevrouw Kathleen Depoorter.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 11 et présidée par Mme Kathleen Depoorter.

De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.

01 Actualiteitsdebat over de boosterprik / de reisbeperking voor jongeren en toegevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vierde prik voor personen met immuniteitsstoornissen" (55024466C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De PEG-lipiden" (55024615C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opmars van de griep en de reisbeperking voor jongeren" (55024671C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie voor jongeren" (55024675C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beslissing van Duitsland over het Janssen-vaccin met booster" (55024679C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boosterprik bij jongeren" (55024969C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De derde en de vierde dosis van het coronavaccin" (55024955C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vierde prik" (55024973C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitnodiging voor de vierde coronaprik" (55025161C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boostervaccins tegen covid in de toekomst" (55025169C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De boosterprikken en de verdere evolutie van de vaccinatiecampagne" (55025562C)

01 Débat d'actualité sur la dose de rappel / jeunes et restrictions de voyage et questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La quatrième dose pour les personnes présentant des troubles de l'immunité" (55024466C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les lipides PEG" (55024615C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La progression de la grippe et les restrictions de voyage pour les jeunes" (55024671C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des jeunes" (55024675C)
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La décision de l'Allemagne concernant le vaccin Janssen avec dose de rappel" (55024679C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'administration d'une dose de rappel aux jeunes" (55024969C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'administration des 3e et 4e doses du vaccin contre le covid" (55024955C)

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La quatrième dose" (55024973C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'invitation pour la quatrième dose de vaccin contre le coronavirus" (55025161C)
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les doses de rappel du vaccin contre le covid dans l'avenir" (55025169C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les doses de rappel et l'évolution ultérieure de la campagne de vaccination" (55025562C)

01.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, op 21 januari 2022 werd gemeld dat de Hoge Gezondheidsraad een vierde prik van het coronavaccin aanraadt voor mensen met een verzwakt immuunstelsel. Hetzelfde scenario zagen we al eerder voor de derde prik. Toen raadt de Hoge Gezondheidsraad eerst een derde prik aan voor de 350.000 à 400.000 personen die door een ziekte of een eerdere behandeling met een lagere immuuniteit kampen. Snel volgden ook de 85-plussers en de rusthuisbewoners. Ondertussen zal de derde prik vereist zijn om een geldig CST te kunnen voorleggen. Het is dus ook mogelijk dat een vierde prik zal veralgemeend worden voor een geldig CST. Het blijven booster is echter niet zonder risico. Ook de WHO zei reeds dat we ons niet uit de pandemie zullen kunnen booster.

Professor Sanders van de UGent wijst op de aanwezigheid van PEG-lipiden in de mRNA-vaccins. Hoewel die zwak immunogeen zijn, kunnen ze toch antilichamen opwekken, wat door herhaaldelijk booster met de mRNA-vaccins kan worden versterkt. Dergelijke antilichamen en immuunreacties tegen PEG kunnen gevolgen hebben, omdat PEG ook in andere geneesmiddelen en producten voorkomt. Volgens professor Sanders is nader onderzoek nodig en moet hiermee rekening gehouden worden in de risico-batenanalyse. PEG komt bijvoorbeeld voor in andere geneesmiddelen, die misschien net ook van levensbelang zijn voor patiënten die behoren tot de risicogroep aan wie nu een vierde dosis wordt aangeraden.

De initiële klinische studies met de mRNA-vaccins werden uitgevoerd met twee dosissen. Ondertussen wordt een vierde dosis aangeraden voor een deel van de bevolking. Wordt een herhaaldelijke toediening van mRNA-vaccins ook breed onderzocht in klinische studies? Welke dan?

Is er kennis over de gevolgen van het meermaals toedienen van mRNA-vaccins?

Lopen er in België studies die het mogelijke ontstaan van antistoffen tegen PEG monitoren? Wordt het snel opgepikt wanneer er zich antilichamen tegen PEG manifesteren?

Heeft de Hoge Gezondheidsraad rekening gehouden met de verhoogde kans op het opwekken van antilichamen tegen PEG bij herhaaldelijk booster en de gevolgen hiervan op andere therapieën?

Mijn vraag over het vaccineren van jongeren is al wat achterhaald. In het Valida Ziekenhuis in Sint-Agatha-Berchem kon een moeder bij haar kinderen van 12 en 15 een boosterprik laten zetten, terwijl dat eigenlijk nog niet was toegestaan.

Hoe is het mogelijk dat men in een ziekenhuis niet op de hoogte is van de geldende regelgeving inzake vaccinatie tegen COVID-19? Waar liep het fout? Volgen er sancties? Hoeveel kinderen zijn tegen alle regelgeving in geboosterd? Is een skreis volgens u een juiste reden voor vaccinatie?

Ik wil nog een bijkomende vraag stellen over de dosis voor kinderen en die voor volwassenen. De splitsing wordt gemaakt op 12 jaar. Jan, die vandaag 11 jaar is, 50 kg weegt en 1,55 meter groot is, krijgt een kindervaccin, maar Mieke, die 12 jaar is, 35 kg weegt en 1,40 meter groot is, krijgt een vaccin voor volwassenen. Meestal worden geneesmiddelen berekend op basis van het gewicht, terwijl dat bij vaccins blijkbaar op basis van de leeftijd is. Is dat bij vaccins dus anders? Kunt u dat even uitleggen? Op welke wetenschappelijke studies baseert u zich om bij vaccinatie enkel rekening te houden met de leeftijd en niet met het gewicht of andere factoren? Wat kunnen de gevolgen zijn van een te zwaar vaccin? Zijn er daarover al klachten gekomen?

01.02 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vragen, die al enigszins achterhaald zijn.

Veel scholen en jongeren die een skivakantie gepland hebben, willen snel duidelijkheid over de boosterprik

voor jongeren. Verschillende landen en skigebieden eisen een coronaprik die minder dan zes of zeven maanden geleden gezet is, ook voor jongeren. Maar België wacht het advies van het Europees geneesmiddelenagentschap af.

U hebt samen met ministers van Volksgezondheid in ons land een dringend advies gevraagd aan de Hoge Gezondheidsraad over de boosterprik voor tieners. Op dit moment kunnen zij in ons land nog geen derde coronaprik krijgen. Dat kan wel eens problemen geven voor tieners die op (ski)reis willen vertrekken.

Toch wil de Hoge Gezondheidsraad het licht nog niet op groen zetten voor een wetenschappelijk advies rond de derde prik voor tieners. Met de huidige kennis is er "onvoldoende" wetenschappelijk bewijs om het toedienen van een boosterprik voor 12- tot 17-jarigen te steunen, in het bijzonder in het geval van de omikronvariant. Dat zegt de Hoge Gezondheidsraad (HGR) in een advies dat aan de ministers van Volksgezondheid is afgeleverd.

De HGR heeft beslist om te wachten op de aanbeveling van het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) en op meer wetenschappelijk bewijs, vooraleer zelf een standpunt te formuleren.

Wanneer zal de beslissing worden genomen om eventueel over te gaan tot vaccinatie voor jongeren?

Wat als deze beslist wordt om niet te vaccineren? Wat met de gevolgen voor de jongeren die dan niet kunnen reizen? Hoe kijken andere landen naar deze problematiek? Zal u dan een oplossing bespreken op het Europees niveau?

De ministers van Volksgezondheid hebben beslist dat mensen met een verzwakt immuunsysteem een vierde dosis van het coronavaccin kunnen krijgen. De Hoge Gezondheidsraad beveelt aan om mensen met een verzwakt immuunsysteem, die erg kwetsbaar zijn en een hoog risico lopen op COVID-19, opnieuw een prik te geven. De vierde prik komt er dus voor mensen bij wie de COVID-vaccins minder goed kunnen aanslaan. In België gaat het om zo'n 325.000 personen. Wanneer deze extra vaccinaties precies van start gaan, is nog niet geweten, maar het is de bedoeling dat dit de komende weken zal gebeuren. De databanken worden nu voorbereid om de uitnodigingen te versturen. Twee weken nadien kan deze extra vaccinatiecampagne beginnen. Zowel Pfizer als Moderna zullen worden gebruikt om de boosterprik toe te dienen.

Hoe lang denken u en de ministers van Volksgezondheid dat er nog zal worden overgegaan tot een 5e, 6e, ... vaccinatie van deze groep en de algehele bevolking?

Is er informatie beschikbaar over welk effect het veelvuldig vaccineren heeft op ons immuunsysteem?

01.03 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, ik wil het nog even hebben over het verdere verloop van de vaccinatiecampagne.

Hoe ziet het rooster voor de vierde prik eruit? Zal de vierde prik effectief worden beperkt tot de risicogroepen of zal die worden uitgebreid? Heel wat jongeren proberen hun reizen te plannen en ik krijg de vraag om er zeker voor te zorgen dat zij, indien de vierde prik ook voor hen verplicht wordt, tijdig aan bod kunnen komen, zodat hun reis zeker niet in het gedrang komt.

Wij zien dat heel wat landen reisbeperkingen en verstrengingen invoeren. Zo eist Marokko een tweede prik van niet langer dan vier maanden voor aankomst of een derde prik.

Wanneer zal de doelgroep voor de vierde prik desgevallend worden uitgebreid en kunnen jongeren dan hun prik voor de zomervakantie krijgen?

La **présidente**: Madame Fonck, vous avez la parole.

01.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, j'interviendrai au moment de la réplique. Merci beaucoup.

01.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ten eerste, PEG-lipiden kunnen antilichamen doen ontstaan. Wij mogen dat risico niet opblazen, maar het fenomeen moet wel een aandachtspunt zijn, zeker ten aanzien van patiënten die bijvoorbeeld voor MS worden behandeld.

In hoeverre houdt u hier rekening mee? Welke studies hebt u in dat verband opgezet? In hoeverre hebt u onderzoek gedaan bij patiënten die bepaalde medicatie krijgen waardoor een kruisimmunitet en een vertraging van de werking van medicatie kunnen optreden? Overweegt u om hun bijvoorbeeld een klassiek eiwitvaccin toe te dienen?

Mijn tweede vraag betreft de griep. De griep heeft momenteel voet aan wal gezet in Europa. De piek van de omikrongolf ligt ondertussen wel al achter ons, maar BA.2, het broertje van omikron, is ondertussen aan een opmars bezig. Wij weten hier nog niet veel van, wij weten niet of die variant al dan niet dominant zal worden en of hij gevaarlijk is. Hebt u hierover al alarmsignalen ontvangen, mijnheer de minister? Hoe ziet u de combinatie ervan met influenza, want uit de Balkan kwamen al de eerste meldingen over een influenza-epidemie? Hoe zit dat bij ons en hoe zult u daarmee omgaan?

Ik heb ook mijn vraag over de vaccinatie van jongeren opnieuw ingediend, aangezien u in de plenaire vergadering had aangekondigd dat u diplomatieke gesprekken zou starten, samen met de eerste minister, met een aantal bestemmingslanden waar jongeren zich volgende week naartoe zullen verplaatsen. Hoe zijn die gesprekken verlopen? Wat hebt u concreet afgesproken, zodat jongeren toch van hun vakantie of schoolreis kunnen genieten, ook al hebben zij nog geen boosterprik gekregen?

Ten slotte, de campagne voor de vierde prik voor de immunogedeprimeerde patiënten en de echt oudere patiënten loopt. Ik heb daarbij enkele vragen vanuit wetenschappelijk oogpunt. Hoe dikwijls kunt u een mRNA-vaccin toedienen? Hoe breed zult u gaan met de vierde prik? Wat is de timing? Momenteel is de toediening vrij gelimiteerd, maar we kunnen wel verwachten dat er in het najaar misschien meer algemeen nood is aan een vierde prik. Is er onderzoek verricht naar de effecten op lange termijn aangaande immuniteit als er, op een veel korter schema dan aanvankelijk werd verwacht, vier vaccins worden toegediend? Enkele virologen die de regering adviseren, hoor ik in de pers spreken over een basisvaccinatieschema. Bij de klinische proeven had men voor een basisvaccinatieschema uiteindelijk twee vaccins voor ogen. Er is een boostervaccin gekomen en een reboost werd aangekondigd. Hoe kunnen wij de bevolking geruststellen dat dat voldoende wetenschappelijk onderzocht is, zeker op lange termijn?

La **présidente**: Madame Zanchetta, vous n'étiez pas là quand je vous ai appelée, mais allez-y, si le ministre le permet.

01.06 Laurence Zanchetta (PS): Madame la présidente, veuillez m'excuser, mais nous votions en commission de la Justice, ce qui explique mon retard.

Monsieur le ministre, les ministres de la Santé ont approuvé l'administration d'une quatrième dose pour les personnes immunodéprimées. Le Conseil supérieur de la Santé a en effet recommandé de *booster* à nouveau cette catégorie de personnes, plus fragiles et à risque face au covid-19. Cela fait maintenant quelques jours, plusieurs semaines même, que l'administration de cette quatrième dose pour les personnes immunodéprimées a commencé. Pendant ce temps, les discussions concernant l'administration éventuelle d'une troisième dose pour les jeunes de 12 à 17 ans se poursuivent. En Flandre, l'administration de cette troisième dose a déjà commencé.

Monsieur le ministre, *quid* d'une quatrième dose pour le reste de la population? Des discussions ont-elles déjà eu lieu à ce sujet? Dans l'affirmative, quand envisagez-vous de mettre en place cette quatrième dose? Que sait-on de la durée d'efficacité de la troisième dose?

Où en sont les discussions concernant une potentielle troisième dose pour les jeunes? Quels sont les éléments qui bloquent la prise de décision? Que doivent penser les Wallons et les Bruxellois qui sont seuls face à la Flandre, même si la décision n'est pas de votre ressort?

Je vous remercie pour vos réponses et merci de vous être interrompu.

01.07 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, je recommence. Je vais d'abord dire quelques mots sur les questions d'ordre scientifique posées par Mmes Depoorter et Sneppe. Je répondrai ensuite plus concrètement aux questions de Mme Zanchetta et autres sur l'état de la campagne actuelle.

Mevrouw Depoortere en mevrouw Sneppe, u hebt onder meer verwezen naar de problematiek van de PEG-lipiden en de vraag of we moeten blijven booster. Ik durf daar op het moment geen antwoord op geven.

Wat die wetenschappelijke vragen betreft, houden de Hoge Gezondheidsraad en de taskforce de vinger aan de pols. Wij houden een voortdurende, informele gedachtewisseling met de mensen van de taskforce. Op de interministeriële conferentie is vaak ook de voorzitter van de NITAG-groep van de Hoge Gezondheidsraad aanwezig, wat bijdraagt tot een voortdurende gedachtewisseling over al die kwesties. Ik durf geen antwoord te geven op de vragen of we moeten blijven booster, wat de voor- en nadelen zijn van regelmatig opnieuw te booster als we dat doen, en andere vragen van wetenschappelijke aard die werden gesteld.

Natuurlijk hangen met die vragen ook absoluut pertinente vragen samen over de organisatie van de vaccinatiecampagne in de toekomst, afhankelijk van de wetenschappelijke conclusie over de aard van de basisvaccinatie versus herhaalde vaccinatie. Ook daar zal ik geen antwoord op geven, ik hoop dat u mij dat niet kwalijk neemt. Dat is precies omdat het wetenschappelijke aspect eerst aan de orde is. Wat het operationele aspect betreft, heeft de taskforce vaccinatie al wel schema's uitgewerkt en nagedacht over een vaccinatiecampagne 3.0, waarbij de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke rol zal spelen, net als de preventieve gezondheidszorg. We komen dan ook bij het vraagstuk van de rol van de apothekers, waarover we het hier al gehad hebben. Ik zal daarop ook niet vooruitlopen, temeer omdat de praktische organisatie van een vaccinatiecampagne toch op de eerste plaats berust op insteken vanuit de deelstaten. We zullen daarop zeker terug moeten komen.

Dat laat mij toe misschien iets concreter te worden.

Pour répondre aux questions concrètes de Mme Zanchetta, le 24 janvier 2022, la CIM Santé publique a décidé de permettre l'administration d'une deuxième dose de rappel aux personnes âgées de 12 ans et plus qui souffrent d'une immunité affaiblie en raison d'une maladie sous-jacente ou d'un traitement. Il s'agit donc de patients présentant des immunodéficiences innées, des insuffisances rénales chroniques, des maladies inflammatoires traitées par des immunosuppresseurs, des cancers qui font ou ont fait l'objet d'un traitement actif au cours des trois dernières années et des patients en pré-transplantation, en transplantation de cellules souches et en transplantation d'organes ainsi que des patients séropositifs dont le nombre de cellules CD4 est inférieur à 200/mm³ de sang.

Du fait de leur condition, l'organisme des personnes immunodéprimées réagit moins fortement à la suite de l'administration d'un vaccin. Après la dose supplémentaire, un rappel est donc recommandé afin qu'elles soient protégées de manière optimale contre l'évolution grave de la maladie, une hospitalisation ou même un décès dû au covid-19. Cette décision qui a été prise concerne plus de 325 000 personnes, dont près de 93 % ont déjà reçu une dose supplémentaire.

Pour ce qui est de l'administration d'une deuxième dose de rappel élargie à l'ensemble de la population, les données actuellement disponibles ne permettent pas de conclure à son utilité. C'est ce que je viens de dire. C'est un débat scientifique qui n'est pas clôturé. Les premiers résultats d'une étude menée en Israël indiquent que, lors de l'administration d'une quatrième dose, les anticorps des patients sont multipliés par cinq, ce qui indique que le vaccin fonctionne et offre une protection contre les complications graves. Cependant, face au variant Omicron, il apparaît que les vaccins Pfizer et Moderna sont moins efficaces que contre les autres variants et offrent dès lors une moindre protection contre le variant actuel. À ce stade, les données ne permettent pas de conclure à la nécessité de l'administration d'une dose supplémentaire à l'ensemble de la population.

Pour ce qui concerne l'administration d'un *booster* aux moins de 18 ans, vous savez que la CIM Santé publique a reçu un avis très bref du Conseil supérieur de la Santé et un autre de la *task force* vaccination, le problème étant qu'on n'a pas encore reçu de recommandation spécifique ni d'autorisation de l'EMA sur cette question.

Ceci a amené le Conseil supérieur de la Santé à dire qu'il ne dispose pas de données probantes sur la base desquelles il peut donner un avis. La *task force* vaccination a indiqué qu'il était bien important de réfléchir sur le consentement, le consentement parental dans ce cas-ci, pour l'administration d'une dose de rappel dans ce contexte.

Vous savez que nous avons eu un débat à ce propos dans le cadre de la CIM Santé publique qui n'a pas permis d'aboutir à un accord quant à une approche commune sur cette question. Vous savez que l'Ostbelgien et la Communauté flamande ont décidé de commencer une campagne de *boostering* pour les jeunes sur la base volontaire avec consentement parental, tandis que la Wallonie et Bruxelles n'ont pas souhaité le faire étant donné qu'il n'y a pas encore d'autorisation ni de recommandation de l'EMA. Voici où

en est la question.

Ik zal wat preciezere cijfers geven in antwoord op de vraag van mevrouw Depoorter over het aantal immuungecompromitteerde personen. De lijst die werd opgesteld vanaf september bevatte 303.048 personen die door de ziekenfondsen op de lijst waren geplaatst op basis van de gegevens waarover zij beschikten, en 47.394 personen die door de huisartsen werden aangeduid. Van dat totaal werden ongeveer 17.000 mensen niet uitgenodigd, om de eenvoudige reden dat ze nog geen volledige primovaccinatie hadden gekregen. De lijst van immuungecompromitteerde personen gebruikt voor de boostercampagne in februari 2022 is dezelfde als voor de extra dosis. Als men de optel- en aftreksom maakt, komt men aan 333.998 mensen.

Ik overloop nog even in het Nederlands wie dat zijn. Dat zijn mensen met het syndroom van Down, mensen met aangeboren afweerstoornissen, mensen die chronische nierdialyse krijgen, mensen met ontstekingsziekten die medicatie nemen om het immuunsysteem te onderdrukken, zoals de ziekte van Crohn en reumatoïde artritis, mensen die tegen kanker worden behandeld of die de afgelopen drie jaar daartegen werden behandeld, stamcel- en orgaantransplantatiepatiënten, voor en na een dergelijke transplantatie, en hiv-patiënten waarvan het aantal CD4-cellen lager ligt dan 200 per mm³ bloed.

Mevrouw Depoorter, u vroeg of de vierde prik bepalend is voor de geldigheidsduur van het CST. Neen. We hebben ook nog geen geldigheidsduur voor na de booster. Die is voorlopig zonder limiet, dus dat geldt ook voor de vierde prik.

Mevrouw Creemers had vragen over de organisatie van de vaccinatiecampagne. Daarop heb ik al geantwoord, net als op de vragen van mevrouw Farih.

Ik kan op dit ogenblik nog niet veel zeggen over de operationele conclusies die we samen met de deelstaten zullen trekken uit de wetenschappelijke inzichten over de vaccinatie, behalve dat de taskforce zich daarover al heeft gebogen en scenario's heeft opgesteld. Het is vrij evident dat we de eerste lijn en de preventieve gezondheidszorg daarbij sterker willen betrekken.

Mevrouw Depoorter, u had ook vragen over de mogelijke impact van een gelijktijdige griep- en covidepidemie.

Dat zijn belangrijke vragen.

Indien wij gelijktijdig een piek zouden hebben van COVID-19 en van griepinfecties, zouden wij maatschappelijk een heel zware druk krijgen op de zorgsector. Dat is het scenario dat wij hebben willen vermijden. Tot nu toe hebben wij dat ook vermeden. Dat was voor mij ook een deel van de motivering om voor en na Kerstmis behoorlijk voorzichtig te zijn. Ik heb toen ook aangegeven dat zo'n scenario meespeelde.

Op het individuele niveau ligt het anders. Uit de literatuur blijkt dat een individu dat tegelijkertijd met het griepvirus en SARS-CoV-2 is besmet, gemiddeld geen ernstiger ziekteverloop zou vertonen dan een persoon die enkel met SARS-CoV-2 is besmet.

Ik herhaal dat wij nu te maken hebben met de omikronvariant. We weten niet goed of die conclusie op het niveau van het individu voor de dubbele besmetting ook standhoudt voor omikron. We weten dat niet, maar het omgekeerde weten we ook niet.

U stelde ook de vraag wat wij kunnen doen om een gecombineerde piek te vermijden. Nu we duidelijk voorbij de piek van de omikrongolf zijn, lijkt de vraag minder actueel, maar het blijft toch een actuele vraag.

Sta mij, ten eerste, toe aan te geven dat de hygiëne- en afstandsmaatregelen tegen COVID-19, die wij zo hebben gepropageerd, natuurlijk ook bijzonder nuttig zijn tegen de griep.

Het succes in België op het vlak van het volgen door de bevolking van die algemene voorzichtigheid verklaart misschien ook wel waarom wij weinig te maken hebben gehad met griep. Ik zal dat dadelijk even toelichten.

Het is belangrijk een goede surveillance te hebben van de griep. Die hebben wij ook al. Sciensano volgt

sinds jaren voortdurend steekproefsgewijs de frequentie van bevestigde griepinfecties in ons land aan de hand van peilnetwerken van de huisartsen, klinische labo's en ziekenhuizen. In die surveillances worden patiënten met welbepaalde symptomen systematisch getest op een zestiental luchtwegvirussen, waaronder griep en SARS-CoV-2, zodat wij ook de intensiteit van de circulatie van de verschillende virussen kunnen opvolgen.

Uit die surveillances blijkt voorlopig dat er bij ons nu geen sprake is van een verhoogde griepactiviteit, hoewel enkele andere Europese landen wel te maken hebben met een verhoogde griepactiviteit.

Dat is dus goed. De optimistische hypothese is dat een en ander te maken heeft met het feit dat mensen in België zich doorgaans bijzonder voorzichtig hebben gedragen.

Mevrouw Depoorter, ik kom terug op uw vraag. De belangrijkste maatregel om een gecombineerde piek te vermijden, blijft natuurlijk de vaccinatie.

Wij hebben om die reden de mogelijkheid tot vaccinatie versterkt op drie punten. Ik heb het over de griepvaccinatie. Er zijn een kwart meer griepvaccindosissen beschikbaar gesteld dan vorig jaar. Die 3,7 miljoen dosissen zijn voldoende om alle doelgroepen te vaccineren. Behalve artsen krijgen ook apothekers, net zoals vorig jaar overigens, de bevoegdheid om het medisch voorschrift te maken. De patiënt moet dus niet eerst naar de dokter om daarna het vaccin gewoon af te halen. In tegenstelling tot vorig jaar was er dit jaar geen fasering per doelgroep om te worden gevaccineerd, waardoor iedereen de mogelijkheid had om vanaf 15 oktober te worden gevaccineerd. Wij hebben op die manier de griepvaccinatiecampagne willen faciliteren.

U had, ten slotte, ook vragen over onze jongeren in het buitenland. Ben ik juist?

Ik val enigszins in herhaling. Ik heb in overleg met de minister van Buitenlandse Zaken en de eerste minister diplomatieke demarches uitgevoerd in Wenen en Rome. Ook onze permanente vertegenwoordiger bij de Europese Unie heeft de problematiek aangekaart. Mijn eigen diplomatieke medewerker heeft daarover ook rechtstreeks contact gehad met zijn Oostenrijkse collega. Zij houden elkaar op de hoogte.

De situatie is ondertussen eenvoudiger geworden voor mensen die vanuit België naar Oostenrijk of Italië reizen, omdat Oostenrijk en Italië een aantal versoepelingen hebben doorgevoerd. Vorige week besliste Oostenrijk bijvoorbeeld om vanaf 16 februari 2022 van een 2G+-beleid over te schakelen naar een 3G-beleid. Dat wil dus zeggen dat toegang wordt verleend aan mensen die genezen zijn, gevaccineerd of getest zijn. Dat laatste, het getest zijn, is een versoepeling die is toegevoegd met ingang van 19 februari 2022. Vanaf 5 maart 2022 valt de 3G-regel dan overall weg in Oostenrijk, behalve in ziekenhuizen en aanverwante instellingen, waar nog altijd de 3G-regel geldt.

Vanaf 5 maart zijn FFP2-maskers ook enkel nog vereist op plaatsen waartoe ook kwetsbare personen toegang moeten hebben en de ruimte delen, bijvoorbeeld in het openbaar vervoer, supermarkten, apotheken en ziekenhuizen, dus niet langer in de horeca. Ook de nachtgastonomie moet niet langer vroegtijdig sluiten. Ook in de cultuursector zullen maskers niet langer vereist zijn. Er zijn vanaf maart ook opnieuw toelatingen voor grote evenementen.

Ook Italië zet stappen naar een heropening. Vanaf 7 februari is het coronacertificaat ongelimiteerd geldig voor wie drie dosissen kreeg en ook voor wie hersteld is van covid na een volledige initiële vaccinatiecyclus van twee dosissen. Om de toerismesector een gemakkelijker leven te geven, heeft de Italiaanse regering ook beslist dat wie de voorbije zes maanden gevaccineerd is of hersteld is van covid, met de *basic green pass* binnen mag in hotels en restaurants. Wie langer dan zes maanden geleden gevaccineerd werd of hersteld is, moet in Italië nog een negatief testresultaat kunnen tonen.

Die informatie is ook terug te vinden op de websites van die landen. Ik stel voor dat geïnteresseerden via de specifieke websites zorgvuldig opvolgen wat er in die landen beslist wordt.

Mevrouw Sneepe, u stelde een vraag over het Valida Ziekenhuis in Sint-Agatha-Berchem. Daar heeft zich een incident voorgedaan waarbij een kind een boostervaccin kreeg, terwijl dat eigenlijk niet de bedoeling was. De concrete situatie is de volgende. Dat ziekenhuis had te maken met toegenomen werkdruk en absentisme vanwege de omikronvariant. Er werd een vervangend verpleger ingezet, die zich helaas vergist heeft. Hij was er niet van op de hoogte dat minderjarigen nog geen boostervaccin mogen krijgen. Het

ziekenhuis heeft nooit beslist dat van de regels afgeweken mocht worden. Het was zeker niet de bedoeling om door offlabelvaccinaties de toegang tot skivakanties te vergemakkelijken. Toen die fout ontdekt werd, heeft de ziekenhuisdirectie alle personeelsleden correct geïnformeerd en herinnerd aan de geldende regels. Op die manier probeert men dergelijke fouten in de toekomst alleszins te vermijden. Ik denk niet dat er iets structureels mis was in dat ziekenhuis en ik vond het dan ook absoluut niet nodig om dat ziekenhuis een sanctie op te leggen.

Hoeveel kinderen zijn er op die manier al, tegen de regelgeving in, geboosterd? In totaal kregen zes minderjarigen van 12 tot 17 jaar een boosterprik.

Mevrouw Creemers, Europa blijft een beetje afwezig, ondanks alle inspanningen om een Europees gezondheidsbeleid en een gezamenlijke respons te ontwikkelen. Het zou natuurlijk veel gemakkelijker zijn, mocht er een meer uniforme benadering zijn in de Europese landen van de vaccinatie-eisen, hoe die geformuleerd zijn ten aanzien van jongeren, enzovoort. Daarin hebt u helemaal gelijk.

01.08 Dominiek Sneepe (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik vind het een beetje vreemd. In verband met de PEG-lipiden zegt u nog geen wetenschappelijke basis te hebben en dat u nog geen wetenschappelijke studies hebt, maar toch gaat u verder met booster. Ergens moet dan toch geconcludeerd zijn dat het beter is te booster dan om eventueel de pech te hebben dat de medicijnen tegen kanker door de zoveelste booster niet meer of minder werken. Ik vind dat vreemd. In dezen zou ik het voorzorgsprincipe hanteren, maar blijkbaar staat dat niet in uw woordenboek. Ook bij jongeren- en kindervaccinatie zou ik het voorzorgsprincipe hanteren.

Wat de jongerenvaccinatie betreft, er gebeuren wel meer fouten in ziekenhuizen. Dat zou niet mogen gebeuren. Wij kunnen daarover lang jammeren of beslissen om dat niet te doen, maar het is natuurlijk absurd dat jongeren hun booster willen halen om op reis te kunnen gaan. Dat is natuurlijk de absurditeit van het hele concept CST. Ik wil dus nogmaals oproepen om dat onding af te schaffen, want uiteindelijk gaat het niet meer over gezondheid. Integendeel, men gaat tegen alle regelgeving in dan maar booster, om toch maar op vakantie te kunnen. Het gaat dus eerder over entertainment en ontspanning.

Ik had daaraan een vraag gekoppeld over de dosissen. Hoe is dat juist beslist? Waarom krijgt een kind van 11 jaar met het gewicht van een kind van 13 jaar een kindervaccin en een kind van 12 jaar met een gewicht van iemand van 10 of 11 jaar een volwassenenvaccin? U hebt op die vraag niet geantwoord. Hebt u geen antwoord of wilt u niet antwoorden?

Ik vind dat wel frappant, want – ik ben natuurlijk niet medisch geschoold, maar ik heb wel vier kinderen – als kinderen ziek worden, dan wordt de dosis van het medicijn aangepast aan het gewicht van het kind. Men zou dus denken dat dat bij vaccins ook het geval is, maar dat is blijkbaar niet zo. U mag het gerust zeggen als u geen antwoord hebt, maar er zouden daarover toch studies moeten gebeuren of er zouden vanwege de fabrikant toch raadgevingen moeten zijn over de dosering voor kinderen op basis van hun gewicht? Helaas is daar niets over bekend, ook bij de producenten blijkbaar niet, anders zou het wel in de bijsluiter staan. Ik wil dus nogmaals een oproep doen om bij het vaccineren van kinderen het voorzorgsprincipe te hanteren, want gezonde kinderen hoeven het vaccin eigenlijk niet te krijgen.

Bij de uitrol van de vaccinatie voor kinderen in de Verenigde Staten werd een stijging met 300 % van myocarditis vastgesteld bij jonge jongens. Alleen al daardoor zou men toch wat voorzichtiger moeten zijn, maar er is gelukkig nog niemand verplicht om zijn kinderen te laten vaccineren. Als u op mijn laatste vraag nog een antwoord hebt, mag u mij dat laten weten, mijnheer de minister.

01.09 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, mijn vragen werden al een paar weken geleden ingediend. Ik wou toen weten hoe de toediening van de vierde dosis zou gebeuren en had ook vragen over de boostercampagne voor jongeren en kinderen. Ik wil vooral een pluim geven aan de lokale besturen. Heel veel overheidsdiensten hebben heel hard gewerkt, maar het mag ook worden gezegd dat de vaccinatiecampagne een heel goede prestatie van de lokale besturen is. Wij zijn nu een paar weken na het indienen van mijn vragen, de boosterprikken worden momenteel gezet en de vierde prik wordt toegediend, dus bij dezen een pluim voor de lokale besturen.

01.10 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

01.11 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, ik heb geen vragen meer. Ik zou mij willen aansluiten bij

collega De Caluwé. De lokale overheden hebben hard hun best gedaan, waarvoor dank.

01.12 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, vacciner des jeunes sans validation de l'EMA pour qu'ils puissent aller skier, et compte tenu de l'évolution des réponses aux vaccins, mais aussi de l'évolution épidémique pose un grand nombre de questions d'ordre éthique.

On devrait basculer d'approche dans ce dossier, en se positionnant au niveau de la Belgique et en appelant à beaucoup plus de cohérence au niveau européen. En effet, on se trouve face à l'absence d'un avis de l'EMA et face à des pays qui exigent que ce booster soit inoculé y compris aux mineurs.

En tant que ministre de la Santé, je vous appelle clairement à tenter de rassembler les points de vue au niveau européen et d'éviter cette course à l'échalote afin de savoir qui procèdera au plus grand nombre de rappels pour les mineurs sans validation de l'EMA.

Par ailleurs, je voudrais aborder la question des patients immunodéprimés. Comme vous l'avez dit, ceux-ci peuvent bénéficier, et heureusement d'ailleurs, d'une quatrième dose dont on sait qu'elle ne les protégera pas complètement puisque, par définition, leur immunité étant faible, ils ont des risques beaucoup plus élevés de contracter la maladie et de développer une forme grave de celle-ci. Je souhaite donc insister ici pour que ces patients immunodéprimés puissent avoir accès aux traitements efficaces, en particulier au Paxlovid qui a été commandé en très grand nombre par les pays qui nous entourent alors que la Belgique n'en dispose pas encore et n'en a commandé, à ma connaissance, qu'un tout petit nombre. Il faut pouvoir disposer de toutes les armes pour qu'ils ne se retrouvent pas dans des situations catastrophiques et ne doivent pas continuer à se terroriser, compte tenu du risque qu'ils encourent.

01.13 Sofie Merckx (PVDA-PTB): We weten nog niet of een vierde prik of een boosterprik nodig is, maar we weten wel dat die deel uitmaakt van de mogelijke scenario's.

We moeten hieruit wel de les trekken dat we beter voorbereid moeten zijn op een andere mogelijke pandemie of gezondheidscrisis. Ik kan niet genoeg benadrukken dat er werk moet worden gemaakt van dat operationele schema. We mogen dat niet voor ons uitschuiven. Dat moet er zijn. Het mag niet zo zijn dat we telkens opnieuw iets uit de grond moeten stampen. Het moet iets continu's zijn, waarmee we snel kunnen schakelen. Daarom moeten we een preventieve gezondheidszorg organiseren in de eerstelijnszorg, waarbij we de huidige gezondheidswerkers inschakelen en reserves mee kunnen worden ingeschakeld. Ik denk dat we op die manier verder moeten denken.

Ik vind het spijtig dat men een soort van crisismanagement blijft hanteren. Men organiseert pas iets nadat een beslissing is genomen en dan bouwt men opnieuw af.

01.14 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik ben het over een aantal zaken met u eens, maar over een aantal zaken ook niet.

Met betrekking tot de booster hebben we misschien nog niet voldoende informatie, vooral op wetenschappelijk vlak, om daarover te beslissen. Ik wil toch ook wijzen op enige voorzichtigheid in de communicatie over het basisschema. Ik heb de communicatie gehoord van de experts die de overheid adviseren en die verontrust mij toch enigszins, wat de duidelijkheid voor de patiënten betreft.

Men heeft het over een basisschema 1 en 2. Daarna heeft men het over een basisschema 1, 2 en 3. Hoe zal men dan communiceren over nummer 4? Ik denk dat we heel eenduidig moeten communiceren dat een booster in het najaar eventueel noodzakelijk kan zijn. Dat is wel al door een aantal beleidsmakers gecommuniceerd.

Ik vind ook dat we echt op die virusremmers moeten inzetten. Daarin ben ik het eens met mevrouw Fonck. Er is vandaag een open brief in de Franstalige pers signaleerd, waarin heel duidelijk staat dat er te weinig Paxlovid is besteld om de immunogedeprimeerde patiënten te helpen. Ik heb u dat al een paar keer gezegd.

U antwoordt mij telkens dat we kunnen bijbestellen. Ik heb de contracten opgevraagd. Ik heb die niet ontvangen, niet van het FAGG, want het is niet in het bezit van die contracten, maar ook niet van de FOD Volksgezondheid. Ik zou wel willen zien hoeveel garantie we hebben om voldoende Paxlovid of Lagevrio te hebben in het najaar. Ik blijf daarop hameren. We zullen snel klaar moeten zijn om onze patiënten, zeker onze kwetsbare patiënten, op te vangen.

Ook zou men de veelvuldige mRNA-dossissen in een lichaam dat immunologisch niet perfect reageert moeten opvolgen en onderzoeken.

Er is een pediatrisch vaccin voor kinderen en een vaccin voor volwassenen. Dat zijn ook de schema's die worden opgesteld. Ik denk dat dat het antwoord is op de vraag van mevrouw Sneppe.

Met betrekking tot de PEG-lipiden volg ik u ook niet, mijnheer de minister. Ik denk dat de signalen van de Universiteit Gent al even zijn gegeven. Die onderzoeken zouden bezig moeten zijn. Ik wil niet aan paniekzaaijerij doen, maar we moeten dat echt wel onderzoeken.

Ook met betrekking tot het CST heb ik een *caveat*. Ik heb heel wat patiënten die zich vragen stellen. Zij zeggen: ik hebben drie vaccins gehad, ik voel mij goed, ik weet niet of ik die vierde prik zal nemen, maar wat met mijn CST? U hebt gezegd dat daar nog geen limiet op staat, maar dat was vorige keer ook zo. Toen zou het CST een jaar geldig zijn. Uiteindelijk werd het negen maanden. De mensen werden eigenlijk in een panieksituatie gebracht om snel die booster te halen. Ook daar zou een beetje vooruitziendheid de mensen vooruit helpen en zeker het draagvlak kunnen versterken, want we voelen dat dat op dit moment toch afneemt.

We hebben het geluk dat de griep vandaag nog niet in onze contreien is, maar het is in andere Europese lidstaten wel een probleem dat we in de gaten moeten houden, zeker voor de volgende winter.

Het is ook goed dat u stappen hebt ondernomen op het vlak van diplomatieke contacten. Ik denk dat het voor onze jeugd een bijzonder moeilijke periode is geweest. Ik ben geen voorstander om te vaccineren zonder goedkeuring van het EMA, maar ik ben er wel absoluut voorstander van dat onze kinderen op reis kunnen gaan en, desnoods met een test, van een schoolreis of een vakantie met de familie kunnen genieten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Actualiteitsdebat over mentale gezondheid en toegevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het coronavirus en het mentaal welzijn van jongeren" (55024041C)
- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact op de mentale gezondheid volgens de 9^e COVID-19-gezondheidsenquête" (55024402C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De COVID-19-gezondheidsenquête en het mentaal welzijn" (55024972C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geestelijke gezondheids crisis bij jongeren tijdens de coronapandemie" (55025488C)
- Sofie Merckx aan Alexander De Croo (eerste minister) over "De geestelijke gezondheids crisis bij jongeren tijdens de coronapandemie" (55025489C)

02 Débat d'actualité sur la santé mentale et questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coronavirus et le bien-être mental des jeunes" (55024041C)
- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incidence sur la santé mentale révélée par la neuvième enquête de santé Covid-19" (55024402C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enquête de santé sur le Covid-19 et le bien-être mental" (55024972C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La crise de la santé mentale des jeunes pendant la pandémie de coronavirus" (55025488C)
- Sofie Merckx à Alexander De Croo (premier ministre) sur "La crise de la santé mentale des jeunes pendant la pandémie de coronavirus" (55025489C)

02.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, uit de gezondheidsenquête die eind vorig jaar werd afgenomen bij meer dan 22.000 deelnemers is gebleken dat bij een verstrenging van de maatregelen het percentage volwassenen dat een negatieve impact ervaart op verschillende levensdomeinen, toeneemt. Dat was vooral het geval voor werk of opleiding, maar ook voor het familiaal en sociaal leven, met percentages die in december 2021 weer even hoog waren als in maart 2021. Voor de levensdomeinen inkomen en gezondheid & zorg lag het percentage in december zelfs nog hoger dan in maart.

Het percentage van volwassenen die ontevreden waren met hun leven aan het einde van 2021, lag heel hoog. Ook bij de jongeren zien we op het vlak van levensvreugde een heel negatieve score. Bovendien gaf 21 % van de volwassenen aan met een depressieve stoornis te worstelen en 24 % met een angststoornis. Dat zijn de hoogst gemeten percentages sinds het begin van de COVID-19-gezondheidsenquête. Ten slotte leed ook 28 % van de volwassenen aan ernstige eenzaamheid. Dat cijfer komt overeen met dat van maart 2021.

Wat is uw reactie op de bevindingen? Ziet u op korte en lange termijn bepaalde acties? Hoe laat u aan de mensen weten dat zij gehoord worden?

02.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, naast de alarmerende cijfers over geestelijke gezondheid die naar voren kwamen uit de enquête van Sciensano, was er ondertussen ook de heel aangrijpende Panoreportage over geestelijke gezondheidszorg en het gebrek aan toegang daartoe, met name voor jongeren. Uit de getuigenissen bleek dat kinderen met hun mentale problemen in de steek gelaten worden, met alle gevolgen van dien: ellenlange wachtlijsten, vele maanden wachten voor ze een geschikte hulpverlener kunnen ontmoeten.

In die reportage werd ook gesproken over het geld dat u ondertussen vrijgemaakt hebt om op de problemen van mentale gezondheid te reageren. De experts in de reportage alsook in het journaal noemden dat een druppel op een hete plaat, het is echt niet genoeg. Ze getuigden ook over een slechte doorstroming van informatie en het gebrek aan cijfers over de problematiek.

Nog voor de covidpandemie had een experte zelf in kaart proberen te brengen hoever de zorgnood en het aanbod uit elkaar liggen. Daaruit bleek dat minder dan de helft van de jongeren een antwoord krijgt op zijn zorgvraag.

Hoe reageert u op de reportage? Zult u een systeem opzetten voor uitwisseling van informatie over de zorgnood, zelfmoordpogingen en zelfdodingen? Zult u de zorgnood en het aanbod monitoren, zodat we bijvoorbeeld steeds een zicht hebben op de wachttijden? Daar worden blijkbaar geen statistieken van bijgehouden. Zult u bijkomend investeren?

02.03 Els Van Hoof (CD&V): Ik sluit mij hier graag bij aan, gezien het belang van het debat rond de geestelijke gezondheidszorg en mijn resolutie van destijds, waarmee de regering trouwens op een goede manier is omgegaan.

Sinds de coronacrisis stellen we jammer genoeg vast dat de wachtlijsten alleen maar toenemen. De situatie is verergerd, zeker bij de jongeren. Uit de reportages blijkt dat men vroeger twee à drie maanden moest wachten, maar nu moet men al zo lang wachten voor men op intakegesprek kan. Daardoor geraken de betrokken jongeren nog dieper in de put.

In de beleidsnota heb ik gelezen dat de minister heel veel aandacht besteedt aan eetstoornissen, die symptomatisch zijn voor andere problemen bij jongeren. Er zou een werkgroep rond eetstoornissen komen om een advies te formuleren rond het zorgpad voor jongeren met die problemen. Dat zijn belangrijke initiatieven. Alleen meer middelen creëren zal de zaak niet redden, die discussie hebben we al gevoerd. Er moet aan de grond van de problematiek gewerkt worden. Er moet dus zo vroeg mogelijk ingegrepen worden op de plekken waar jongeren samenkomen. Mijnheer de minister, u deelt die visie, maar wat is de stand van zaken?

Welke concrete oplossingen worden er naar voren geschoven? Is er overleg met de gemeenschappen? Ik veronderstel van wel. Hoe worden daar resultaten boekt?

Hoe zit het met de werkgroep rond eetstoornissen? Hoe verloopt de uitrol van diverse andere initiatieven, zoals de mobiele crisisteam voor kinderen en jongeren? Er is een belangrijke stap gezet in de psychologische eerstelijnszorg en voor de 32 laagdrempelige centra voor geestelijke gezondheidszorg via de conventies. Kunnen we kinderen en jongeren daar voorrang geven?

Hoe evalueert u de maatregelen zoals groepsessies op scholen en andere ontmoetingsplekken voor jongeren om hun problemen te bespreken? Ik geloof daar namelijk ook wel in.

02.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, bij het zien van de Panoreportage en *De Zevende Dag* bloedt het hart van elke moeder. Dat staat in schril contrast met uw aankondigingspolitiek van juli vorig jaar. Het kan niet dat onze maatschappij niet in staat is om kinderen en jongeren in nood te helpen. Het kan ook niet dat slechts één op twee jongeren hulp krijgt. Ik had graag uw plannen vernomen. Gisteren is er een advies van de Hoge Gezondheidsraad rond geestelijke gezondheidszorg binnengekomen. Hoe zult u daarop reageren?

Ik had ook graag vernomen hoeveel kinderen er op psychologische hulp wachten. In *De Zevende Dag* hoorden we dat één op twee geen plaats vindt. Klopt dat en wat zult u daaraan doen? Hoeveel jongeren staan er op wachtlijsten? Wat is de evolutie van de wachttijden?

Hoe zult u de betaling aanpakken? U hebt aangekondigd dat jongeren en patiënten in nood 11 euro per uur zouden betalen. Maar het gaat dan om slechts 5 terugbetaalde consultaties. Mijn mailbox en die van de collega's wellicht ook, zit vol met de noodkreten van ouders over de hoge facturen, bijvoorbeeld voor de behandeling van eetstoornissen. Als ze dan al geholpen worden, kunnen zij die facturen namelijk niet betalen.

Acht u het mogelijk om thuis psychiatrische verpleegkundigen in te schakelen bij de voor- en nazorg? Dat is een absoluut pijnpunt, omdat er nu maar twee nomenclaturen zijn. Zult u die kwestie aanpakken? We kunnen dat niet langer tolereren.

02.05 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, ik ga eerst in op de data en ik geef daarna zeer kort enkele algemene beschouwingen, die eigenlijk veel van de terechte vaststellingen bevestigen.

De COVID-19-gezondheidsenquête van Sciensano is naar mijn mening een bijzonder nuttig instrument. Recent werden de resultaten van de negende enquête gepubliceerd. Net als u allen, bekijk ik die met aandacht. We zien eigenlijk dat het mentaal welzijn, zoals dat daarin wordt gemeten, op- en neergaat. Soms gaat het wat beter, in andere periodes wat slechter. Dat verbaast niet, want het gaat slechter met het mentaal welzijn als de pandemie hevig is, als er maatregelen worden genomen waardoor mensen minder contacten kunnen hebben. Al is dat niet verrassend, het is wel een reden om altijd zeer goed na te denken over de te nemen maatregelen.

Ik trap nu misschien een open deur in, maar ik wil toch herhalen dat wij in het beleid in het voorbije anderhalf jaar systematisch gezegd hebben dat scholen maximaal open moeten blijven, hoewel dat puur vanuit het oogpunt van de bestrijding van het virus misschien niet de beste keuze is. Maar het gaat nu eenmaal niet alleen om het virus, maar ook om het mentaal welzijn van de jongeren, dat hard te lijden heeft onder de sluiting van de scholen. Twee keer – we hebben geprobeerd zo weinig mogelijk sluitingen op te leggen – moesten we onvermijdelijk toch beslissen om de scholen te sluiten en alle lessen in afstandsonderwijs te laten plaatsvinden. Afstandsonderwijs of zelfs deeltijds afstandsonderwijs is voor veel jongeren moeilijk. Daar hoeven we geen doekjes om te winden. We kunnen blij zijn dat we nu weer een acute fase van de crisis achter ons laten en veel aandacht kunnen geven aan de jongeren.

Ik hoop eerlijk gezegd dat we met de huidige cijfers, al is het hout vasthouden – het blijft rijden en omzien – relatief snel kunnen schakelen naar code geel. Naast eisen over de aanwezigheid van CO₂-meters en eventueel eisen omtrent mondmaskers op het openbaar vervoer – allemaal nog te bespreken – kunnen we bijvoorbeeld stellen dat jongeren op school niet langer een mondmasker hoeven te dragen. Daar ga ik althans van uit in code geel. Zonder er nu een datum op te prikken, ik hoop dat we die fase snel bereiken. In de media hoorde ik mensen zeggen dat die na de krokusvakantie ingevoerd zou moeten kunnen worden. Dat wil ik zeker niet uitsluiten. Hoe sneller we kunnen schakelen naar code geel, hoe beter, maar we zullen het wel doen op basis van de cijfers en de dynamiek ervan, zoals we dat ook gedaan hebben bij code oranje.

Ik hoop dus snel te kunnen schakelen, onder meer ten bate van de jongeren die het moeilijk hebben en de jongeren die het dragen van een mondmasker op scholen meer dan beu zijn. Dan zullen we ook de vele klachten daaromtrent achter ons kunnen laten. Hoe dan ook, de mentale gezondheid gaat op en neer, maar heeft dus zeker en zonder enige twijfel geleden onder de pandemie.

Al vóór de pandemie beschikten we over heel wat gegevens. Ons beleid inzake geestelijke gezondheidszorg wil zich richten op de gezondheid van de bevolking, dus wij willen een *public health perspective*, zoals dat heet. Dat perspectief betekent dat we veel verder willen gaan dan louter de organisatie van individuele

klinische contacten tussen mensen die voor acute problemen een oplossing zoeken, en een zorgverlener, die helpt om een oplossing te vinden. De benadering is veel ambitieuzer, want wij bekijken de gezondheid van de bevolking en wij willen de mentale gezondheid van de bevolking hoog houden. Dat betekent snel, breed en preventief ingrijpen. Het betekent ook dat we een zicht moeten ontwikkelen op de gezondheid van de bevolking. De gegevens die professor Ronny Bruffaerts daarover verzamelt, zijn voor ons altijd erg belangrijk geweest.

Professor Bruffaerts zegt dat structureel de prevalentie van psychische problemen bij de Belgische volwassen bevolking als volgt is verdeeld: 67 % van de mensen heeft geen enkel psychisch probleem, 18 % van de mensen heeft lichte tot milde psychische problemen, 9 % heeft milde tot matig ernstige psychische problemen, 4 % van de mensen heeft complexe psychische stoornissen en 2 % heeft ernstige psychische aandoeningen. Op die cijfers baseren wij ons beleid, omdat het gaat om een structureel gegeven bij de volwassen bevolking. Die cijfers wijzigen ook niet heel sterk, ze zijn al bij al redelijk stabiel. Wij hopen natuurlijk dat de impact van de pandemie enigszins tijdelijk is, zodat wij op basis van dat stabiel, maar op zichzelf niet geruststellend patroon, ons beleid verder kunnen ontwikkelen.

Sinds kort heb ik ook resultaten van een tweewekelijkse bevraging die de druk op de kinderpsychiatrische bedden monitort. Die resultaten kan ik nog niet publiceren, omdat die vooralsnog niet echt stabiel zijn. Sinds juni vragen wij om de twee weken aan diensten kinderpsychiatrie een aantal gegevens op. Daar leren we wel wat uit. Ik kom er straks nog op terug.

Eigenlijk is het heel belangrijk voor heel ons gezondheidsbeleid, inclusief het geestelijk gezondheidsbeleid, dat wij werken aan de oprichting van een *health data authority*, waardoor de kennis over onze gezondheid en onze gezondheidszorg aan de hand van data voor iedereen goed beschikbaar wordt, zodat wij daarop een beleid kunnen baseren.

Bovendien kunnen individuele mensen een beter inzicht krijgen en kunnen patiënten betere zorg krijgen. Dankzij een *health data authority* krijgt men een allesomvattende datacatalogus met een goede omschrijving van de beschikbare data op basis van metadata, met vlotte toegang, natuurlijk ook beveiligd, met een degelijke juridische basis, met noodzakelijke transparantie. Dat is een heel belangrijke ambitie van de regering. Gegevens met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg moeten dus ook door de *health data authority* verzameld worden. We zullen daar nog wel eens over discussiëren bij andere gelegenheden, maar ik wilde dat even aanstippen.

We moeten de monitoring nog verder op punt stellen voor de bevraging bij de kinder- en jeugdpsychiatrische diensten, een bevraging die we sinds eind juni van vorig jaar uitvoeren. Ziekenhuizen moeten bijvoorbeeld tot een uniforme registratie komen. Zo verschillen de inclusiecriteria van ziekenhuis tot ziekenhuis. Desalniettemin noteren we de voorbije zes maanden een daling van de gemiddelde maximale en minimale wachttijd voor de ziekenhuizen, zowel in Vlaanderen, Brussel als Wallonië. We meten dat sinds juni, dus dat kan niet worden vergeleken met de periode voor juni. Het is al bij al een gunstig gegeven, zij het matig. Ik hoop dat dat ook wel iets te maken heeft met onze zeer sterke investering in kinder- en jeugdpsychiatrie sinds april vorig jaar. In het publieke debat wordt misschien wat onderschat wat we aan het doen zijn. Hopelijk is de eerste impact daarvan effectief zichtbaar in de monitoring, met een lichte verbetering van de wachttijden voor kinder- en jeugdpsychiatrische diensten, eerder dan een verdere verslechtering.

Onze investeringen zijn belangrijk. We leggen een bijzondere klemtoon op het op punt stellen van psychologische zorg in de eerste lijn. Dat betekent dat er laagdrempelig toegang gegeven wordt aan mensen die bepaalde problemen hebben. Die problemen moeten misschien gewoon wat geëxploreerd worden. Liefst wordt er snel gereageerd, veeleer dan de problemen erger te laten worden. Men wordt dan de juiste weg gewezen. Een laagdrempelig aanbod houdt niet alleen in dat men het mogelijk maakt dat mensen aankloppen bij een individuele klinisch psycholoog of orthopedagoog voor één sessie, voor een gesprek of om een probleem te exploreren, of eventueel voor meerdere sessies.

Het betekent eigenlijk ook dat dat aanbod aanwezig moet zijn in huisartsenpraktijken, bij sociale diensten, in welzijnsinstellingen en OCMW's. De psychologische hulpverlening in de eerste lijn moet verweven zijn met heel ons sociale weefsel en eigenlijk met heel onze gezondheidszorg, met name in de eerste lijn. Daarvoor hebben we bijkomend 112,5 miljoen euro ter beschikking gesteld, boven op de 39 miljoen euro, die al door de vorige regering was vrijgemaakt. Samen is dat 152 miljoen euro. Dat is een zeer belangrijke investering. De uitrol is bezig.

We zien al dat de beschikbaarheid in uren van klinisch psychologen en orthopedagogen sterk is gestegen bij onze netwerken geestelijke gezondheidszorg. In de netwerken voor kinderen en jeugd is de beschikbaarheid tussen maart vorig jaar en januari van dit jaar met 50 % gestegen. In de netwerken voor volwassenen is de beschikbaarheid met 40 % gestegen. Het aantal gefactureerde sessies is in januari van dit jaar verviervoudigd ten opzichte van maart van vorig jaar. Er mag dus niet worden gezegd dat we geen inspanning leveren. Nochtans blijft er nog een deel van het volledige budget ongebruikt.

De bijkomende initiatieven worden dus geleidelijk uitgerold, waarbij de netwerken op een zorgvuldige manier proberen in kaart te brengen wat de behoeften zijn waaraan zij specifiek moeten beantwoorden in hun regio en hoe ze voet kunnen krijgen in onder andere de huisartsenpraktijken, sociale diensten, welzijnsinstellingen, scholen en CLB's. In bijna alle van de 32 netwerken geestelijke gezondheidszorg die ons land rijk is, is een netwerkcoördinator aangeworven. Ik heb aan hen gevraagd om nu toch wel vooruitgang te boeken. Die vraag zal de komende dagen nog herhaald worden. Ik wil dat er tegen 1 april duidelijkheid is over de manier waarop de aanwezigheid zal worden georganiseerd in onder andere huisartsenpraktijken, scholen en sociale diensten. Ik wil eigenlijk dat het hele verhaal tegen de zomer is uitgerold. Dat vraagt tijd en dat is misschien wat frustrerend, maar zorgvuldig handelen vergt tijd.

Daarnaast zijn wij bezig met extra investeringen in kinder- en jeugdpsychiatrie. Er komt nog 35 miljoen euro, die gefaseerd zal ingezet worden om de ambulante zorg te versterken, met de netwerken. Liaisonsteams in ziekenhuizen tussen psychiatrische diensten en andere diensten, belangrijk voor onder meer eetstoornissen, willen we structureel maken. Waar nodig willen we de ziekenhuiscapaciteit in de kinder- en jeugdpsychiatrie verbeteren.

Voor die 35 miljoen euro is er nog geen praktische toepassing. Maar ik hoop dat wij dit jaar al een deel daarvan zullen kunnen implementeren en de rest dan volgend jaar. Daar hoort ook het wegwerken bij van de onderfinanciering van projecten voor kinderen die misdrijven hebben gepleegd, de zogenaamde For-K-projecten. Dat wil ik al doen in het najaar van dit jaar.

Daarnaast voorzie ik in 16 miljoen euro. Wij zullen een oproep doen aan de netwerken om ook het aanbod voor de volwassenen te versterken, onder meer door extra in te zetten op betere crisisopvang in de ziekenhuizen.

In totaal is dat dus 51 miljoen euro. Wij hebben reeds 40 miljoen euro extra geïnvesteerd in de kinder- en jeugdpsychiatrie, maar ook in de ouderenpsychiatrie. Er is in de voorbije maanden ook 4,7 miljoen euro geïnvesteerd in de mobiele teams, goed voor 50 vte's extra. Die zijn er nu.

Ook is er 15,9 miljoen euro voor 55 kinderpsychiatrische diensten. Die financiële middelen zijn nog niet allemaal ingevuld. Dat is bestemd voor intensifiëring, ook met de bedoeling dat er voor- en nazorg komt om de opname niet te lang te laten duren: voorzorg vóór de opname, terwijl men wacht op opname, en nazorg, om snel plaats te maken voor anderen. Die 15,9 miljoen in de 55 kinderpsychiatrische diensten is erg belangrijk voor de voor- en nazorg, voor het overbruggen van wachttijden en voor het versnellen van het ontslag.

De initiatieven zijn nog niet allemaal ingevuld, maar als die allemaal ingevuld zullen zijn, zal het afgerond over 217 voltijdse eenheden gaan: psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, enzovoort.

Daarnaast komt er 20 miljoen euro voor de uitbreiding van de mobiele teams voor ouderen. U kunt meetellen: 4,7 miljoen euro voor de mobiele crisisteams voor kinderen en jongeren, 15,9 miljoen euro voor de intensifiëring van de zorg in 55 kinderpsychiatrische diensten, en 20 miljoen euro voor de mobiele teams voor ouderen. Dat is 40 miljoen euro, allemaal samengeteld.

Die 40 miljoen euro is geïnvesteerd, maar nog niet helemaal omgezet in effectief personeel op het terrein, maar toch heel wat. 51 miljoen komt nog. Dat is samen 91 miljoen euro. 112 miljoen is nog niet helemaal uitgerold, maar wij zijn die aan het uitrollen in de eerstelijnszorg. In totaal gaat het dus om meer dan 200 miljoen euro.

Men verwees in een van de vragen naar het mediabericht dat er maar 20 miljoen euro ter beschikking is en dat dat een druppel op een hete plaat is.

We trekken hiervoor natuurlijk veel meer dan 20 miljoen euro uit. Ik vind het jammer dat dat niet wordt

meegenomen in de berichtgeving. Weliswaar moeten die investeringen nog uitgerold worden, maar ik zet de netwerken wel onder druk – ook door dit zeggen – om de initiatieven uit te rollen. Het geld is er. Ik spoor ook de ziekenhuizen aan om het geld, dat er is, volledig te benutten. Het gaat over meer dan 200 miljoen euro, die we investeren in geestelijke gezondheidszorg.

Wat we zagen in de Panoreportage, die ik zelf mooi en pakkend vond, uit het leven gegrepen en zeer terecht gepresenteerd, is dat er ook een tekort is aan ambulante gespecialiseerde zorg, die vooral een bevoegdheid van de deelstaten is met de centra voor geestelijke gezondheidszorg. We zullen dus op alle fronten moeten werken, hand in hand met de deelstaten.

Het betreft een uiterst belangrijke werf. Ik doe een oproep aan onze netwerkcoördinatoren om vaart te maken; ik doe een oproep aan onze ziekenhuizen om de ter beschikking gestelde budgetten volledig in te vullen; ik doe een oproep aan mijn collega's in de deelstaten om de inspanningen nog op te drijven. Als dat lukt, meen ik dat we belangrijke stappen zetten.

Ondertussen kijken we aan tegen veel mentale problemen bij kinderen en jongeren. Dat is erg, het gaat over levensjaren die op een heel jammerlijke manier verloren gaan, en over hele gezinnen die daaronder lijden, zoals we in de uitzending van *Pano* helaas mooi konden zien, net als in andere getuigenissen zoals in *De Zevende Dag*. Het is goed dat dat onder de aandacht wordt gebracht en dat is ook nodig om er werk van te maken.

02.06 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, dank u voor uw duidelijk en volledig antwoord. Ik ben blij dat Sciensano gezondheidsenquêtes organiseert en daarbij ook aandacht heeft voor mentaal welzijn. Iedereen is ervan overtuigd dat we op het vlak van geestelijke gezondheid een tandje moeten bijsteken, en de regering heeft de ambitie geformuleerd om dat te doen. De coronacrisis heeft de problematiek nog scherper gesteld en getoond dat we hier werk van moeten maken. Ik kijk dan ook uit naar de studiedag rond mentaal welzijn die onze commissie binnenkort wil organiseren. Ik denk dat zo iets nodig is en kan helpen om de problematiek nog beter te begrijpen.

02.07 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, een deel van uw cijfers hadden we vorige week al besproken. Ik ben wel bezorgd over de manier waarop u over de Panoreportage spreekt. U vond het programma pakkend en de situatie goed in beeld gebracht, maar uiteindelijk vond u het wel jammer dat men wat op tafel lag afdeed als druppels op een hete plaat. Maar misschien is dat ook wel gewoon waar, mijnheer de minister! Wat daar gezegd is, is niet gewoon "pakkend"...

02.08 Minister Frank Vandenbroucke: Men noemde 20 miljoen euro een druppel op een hete plaat. Dat is absoluut juist, maar hier spreken we over 200 miljoen.

02.09 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ja, maar als men dan bekijkt wat er echt voor de kinderpsychiatrische diensten uitgetrokken wordt: 15 miljoen, niet?

02.10 Minister Frank Vandenbroucke: Van de 152 miljoen euro die we, samen met het budget dat er al was, investeren, gaat er disproportioneel veel naar kinderen en jongeren. Het is echt gericht op kinderen en jongeren. Het gaat om een groot en zelfs disproportioneel deel. Mobiele crisisteams voor jongeren: 4,7 miljoen. Liaisonsteams voor kinderen en jongeren: 15,9 miljoen. Intensifiëring: nu al 6 miljoen van de 35 miljoen voor kinder- en jeugdpsychiatrie die er nog aankomt.

Ik doe daar niet euforisch over, maar als men cijfers geeft, vind ik wel dat men ze allemaal moet geven. Het is een beetje jammer dat men commentaar heeft op 20 miljoen en dat afdoet als "niet veel": er is natuurlijk wel meer dan 20 miljoen.

02.11 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Een deel van de cijfers is dus niet weergegeven, maar uit uw hele discours blijkt toch ook wel een onderschatting van de getuigenissen in de Panoreportage. Kinderen met anorexia die maandenlang blijven vermageren en niet kunnen opgevangen worden: volgens mij kennen we allemaal mensen in zulke situaties.

In een getuigenis in *De Standaard* staat bijvoorbeeld: "Moet mijn dochter eerst van een brug springen voordat er iets gebeurt?" Immers, in dat geval komen ze op de spoed terecht. Kijkt u alstublieft nog eens opnieuw, opdat het echt zou doordringen. Zo kunt u echt afwegen en de toets maken: kan wat er nu op tafel

ligt, er echt voor zorgen dat er op z'n minst een snel antwoord komt voor de meest acute psychiatrische problemen?

Ik hoor u ook zeggen dat de kinderen ook weer snel ontslagen moeten kunnen worden. Daarin investeert u dan, maar zorg er alstublieft eerst voor dat de kinderen die echt begeleiding of een plaats in de psychiatrie nodig hebben, die ook krijgen. Dan moeten we het bijvoorbeeld ook hebben over een oplossing voor het tekort aan psychiaters. Daarover heb ik u ook niet gehoord.

Ook de psychologische gevolgen van de pandemie minimaliseert u volgens mij.

U hebt verschillende keren gezegd dat die volgens u tijdelijk zijn. Dat wordt echter tegengesproken door wetenschappelijke inzichten en als huisarts heb ik nog nooit zoveel patiënten met psychische problemen gezien, en dat gaat diep. Het gaat om twee jaar pandemie en de gevolgen op de geestelijke gezondheid zijn niet zomaar weggevaagd zoals het probleem van het mondkapje, dat kinderen op school niet meer hoeven op te zetten.

Nee, er zijn zware psychische problemen naar boven gekomen en we zullen daar nog jaren mee geconfronteerd worden. De middelen die we inzetten, moeten dus substantieel verhoogd worden. Geestelijk welzijn was namelijk al een probleem voor de pandemie en voorlopig zullen al die psychiatrische problemen enkel groter worden. Ik ben niet gerustgesteld door wat er vandaag op tafel ligt.

02.12 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor uw uitgebreid antwoord.

CD&V blijft pleiten voor een groeipad. U hebt hier ook duidelijk geschetst wat er al is gedaan. Toch denk ik dat we nog bijkomend zullen moeten inzetten. Er is immers een probleem met de veerkracht van jongeren. Het is dus erg noodzakelijk dat u een gesprek hebt met de 32 coördinatoren. Het zal van daaruit moeten komen: vanuit de eerste lijn moet tijdig gereageerd worden op de problemen, die enkel verergeren door de huidige crisis.

Ik geloof erg in de paradigmaswitch van Ronny Bruffaerts, maar die houdt geen rekening met het feit dat er al heel wat problemen bestaan. Ook de problemen die er al zijn, moeten we duurzaam aanpakken. Ik vrees dat we met een grote buffer zitten die vandaag nog niet is aangepakt en nog onder de waterlijn blijft. Ook daarvoor moeten we een groeipad uittekenen: het gaat hier om mensen die het isolement opzoeken en zorg mijden. Voor die groep zullen we in de toekomst vermoedelijk bijkomende middelen moeten uittrekken. In ieder geval hoop ik dat de middelen die u uittrekt, snel resultaten opleveren in de praktijk.

02.13 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord, maar ook ik denk dat u het probleem onderschat. We zitten echt in een acute fase en te vaak hoor ik u verwijzen naar wat er vóór de pandemie was. Als u zegt dat de cijfers bij de volwassenen vrij stabiel zijn, dan is dat onderzocht en dan zal dat wel zo zijn, maar u houdt geen rekening met het feit dat de meeste psychiatrische stoornissen ontstaan voor de leeftijd van 14 jaar. De pandemie heeft een gigantische impact gehad op de ontwikkeling van kinderen.

U zegt ook terechte dingen over *public health perspective* en over data, maar dat gaat over de toekomst.

Vandaag zijn onze kinderen en jongeren in nood. Vandaag moeten wij dan ook antwoorden hebben en meer op het terrein kunnen inzetten.

Ik heb het heel moeilijk met uw verwijzing naar de deelstaten voor een deel van de problematiek. Uiteraard moeten de deelstaten ook hun verantwoordelijkheid nemen. Wanneer ik u echter vraag of u zult inzetten op psychiatrische nazorg door thuisverpleegkundigen, is het uw verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat er een nomenclatuur is. Er zijn vandaag twee nummers. Daarmee kunnen onze thuisverpleegkundigen niet vooruit. Daarmee kunnen zij de noodzakelijke zorg en begeleiding niet doen, wanneer iemand uit een psychiatrisch centrum of een psychiatrisch ziekenhuis komt. Dat is nochtans absoluut belangrijk. Ik zou dus echt willen vragen daaraan iets te doen.

Inzake de liaisonteams herinner ik mij heel goed dat een amendement van de N-VA-fractie is meegenomen in het voorstel van resolutie van mevrouw Van Hoof. Wij hebben daarop ingezet en het is goedgekeurd. Ook die teams zijn echter nog niet operationeel, zoals dat zou moeten.

Mijnheer de minister, die pijnpunten kunt u vandaag aanpakken. Ik hoop dus echt dat een dergelijke reportage of een dergelijk gesprek in *De Zevende Dag* niet over drie maanden hoeft te worden herhaald. Wij hebben echt nood aan oplossingen en niet aan praatjes.

02.14 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, indien ik 200 miljoen euro meer investeer dan de regering waarvan u deel uitmaakte, is dat toch wel omdat ik mij bewust ben van het probleem.

02.15 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat bedrag van 200 miljoen euro hebben wij goedgekeurd in lopende zaken. Op dat moment was u nog niet actief in de politiek.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 **Débat d'actualité sur la politique de testing et questions jointes de**

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'efficacité des autotests" (55024374C)

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enquête de santé sur le Covid-19 et les tests" (55024971C)

- Kattrin Jadin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les polémiques autour des autotests" (55025075C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le changement de stratégie de dépistage dans le cadre de la lutte contre le coronavirus" (55025252C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique de testing" (55025415C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique en matière de tests Covid-19 et le changement de stratégie de test" (55025508C)

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie de testing et tracing" (55025517C)

03 **Actualiteitsdebat over het testbeleid en toegevoegde vragen van**

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De efficiëntie van de zelftests" (55024374C)

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De COVID-19-gezondheidsenquête en het testen" (55024971C)

- Kattrin Jadin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De polemieken rond de zelftests" (55025075C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verandering van teststrategie in de strijd tegen het coronavirus" (55025252C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het testbeleid" (55025415C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het COVID-19-testbeleid en de verandering van teststrategie" (55025508C)

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De test- en contactopsporingsstrategie" (55025517C)

03.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, les autorités encouragent la population à réaliser un autotest avant de se réunir entre amis ou en famille mais également dans le cadre scolaire. Toutefois, on le sait, les autotests sont moins fiables que les tests PCR, notamment à cause de leur sensibilité plus faible, mais aussi de par la manière dont ils sont conservés ou encore en raison de la qualité de l'échantillon et donc de leur utilisation.

Par ailleurs, l'efficacité dépend aussi du test utilisé, car toutes les marques ne se valent pas. En effet, selon un chercheur de l'Institut Sciensano, "l'AFMPS est obligée d'accepter tous les tests ayant reçu une autorisation européenne, alors que les certificats CE sont obtenus sur la base des évaluations des fabricants eux-mêmes". Les données ne seraient dès lors pas toujours correctes.

Enfin, selon plusieurs sources, les autotests nasopharyngés seraient moins sensibles au variant Omicron, et ce, malgré une charge virale plus élevée.

Monsieur le ministre, Sciensano a été chargé par le Commissariat Corona d'évaluer l'efficacité les différents

autotests en vente en Belgique. Qu'en est-il des premiers résultats de cette évaluation?

Avez-vous reçu des informations qui permettent de confirmer que les autotests sont bel et bien moins sensibles au variant Omicron, malgré une charge virale plus élevée? Quid des tests salivaires que certains scientifiques estiment plus fiables pour détecter le variant Omicron?

Certains experts estiment qu'il est préférable de réaliser un double prélèvement, un dans le nez et un dans le fond de la gorge, comme le préconisent les médecins généralistes, pour mieux détecter le variant Omicron. Qu'en pensez-vous? Les fabricants sont-ils prêts à revoir leur produit pour permettre ce double type de prélèvement?

Madame la présidente, je vais enchaîner avec ma deuxième question.

Monsieur le ministre, les ministres de la Santé se sont récemment réunis pour discuter de l'avenir de notre stratégie de lutte contre le covid et, notamment, sous l'angle de la politique de *testing*. Selon le Commissaire Corona Pedro Facon, le *testing* coûterait à l'État environ 3 millions d'euros chaque jour. Une dépense que l'on semble remettre en question, en raison du contexte actuel marqué par le variant Omicron et le ralentissement de l'épidémie.

Ainsi, sur la base de l'avis du Risk Management Group (RMG) et du Risk Assessment Group (RAG), différents scénarios ont été imaginés. Une première piste évoquée serait de calquer la politique de *testing* sur le baromètre corona. Les règles seraient ainsi plus ou moins strictes selon le code couleur en vigueur, à savoir rouge, orange ou jaune.

Une seconde piste évoquée consisterait à s'appuyer sur des indicateurs plus précoces au niveau de la première ligne, comme l'augmentation du nombre de consultations chez les médecins généralistes, via les patients symptomatiques.

Monsieur le ministre, les deux scénarios envisagés comportent des avantages et des inconvénients. Pourriez-vous nous expliquer concrètement ce qu'il en est? Laquelle de ces deux solutions serait, selon vous, la plus efficace et la plus facile à appliquer?

Dans le cas où les ministres décideraient de valider la seconde option, les médecins généralistes, déjà fort sollicités depuis le début de la crise, se retrouveraient d'autant plus impliqués dans le processus de *testing*. Comment prendre cette mesure sans augmenter exagérément leur charge de travail? Les médecins généralistes ont-ils été intégrés aux discussions à ce sujet? Si oui, quelle est leur opinion sur la question?

Enfin, dans le cas où aucun de ces deux scénarios ne parviendrait à mettre tout le monde d'accord, d'autres solutions sont-elles à l'étude?

03.02 Robby De Caluwé (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat opnieuw over de gezondheidsenquête, waarin onderzocht werd of de mensen zich wel of niet wilden laten testen. Ik wil voor de volledigheid vermelden dat deze enquête werd afgenomen vóór het gewijzigde testbeleid. Toen bleek dat slechts 35 % van de volwassenen die lichte tot matige symptomen had zich via een PCR-test liet testen. En dat op een moment dat er opgeroepen werd dat in die gevallen effectief zo te doen.

De deelnemers die symptomen hadden maar zich niet lieten testen, gaven vaak aan dat zij dit deden omdat zij er eigenlijk van uitgingen dat die symptomen geen reden waren om zich te laten testen. Het ging om iets meer dan de helft van de respondenten. 22 % heeft een zelftest afgelegd die negatief bleek, en vond dat voldoende. Een kleiner deel, 14 %, meende dat de symptomen een gevolg waren van andere gezondheidsproblemen dan een besmetting met het coronavirus. 15 % van de volwassenen gaf ook aan dat men de evaluatietool van de Belgische overheid had gebruikt in de afgelopen twee weken, maar 25 % van de respondenten bleek niet eens van het bestaan van die tool af te weten. Dat is toch een verontrustend aantal.

Hoe kijkt u daarop terug? Het zou kunnen dat wij later opnieuw in een situatie komen waarin wij het testbeleid moeten aanpassen en uitbreiden. Ik meen dat zo'n zelftest dan een meerwaarde kan hebben. Hebt u al ideeën over hoe u dat dan zou aanpakken?

03.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het ECDC maakte een rapport op over de teststrategie in ons land. Naar aanleiding daarvan hebt u een discussie gevoerd op de interministeriële conferentie over de teststrategie. Er zou moeten worden gezocht naar een langetermijnvisie.

Ik wil u er even aan herinneren dat de teststrategie niet altijd van een leien dakje gelopen is. In het begin waren er enorme tekorten door de monopolies op de testkits en door de contracten met de farma-industrie. Ook wilden de commerciële labo's graag veel volume verwerken, om veel winst te kunnen maken.

Daardoor moest men soms heel lang wachten op de resultaten. Verschillende keren werd de teststrategie dan aangepast, een beetje in paniek altijd. Ook nu, sinds 16 januari, kunnen enkel mensen met symptomen een PCR-test krijgen. Asymptomatische gevallen, bijvoorbeeld na hoogrisicocontacten, krijgen die PCR-test niet meer terugbetaald. Daar zijn toch heel wat vragen over te stellen.

Wat is er precies besproken op die interministeriële conferentie van 16 februari? Wat zijn de voorlopige conclusies? Hoe ziet u de evolutie tegen de volgende interministeriële conferentie, die gepland is voor 17 maart? Hebt u eigenlijk een idee of er in België een hoger percentage PCR-testen is dan in andere landen? Ervaart u dat er een grote lobby van de klinische labo's is? Hoe ziet u de langetermijnstrategie?

Hoe verzekert u de toegankelijkheid voor de patiënten? Vandaag zijn er strikte criteria voor een PCR-test. Men moet bepaalde symptomen hebben om er een te krijgen. Maar soms kan een arts een reden hebben om er toch een voor te schrijven. Stel dat wij in de endemische fase komen en dat testen niet meer acuut is. Als iemand dan een verkoudheid heeft, wil hij misschien niet weten of het om covid gaat of niet. Maar iemand die samenwoont met een hoogrisicopatiënt zal het misschien wel willen weten. Iemand die in een rusthuis werkt met zwakke personen, wil het misschien ook weten. Hoe zult u ervoor zorgen dat die mensen dan niet voor de volledige kosten moeten instaan?

Welke plaats krijgen zelf- en sneltesten in uw langetermijnstrategie? Men kan immers ook testen of het om covid gaat met een antigeentest, daar die ook voor omikron geldig is, zoals het antwoord op de vraag van mevrouw Zanchetta luidde. Die testen zijn natuurlijk stukken goedkoper dan een PCR-test.

Ik heb nog enkele kleine vraagjes.

Welke maatregelen zult u nemen om de labosector te reguleren? Denkt u eraan de hoogte van de terugbetaling van PCR-testen te verminderen? Hoe hoog meent u dat de reële kostprijs van een PCR-test is? Wat is de winstmarge daarop vandaag? Welke rol ziet u voor de eerstelijnszorg daarin?

03.04 Daniel Bacquellaine (MR): Madame la présidente, monsieur le ministre, en fait, la question qui se pose aujourd'hui est de préciser la stratégie de *testing* et de *tracing* au moment où nous serons en code jaune, ce que tout le monde espère, et au moment où le Covid Safe Ticket ne sera plus d'application. Il me semble que c'est le moment charnière important.

Je sais que la question a été abordée en CIM Santé, et que la CIM Santé est en pleine réflexion sur l'usage d'outils tels que le *testing*, le *tracing* ou la quarantaine. Elle s'est d'ailleurs réunie mercredi dernier à ce sujet.

Différents scénarios ont été évoqués. En gros, deux scénarios, si j'ai bien compris. D'une part, la possibilité d'intégrer la stratégie de *testing* dans le baromètre. C'est une option. D'autre part, une deuxième option serait de suivre la situation en temps réel, en s'appuyant sur des indicateurs les plus précoces possibles, notamment des indicateurs qu'on peut recueillir au niveau de la première ligne.

Monsieur le ministre, comment envisagez-vous la stratégie de *testing-tracing* à l'avenir? Quel rôle voyez-vous dans cette stratégie pour le médecin généraliste? Je pense que c'est important. Aussi, qu'en sera-t-il des quarantaines lorsque nous passerons en code jaune? Merci de vos réponses.

03.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de coronacommissaris zei al dat de PCR-testing heel duur was. Op bepaalde momenten was zij noodzakelijk om goed te kunnen testen en traceren, maar nu zou er een voorbereidende nota worden opgesteld om naar een ander testbeleid over te gaan. Er wordt dan ook naar de prijs gekeken, met name de 3 miljoen euro die is vermeld en op sommige piekmomenten was het zelfs meer dan dat.

Wij hebben ook de opmerkingen van het ECDC ontvangen. Daar moet rekening mee worden gehouden. Het punt heeft al op de agenda van de vergadering van de ministers van Volksgezondheid gestaan.

Aan welke langetermijnstrategie denkt u nu? Welke afwegingen worden gemaakt, naast de financiële afwegingen?

Wordt de nieuwe teststrategie ook gelinkt aan de coronabarofoon, zoals de collega's daarnet al vroegen?

Hoe plant u de op- en afscaling concreet als wij naar het najaar kijken, wanneer wij waarschijnlijk weer iets meer zullen moeten testen?

Hoe verhouden de prijzen van de PCR-testen zich in ons land tegenover de andere EU-lidstaten?

Er zijn zelftesten op de markt en in ontwikkeling die zowel testen op covid en influenza. Heeft het FAGG al aanvragen ontvangen om die te valideren? Dat is uiteraard niet voor vandaag, maar met het oog op het najaar.

03.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, op uw verschillende interessante beschouwingen kan ik eigenlijk alleen maar zeggen dat men moet proberen in te zetten op een zo efficiënt mogelijke communicatie naar de mensen om uit te leggen wat beschikbaar is, zoals de zelfevaluatiETOOL, en hoe men die moet gebruiken.

Wij hebben geprobeerd om dat zoveel mogelijk te doen via de persconferenties die in de voorbije periode systematisch – elke vrijdag – werden gehouden door de informatiecel van het Nationaal Crisiscentrum, met aan Vlaamse kant Steven Van Gucht. Daar is ook vaak mevrouw Moykens, die de teststrategie interfederaal coördineerde, aan het woord geweest. Wij hebben geprobeerd om de mensen zoveel mogelijk te informeren via de klassieke media. Het is natuurlijk ook belangrijk dat de huisartsen mee zijn in het verhaal, dat zij zich goed voelen bij de teststrategie en de mogelijkheden die worden geboden, en dat zij dat ook mee kunnen propageren bij hun patiënten.

De cijfers die u hebt geciteerd, laten natuurlijk zien dat dat absoluut niet volledig is geslaagd. Er blijven belangrijke groepen mensen die niet goed of zelfs niet op de hoogte zijn en ook nog belangrijke groepen mensen die eigenlijk een test zouden moeten laten afnemen en dat niet doen.

Het is dus zeker niet perfect geslaagd, maar het enige antwoord is communicatie en nog eens communicatie alsook eigenaarschap van de teststrategie bij alle actoren in de eerste lijn. Daarom ook overleggen wij behoorlijk veel met hen.

Het ECDC heeft inderdaad een evaluatie gemaakt van onze strategie. Die evaluatie was nogal positief, zou ik durven stellen, indien ik ze heel kort mag samenvatten. Het ECDC beoordeelt onze aanpak, dus de manier waarop wij de teststrategie hebben opgevat en ontwikkeld, als adequaat. Wij staan echter inderdaad opnieuw voor een periode waarin wij moeten aanpassen. Wij gaan nu, zoals aangegeven, voor een enigszins langere tijd naar een periode met weinig viruscirculatie of weinig bedreigende viruscirculatie. Dat is het moment waarop een aantal punten moeten worden herbekeken.

Sta mij toe eerst even in te zoomen op de vragen van mevrouw Zanchetta over de zelftesten. Daarna zal ik het kort hebben over de wijzigingen in de teststrategie.

Madame Zanchetta, en effet, le Commissariat a demandé à Sciensano de procéder à une évaluation de la qualité des autotests. Il a été convenu que cette évaluation devrait être réalisée par le Centre national de référence. L'externalisation et son financement sont en cours de préparation par contrat. Entre-temps, le Centre national de référence a déjà commencé l'évaluation de cinq tests et les résultats seront connus rapidement. Il n'a pas encore été établi si les autotests étaient moins efficaces pour détecter le variant omicron. Les données probantes à cet égard sont largement anecdotiques, basées sur quelques études de petite envergure.

Plusieurs pays ont déjà fait savoir que leurs évaluations ne révèlent aucune différence ou très peu avec l'efficacité de la détection des variants précédents. Il reste également de grandes incertitudes en ce qui concerne l'efficacité des différents types de prélèvements. On a lu des affirmations en la matière mais elles reposent principalement sur des informations anecdotiques et sur une seule petite étude menée en Afrique

du Sud qui indiquerait que les échantillons prélevés dans la gorge donnent plus rapidement un résultat positif que ceux prélevés à l'avant du nez. Aucune donnée n'est disponible pour les prélèvements nasopharyngés. Il est exact que plusieurs scientifiques conseillent de jouer la carte de la sécurité et de procéder à un double prélèvement d'abord dans la gorge, puis dans le nez.

Le groupe d'experts du RAG *testing* a également rendu un avis qui conseille aux professionnels de la santé de privilégier temporairement, dans la mesure du possible, un écouvillon combiné nez-gorge à un écouvillon nasopharyngé pour la détection du covid-19 et d'éviter certainement les écouvillons nasaux peu profonds. Toutefois, cela ne s'applique pas aux autotests car ceux-ci doivent toujours être utilisés conformément aux instructions du fabricant. Actuellement, il s'agit principalement de tests avec un écouvillon nasal. Il faut cependant attirer l'attention des prestataires de soins et du grand public sur la nécessité de rester particulièrement prudent lorsque le résultat d'un autotest est négatif.

Le 16 février dernier, la CIM Santé publique a analysé l'avis rendu par le Risk Management Group en lien avec l'évolution de la stratégie de *testing*, *tracing* et quarantaine appliquée en Belgique, tout en disposant du rapport de l'ECDC. Comme vous le savez, les indicateurs évoluent favorablement. Il s'agit dès lors d'intégrer cette évolution dans notre approche en trouvant un équilibre entre ce qui constitue un risque résiduel acceptable d'hospitalisation et de mortalité lié au covid-19 et ce qui constitue des mesures de contrôle acceptables. Comme vous et d'autres intervenants l'évoquez, il ressort de cet avis du RMG deux scénarios possibles en termes de conceptualisation de la gestion.

Il pourrait, tout d'abord, s'agir d'adapter l'augmentation et la diminution de la stratégie de *testing*, *tracing* et quarantaine, en tenant compte de l'évolution du baromètre. L'avantage de cette approche est la clarification et la cohérence de l'ensemble du dispositif puisque celui-ci s'appuierait sur un même indicateur central, à savoir le baromètre. Son inconvénient majeur réside dans sa temporalité. Si nous devons adapter notre stratégie de *testing* en fonction du phasage du baromètre, notre capacité de nous adapter rapidement à l'arrivée d'un nouveau variant se trouverait limitée et des problèmes opérationnels pourraient survenir en raison d'une réduction trop rapide des effectifs alors que l'incidence est encore élevée.

Le deuxième scénario évoqué dans l'avis du RMG est l'adoption d'indicateurs précoces et une analyse qualitative de la situation épidémiologique. L'avantage de cette approche est évidente puisqu'elle permettrait de tenir compte de l'évolution en temps réel de l'épidémie et donc d'adopter des changements de stratégie en temps opportun, ce qui permettrait d'atténuer, *de facto*, plus efficacement la pression sur le système de santé, en ce compris la première ligne. L'inconvénient de ce scénario réside dans le fait que nous aurions deux systèmes parallèles pour juger de la situation. Nous devrions nous appuyer, d'une part, sur le baromètre pour tout ce qui relève des règles applicables dans les différents types d'activités et, d'autre part, sur des indicateurs pour évaluer quand se faire tester et les éventuelles mesures de quarantaine et d'isolement. L'ensemble risque de complexifier la compréhension de la situation par la population et donc l'adhésion de celle-ci.

La Conférence interministérielle du mercredi 16 février dernier ne s'est pas définitivement prononcée sur une nouvelle stratégie de *testing*, mais elle a retenu le deuxième scénario comme point de départ. Nous nous pencherons donc la semaine prochaine sur son opérationnalisation.

La stratégie de dépistage devrait, en tout cas, évoluer vers une responsabilisation plus importante des citoyens qui devront jouer un rôle actif dans la définition de l'attitude à adopter pour éviter de contribuer à l'infection de tiers. Ce faisant, il sera essentiel de veiller à la bonne communication auprès des prestataires de soins de santé et du public.

En outre, cette évolution posera inévitablement la question d'une gestion adéquate des attestations après un test positif afin de réduire la charge administrative de la première ligne. Cette coordination avec la première ligne, donc prioritairement les médecins généralistes, sera indispensable. D'autres analyses doivent être entreprises pour assurer la coordination des aspects opérationnels avant de prendre une décision finale, et en vue d'obtenir une stratégie bien fondée et durable. Ce n'est qu'une question de semaines et je ne manquerai pas de revenir vers vous une fois que l'ensemble des ministres sera aligné sur une décision commune.

03.07 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

J'entends bien que nous sommes toujours dans une phase d'évaluation, notamment en ce qui concerne les

autotests. Je serai attentive aux résultats de cette évaluation. Il est vrai qu'il est important de ne plus devoir douter de l'efficacité de ces fameux autotests, même si on sait qu'on doit toujours rester prudents dans ce qu'on peut lire à leur sujet. C'est pareil pour la stratégie de *testing*. On attendra les semaines à venir pour voir quel scénario sera choisi. Il est évident qu'à l'heure actuelle, il est encore très compliqué de déterminer tel ou tel scénario.

03.08 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord, dat opnieuw heel volledig was.

03.09 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u zei daarnet dat we moeten inzetten op communicatie. Mij bent u vandaag alleszins verloren. Ik heb niets begrepen van uw uitleg over die veranderde teststrategie. Ik heb enkel begrepen dat er twee scenario's zijn, een met de barometer en een ander, en dat u eerder voor het tweede scenario gaat. Maar ik hoorde niets concreets om op verder te bouwen.

03.10 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb gezegd dat wij ook nog niet rond zijn. We hebben gewoon principieel gekozen voor het tweede.

03.11 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik ben er niet wijzer uit geworden.

03.12 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is hier een algemeen probleem. U stelt elke week dezelfde vragen over dingen die nog niet helemaal zijn uitgewerkt. Dan moet ik u zeggen dat dat nog niet helemaal is uitgewerkt. Misschien moet het Parlement daar eens over nadenken. Misschien moet u aan mijn medewerkers vragen of we al een antwoord hebben, dan wel of we daarover nog aan het discussiëren zijn. Het antwoord is dat we hierover nog aan het discussiëren zijn.

03.13 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Misschien kunnen we het Parlement beter opdoeken, want u discussieert steeds heel veel en heel lang. Ik heb ook gevraagd of er in België een hoger aantal PCR-testen is uitgevoerd dan in andere landen. Denkt u dat er een lobby is van de labo's? Wat gaat u doen voor de toegankelijkheid voor de patiënten? Vindt u dat een probleem of niet? Wat is de plaats van zelf- en sneltesten? De coronacommissaris heeft aangegeven dat die PCR-testen heel duur zijn, en ik suggereerde een oplossing, namelijk meer op zelftesten inzetten. Ik heb totaal geen antwoord op mijn vragen gekregen.

03.14 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, u vraagt mij of ik denk dat er een lobby is van labo's. Is dat een ernstige vraag in een parlementair debat? Ja, ik denk dat er een lobby is van labo's, net zoals ik denk dat er een lobby is van vele dingen. Ik dacht dat ik dat zelfs niet hoefde te zeggen.

03.15 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik denk dat het wel belangrijk is dat dat gezegd wordt. Men kan een probleem immers pas aanpakken als het benoemd wordt. Maar is er nu in België een hoger aantal PCR-testen? Ik als huisarts heb het alleszins zo gevoeld dat de lobby, en de manier van werken met de klinische labo's, een rem gezet heeft op het uitrollen van zelf- en sneltesten, bij huisartsen bijvoorbeeld. Wat denkt u daarvan? Ik denk dat dat een interessant debat is.

03.16 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'entends bien que vous penchiez plutôt pour la deuxième option et pour le travail en situation en temps réel, en misant sur un certain nombre d'indicateurs, et dans lequel la première ligne a un rôle manifeste à jouer.

Je voudrais rappeler l'importance d'éviter la surcharge administrative chez les médecins généralistes car c'est un des problèmes qu'on rencontre aujourd'hui dans la pratique de la médecine générale, notamment la surcharge que représente l'ensemble du développement de la stratégie de *testing-tracing*. Il faut opter pour des systèmes les plus simples possibles. C'est un point qui me semble particulièrement important à prendre en considération.

03.17 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dit is een interessant debat. Als de collega het heeft over het gelobby van klinische labs, dan wil ik daar nog graag gelobby van academische labs aan toevoegen. Misschien kunnen we dat in een volgende vergadering bespreken.

Ik heb op een aantal vragen geen antwoord gekregen, met name over de benchmarking van de PCR-testen ten opzichte van andere lidstaten, en of er al aanvragen zijn voor de validering van zelftesten die zowel voor

griep als voor COVID-19 zullen werken. Dat zou in het najaar echt wel een gamechanger kunnen zijn en er zou daar heel snel en richtinggevend mee kunnen worden gewerkt.

Wat ik wil bepleiten, is de attesten voor de huisartsen. U zegt dat we alles in samenspraak met de huisartsen zullen opstellen. Dat is goed, maar we moeten zeker voorkomen dat zij opnieuw in een 'attestologensituatie' verzeilen, zoals zij dat vorige winter zelf hebben benoemd. Dit kunnen ze niet nog eens meemaken.

Wat de twee scenario's betreft, ik ga ermee akkoord dat u al in een heel vroeg stadium zou cohorteren en screenen, om te bekijken in hoeverre bepaalde patiëntenbestanden al aan een of andere viruscirculatie zijn blootgesteld en dat het beleid van daaruit zou schakelen. Ik denk dat dit een goede zaak is.

Wat de kwaliteit van de zelftesten betreft, ik heb in deze commissie al vaker gezegd dat we daar echt op moeten screenen, zodat patiënten die om het even waar een zelftest aankopen zeker kunnen zijn dat de variant die op dat moment circuleert daarin wordt meegenomen en dat de kwaliteit van de zelftest afdoende is. Dat zou vrij snel moeten gebeuren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Vaccinatieschade ten gevolge van COVID-19-vaccinatie (opvolging)" (55023799C)**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Vaccinatieschade ten gevolge van COVID-19-vaccinatie (monitoring)" (55023802C)**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De melding van vaccinatieschade" (55024661C)**

04 **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les dommages liés à la vaccination contre le Covid-19 (suite)" (55023799C)**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les dommages liés à la vaccination contre le Covid-19 (monitoring)" (55023802C)**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La notification des effets indésirables liés à la vaccination" (55024661C)**

04.01 **Dominiek Sneppe (VB):** Mijnheer de minister, hoe wordt vaccinatieschade ten gevolge van de coronavaccinatie opgevolgd en gemonitord? Gebeuren er autopsieën als er een mogelijke reden is om dat te doen bij sterven na vaccinatie? Vaccinatieschade kan gemeld worden op de webpagina van het FAGG, zowel door burgers als door zorgprofessionelen. De zorgprofessionelen hebben er echter vaak geen tijd voor. Op het meldingsformulier moet daarnaast de naam van de zorgverstrekker ingevuld worden. Zorgverstrekkers die nevenschade melden, worden ook op het matje geroepen door de Orde der artsen. Door deze problemen durven zorgverstrekkers dus geen melding meer te doen van vaccinatieschade. België rapporteert immers ook elf keer minder nevenschade dan Nederland, dat toch slechts 1,5 keer groter is dan België. Het zou dus zo'n groot verschil niet mogen zijn. Meer en meer wetenschappers waarschuwen ook voor het negeren van de nevenschade en wijzen erop dat het percentage meldingen maar het topje van de ijsberg is.

Waarom wordt het zorgverstrekkers die vaccinatieschade melden zo moeilijk gemaakt? Is dat enkel in België zo?

Waarom zijn er in België zoveel minder meldingen van nevenschade, in vergelijking met Nederland?

Zal u het FAGG de opdracht geven om bijvoorbeeld in een anonieme tool te voorzien, zodat zorgverstrekkers ook zonder angst voor hun carrière nevenschade kunnen melden?

Waarom wordt vaccinatieschade na vaccinatie tegen corona altijd geminimaliseerd?

Voor de uitgebreide versie van mijn vragen verwijs ik naar de schriftelijk ingediende versie ervan.

De vaccinatie loopt in België ondertussen een jaar. Tijd om even stil te staan bij de meest voorkomende bijwerkingen of nevenschade. Want ondanks enorme nadruk op de veiligheid en de werking van de vaccins

tegen covid-19, steken er meer en meer verhalen de kop op van mensen die gezondheidsproblemen krijgen na vaccinatie. Nu ook de kinderen gevaccineerd worden is het meer dan nodig om de bijwerkingen of nevenschade goed in kaart te brengen. Het is dan ook een taak van de overheid om de rapportage van dergelijke problemen vlot te laten gebeuren, te stimuleren, te monitoren en op te volgen. Ook hier is meten weten.

Bestaat er in België een procedure waarbij, op basis van het voorzorgsprincipe, in geval van overlijden van een patiënt, (een bepaalde termijn na de vaccinatie) een specifiek signaalsysteem dat toelaat over te gaan tot autopsie teneinde te onderzoeken of er een causaal verband bestaat dan wel of het enkel over een correlatie gaat?

Indien niet, waarom niet?

Indien ja, kan u deze toelichten? Over hoeveel gevallen gaat het precies sinds de start van de vaccinaties? Wat was de leeftijd en het geslacht van de overleden personen? Wat was het vaccin dat gebruikt werd?

De vaccinatie loopt in België ondertussen een jaar. Tijd om even stil te staan bij de meest voorkomende bijwerkingen of nevenschade. Want ondanks enorme nadruk op de veiligheid en de werking van de vaccins tegen covid-19, steken er meer en meer verhalen de kop op van mensen die gezondheidsproblemen krijgen na vaccinatie. Nu ook de kinderen gevaccineerd worden is het meer dan nodig om de bijwerkingen of nevenschade goed in kaart te brengen. Het is dan ook een taak van de overheid om de rapportage van dergelijke problemen vlot te laten gebeuren, te stimuleren, te monitoren en op te volgen. Ook hier is meten weten.

Op welke manier monitort de Belgische overheid het voorkomen van mogelijke bijwerkingen ten gevolge van het Covid-19 vaccin?

Welke precieze instructies zijn er door de minister van Volksgezondheid, de FOD Gezondheid gegeven om rapportage toe te laten?

Welke procedure dient gevolgd om mogelijke vaccinatieschade te inventariseren, te analyseren en te evalueren?

Zijn er sinds de start van de vaccinatiecampagne specifieke rapporten, evaluatieverslagen bezorgd aan de minister? Door welke instanties? En wanneer kunnen parlementsleden en het publiek deze inkijken?

Hoeveel gevallen van schade NA vaccinatie of VAE's (vaccine adverse events) zijn er bekend sinds de start van de vaccinatiecampagne in België?

Welke en hoeveel verschillende specifieke "bijwerkingen" zijn er tot op heden in België vastgesteld?

Hoeveel gevallen zijn er tot op heden bekend waarbij er "blijvende" schade was na vaccinatie?

Bij welke COVID-19 vaccins deed dit zich voor?

Zijn er specifieke aanbevelingen of waarschuwingen voor bepaalde vaccins naar geslacht en leeftijd, in relatie tot de bijwerkingen?

Vaccinatieschade kan gemeld worden op de webpagina van het FAGG. Dit kan zowel door burgers als door zorgprofessionelen. Probleem is dat zorgprofessionelen vaak de tijd niet hebben om dat te doen. Een bijkomend probleem is dat op dat meldingsformulier de naam van de zorgverstrekker dient ingevuld te worden. Zorgverstrekkers die nevenschade meldden, werden op het matje geroepen door de Orde der Artsen.

Door voornoemde problemen durven zorgverstrekkers geen melding meer doen van vaccinatieschade.

België rapporteert 11 keer minder 'adverse events' dan Nederland dat toch slechts 1,5 x groter is dan België. Meer en meer studies waarschuwen voor het negeren van de nevenschade en wijzen erop dat het percentage meldingen maar het topje van de ijsberg is.

Waarom wordt het zorgverstrekkers die vaccinatieschade melden zo moeilijk gemaakt?

Waarom zijn er in België zoveel minder meldingen van nevenschade?

Zal u het FAGG opdracht geven een anonieme tool te voorzien, zodat zorgverstrekkers zonder angst voor hun carrière vaccinatieschade kunnen melden?

Waarom wordt vaccinatieschade na vaccinatie tegen covid-19 zo geminimaliseerd?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, autopsie gebeurt in specifieke gevallen, bijvoorbeeld op vraag van de familie, het gerecht of de huisarts of arts. Wanneer een verdacht overlijden na vaccinatie wordt gemeld aan het FAGG door een gezondheidszorgbeoefenaar wordt er een vragenlijst gestuurd waarin gevraagd wordt naar de resultaten van de autopsie. In veel gevallen wenst de familie echter geen autopsie.

Tot december zijn er ongeveer 260 overlijdens gemeld aan het FAGG, zoals vermeld in het laatste maandelijks overzicht op de website van het FAGG van 16 december. We zijn daar zeer transparant over. Ik ga niet in op alle vreemde insinuaties die u uit. Ik weet dat u nogal flirt met de antivaxbeweging, dus ik ben niet verbaasd.

Dat wordt allemaal netjes gepubliceerd op de website van het FAGG.

Het gaat zowel over mannen als vrouwen. De leeftijd varieert tussen 17 jaar en 104 jaar, waarbij meer dan 80 % van de gevallen zich voordoet boven de 60 jaar. Er werden overlijdens gemeld bij alle in België beschikbare covidvaccins. Natuurlijk betekent het vermelden van een overlijden na vaccinatie helemaal niet dat er een causaal verband is, dat het overlijden te wijten zou zijn aan de vaccinatie. Bij overlijden wordt er gevraagd naar de resultaten van een autopsie, maar vaak wenst men dat als familie niet te laten gebeuren.

Via de dienst Vigilantie van het FAGG worden alle bijwerkingen verzameld van geneesmiddelen die op het Belgisch grondgebied zijn voorgevallen. Alle meldingen van bijwerkingen worden natuurlijk ook anoniem verzameld op Europees niveau. Onze Belgische gegevens worden verwerkt samen met andere, gelijkaardige gegevens uit Europese lidstaten. Dat laat toe om niet alleen analyses te maken, maar ook corrigerende maatregelen te treffen op Europees niveau als dat nodig is. Het FAGG kan, meestal in samenwerking met het Europees Geneesmiddelenbureau, beslissen om de bijsluiter van geneesmiddelen aan te passen. Mogelijke aanpassingen zijn het toevoegen van een nieuwe bijwerking of een waarschuwing aan de bijsluiter, of wijzigingen in de richtlijnen voor het gebruik van het geneesmiddel. Als blijkt dat een bepaald gebruik van het geneesmiddel meer risico's dan voordelen heeft, kan het FAGG de vergunning voor het in de handel brengen van het geneesmiddel tijdelijk schorsen in afwachting van verder onderzoek. Een tijdelijke schorsing kan leiden tot een definitieve schrapping van de vergunning voor het in de handel brengen. Als blijkt dat er een probleem is met de kwaliteit van het geneesmiddel, kan het FAGG de kwaliteit laten onderzoeken. Als dat onderzoek aantoont dat de kwaliteit niet conform is, kan het FAGG de betrokken loten van het geneesmiddel uit de handel nemen. Het FAGG maakt belangrijke problemen met de veiligheid van geneesmiddelen bekend via een mededeling op de website en/of stuurt een brief over de genomen maatregelen naar de betrokken gezondheidszorgbeoefenaars.

U vindt op de FAGG-website alle gegevens in alle details. Over gevallen van blijvende schade hebben we nog maar weinig informatie. Dat heeft er natuurlijk mee te maken dat er nog campagnes lopen, die nog maar een jaar geleden opgestart zijn. Andere gegevens heb ik niet.

Het FAGG geeft de naam van de melder nooit aan derden, ongeacht of het om een burger dan wel om een zorgverstrekker gaat. Hetzelfde geldt voor de naam van de arts, wanneer een burger die naam zou hebben vermeld, wat niet verplicht is.

Om over een geldige melding te kunnen spreken, vereist de Europese regelgeving echter wel dat de melder identificeerbaar is. Dat is ook logisch. Het FAGG moet immers kunnen verifiëren of de melding inderdaad waarheidsgetrouw is en/of moet de melder kunnen contacteren voor een eventuele opvolging.

Het identificeerbaar zijn stopt echter bij het FAGG. Wanneer de gegevens van de melding verder worden gedeeld, bijvoorbeeld door ze in te geven in de Europese database voor geneesmiddelenbewaking, gebeurt dat geanonimiseerd. De melder of de zorgvertrekker hoeft dus niet bang te zijn dat zijn persoonsgegevens

bekend zullen worden.

Het klopt inderdaad dat Lareb, het Nederlandse bijwerkingencentrum, meer meldingen van bijwerkingen ontvangt dan het FAGG. Dat is altijd zo geweest. De reden daarvoor is niet duidelijk voor mij. Het kan door een cultuurverschil zijn. Het kan zijn dat het Lareb meer bekendheid geniet dan het FAGG. Wij moeten daaraan toevoegen dat Nederland echt wel een van de beste leerlingen van de klas is op het vlak van de omvang van de cijfers. België zit ter zake mooi op het Europese gemiddelde.

Inzake de meldingen specifiek over de covidvaccins is het verschil met Nederland overigens kleiner geworden. Gecorrigeerd op inwonersaantal heeft Nederland ongeveer 3 à 3,5 keer meer meldingen dan België.

Hoe dan ook lijkt met ondertussen ruim 36.000 meldingen van bijwerkingen van de covidvaccins het melden van bijwerkingen in België niet zo moeilijk, om uw woorden te gebruiken. Minimaliseren doen wij dus absoluut niet. U flirt echter graag met antivax en dus doopt u de huidige vraag ook in dat sfeertje. Wij zijn ter zake echter heel transparant.

04.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, het is toch eigenaardig, als er een kritische vraag gesteld wordt, valt onmiddellijk het woord antivax. Laten wij zeggen dat dit ondertussen misschien een geuzennaam geworden is. U kunt van mij vinden wat u wilt, maar een antivaxer ben ik helemaal niet. Ik ben kritisch en ik ben in bepaalde opzichten ook zeer voorzichtig. Vanuit deze optiek stel ik deze vragen.

U zegt dat Nederland de beste leerling is van Europa op het vlak van melding, maar dat u niet weet waaraan dat ligt. Als beleidsmaker zou ik het dan uitzoeken. Het kan toch niet dat een land dat slechts anderhalve keer groter is, dat op het vlak van ontwikkeling en dergelijke dezelfde standaarden heeft, het zoveel beter doet dan ons land? Ik zou dat uitzoeken en ik zou ervoor zorgen dat het ook hier bij ons gemakkelijker gaat, dat het beter herkend wordt, dat mensen de weg erheen beter weten te vinden. Maar neen, als men daarover hier vragen stelt, is men een antivaxer.

U zei dat er weinig gegevens zijn over de blijvende schade. Ik heb u hierover nochtans reeds vele vragen gesteld. Telkens antwoordde u dat ik flirt met de grens van de antivaxers. Dat is net de voorzichtigheid die ik hier steeds wil prediken. Wij hadden daarover inderdaad weinig gegevens.

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: Wij zijn reeds tientallen jaren bezig met het verzamelen van gegevens over bijwerkingen van vaccins in het algemeen. Wij weten zeer veel, in goede zin: er treedt geen blijvende schade op na vaccinatie, dat zijn verhalen die uit de lucht gegrepen zijn. Dat weten wij over alle mogelijke vaccins. Het zou vreemd zijn als het met deze vaccins anders is. Natuurlijk kan men over een recent vaccin alleen maar zeggen wat men daarover recent weet.

04.05 Dominiek Snelpe (VB): Inderdaad, dus wij weten nog niet wat met deze vaccins kan gebeuren. Poliovaccins werden in het begin ook teruggeroepen, als ik mij niet vergis. Wij zijn nu in het beginstadium van die covidvaccins. Vandaar mijn kritische zin en voorzichtigheid.

04.06 Minister Frank Vandenbroucke: Er zijn er wereldwijd wel reeds ongeveer 8 miljard gezet. Mevrouw Snelpe, alstublieft zeg, beginstadium!

04.07 Dominiek Snelpe (VB): Wij weten toch niet wat de lange termijn brengt. Dat kunt u toch niet ontkennen. Wij weten het nog niet, want we zijn nog maar een jaar bezig. Lange termijn is binnen 15 jaar. Maar goed, waarschijnlijk ben ik een antivaxer.

U zegt dat de naam van de melder wordt doorgegeven aan het FAGG, maar daar stopt het. Ik stel u die vraag omdat zorgverstrekkers mij zeggen dat zij het gemeld hebben, maar dat ze dan de Orde der artsen op hun dak kregen. Ik ben zelf geen zorgverstrekker, dus hoe zou ik dat anders weten? Ik zuig dit niet uit mijn duim. Zorgverstrekkers komen bij mij en zeggen dat het anoniem zou moeten gebeuren. Dan zou het waarschijnlijk ook meer gebeuren, want nu zijn zorgverstrekkers bang dat er ergens een alarm afgaat en zij de Orde op hun dak krijgen.

Mijnheer de minister, als u mijn kritische vragen afdoet als vragen van een antivaxer, dan is dat maar zo, maar ik zal het niet laten om ze te blijven stellen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

05 **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneepe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het prikincident in een vaccinatiecentrum" (55023898C)
- **Robby De Caluwé** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het incident in het vaccinatiecentrum van Evergem" (55024970C)

05 **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneepe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incident survenu dans un centre de vaccination" (55023898C)
- **Robby De Caluwé** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'incident survenu dans le centre de vaccination d'Evergem" (55024970C)

05.01 **Dominiek Sneepe** (VB): Mijnheer de minister, het vaccinatiecentrum van Evergem zit verveeld met een prikincident. Op zaterdag 8 januari 2022 werd een gebruikte spuit ongewild een tweede keer gebruikt voor de vaccinatie van een kind. Een van de vaccinatoren plaatste "als grap" een gebruikte spuit in de doos met vaccins, waarop een collega die gebruikte spuit nietsvermoedend in de arm van een ander kind prikte en toen pas bemerkte dat het een lege, reeds gebruikte spuit was.

Het hergebruik van een naald bij een andere persoon kan medische gevolgen hebben. Om die reden werd van het gedupeerde kind onmiddellijk een bloedstaal afgenomen. In de pers lezen we dat de betrokken vaccinatoren onmiddellijk op non-actief gezet werden voor hun misplaatste grap.

Hoe gaat het met het gedupeerde kind en met de ouders? Hoe wordt dit kind verder opgevolgd? Worden de vaccinatoren vervolgd of gestraft? Welk medisch beroep oefenen de betrokken vaccinatoren uit? Kunnen zij hun beroep nog blijven uitoefenen na zo'n medisch onverantwoorde grap? Volgens de procedure worden alle vaccins eerst gecontroleerd en dan pas geplaatst. Hoe kon zo'n medische fout dan toch gebeuren?

05.02 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, na dit incident zijn er nog incidenten geweest waarbij kinderen verkeerde vaccins toegediend kregen.

Aanvullend op de vragen van collega Sneepe wil ik nog weten of er een procedure bestaat voor de melding van dergelijke incidenten. Is er informatie beschikbaar over eventuele gelijkaardige incidenten? Bestaat daarvoor een procedure met melding aan een bepaalde instantie?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneepe, mijnheer De Caluwé, ik wil u suggereren om dit soort vragen in het Vlaams Parlement te stellen. Dit gaat immers niet over de laatste kilometer in de campagne, maar zelfs over de laatste paar meters, wat bij uitstek de verantwoordelijkheid van de deelstaten is. Als u daarop aandringt, zal ik de heer Beke vragen mij daarover een rapport te sturen, maar u kunt toch begrijpen dat ik niet bezig ben met dit concrete geval.

Ik heb overigens alle vertrouwen in de goede aanpak van die zaak. Dit was een heel domme, dwaze en onaantvaardbare grap, maar ik denk dat de Vlaamse regering die campagne op een voortreffelijke manier organiseert en voor veiligheid zorgt en die ook bewaakt in het algemeen, niettegenstaande dit spijtige incident. Er zijn miljoenen vaccins geplaatst. Dat er dan iets misloopt door iemand die er de kantjes van afloopt, kan gebeuren. Maar als u aandringt, vraag ik de heer Beke om een rapport.

05.04 **Dominiek Sneepe** (VB): Mijnheer de minister, wij zullen inderdaad dat rapport opvragen. Het gaat echter niet over het vertrouwen in de vaccinatoren, het gaat over hoe de kwaliteitsbewaking gebeurt. Het incident met die lege spuit is één voorbeeld, maar er zijn ook kinderen die een halve dosis kregen terwijl ze een hele dosis moesten krijgen, en er zijn kinderen die een hele dosis kregen terwijl ze een halve dosis moesten krijgen.

Er worden inderdaad miljoenen vaccins gezet en dan kan er inderdaad al eens iets fout lopen, maar wij moeten ervoor zorgen dat wij het allemaal niet te gewoon vinden, dat wij het verstand erbij houden. Het gaat immers nog steeds over een medische handeling. Men gaat niet zomaar eventjes een vaccinatiecentrum binnen, als op café om een pint te gaan drinken. Die medische handeling moet toch met zeer veel zorg

uitgeoefend worden.

U kunt wel zeggen dat het niet uw bevoegdheid is, dat het een Vlaamse bevoegdheid is, maar in uw plaats had ik dat rapport direct opgevraagd. Maar ja, blijkbaar zit u niet in met dat gedupeerde kind, met die ouders, met de andere kinderen die te veel of te weinig vaccin krijgen. Dat zullen ook wel weer bekommernissen zijn die een antivaxer na aan het hart liggen.

Worden wij te slordig? Is dat misschien de prijs van de vaccinatierush? Het is een medische handeling. Het is ook een handeling die niet meer hersteld kan worden, mocht het fout gaan. Ik vind dat u daar zeer licht over gaat.

05.05 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, van mij moet u de vraag niet stellen aan uw Vlaamse collega. Wij gaan hier geen debat voeren dat op een ander beleidsniveau thuishoort.

U geeft aan dat er weinig incidenten zijn geweest. Ik geloof u daarin. Ik wil eigenlijk vooral weten of wij er een zicht op hebben hoeveel incidenten er gebeurd zijn. Het zijn immers gebeurtenissen die het vertrouwen in de vaccinatiecampagne schaden, dat kunnen wij zeker niet ontkennen.

Als zoiets gebeurt – dat kan nu eenmaal gebeuren, daarover moeten wij niet onnozel doen – is het wel belangrijk dat daarover op een correcte manier wordt gecommuniceerd. Bij de gevallen die in de pers gekomen zijn, hebben de vaccinatiecentra en lokale besturen wel degelijk correct gereageerd. Zij hebben een eerlijke communicatie gedaan. Zij hebben ook, voor zover ik kan inschatten, de juiste en gepaste maatregelen genomen.

Ik had wel gehoopt dat wij een beetje een zicht kregen op het aantal gevallen. Ik begrijp echter dat wij dit aan uw collega Beke moeten vragen. Ik zal het dus zeker aan mijn collega's vragen.

De **voorzitter**: Collega De Caluwé, ik zal als bevoegd schepen de pluim meenemen naar het lokaal bestuur in Evergem.

Collega Sneppe, ik ben er echt van overtuigd dat elke medewerker in een vaccinatiecentrum honderd procent zijn best gedaan heeft.

Er worden fouten gemaakt en misplaatste grappen kunnen niet, maar ik denk dat wij vooral het vertrouwen in onze vele vrijwilligers moeten behouden.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het coronavirus, de omikronvariant en de maatregelen voor kinderen" (55024042C)

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coronavirus, le variant omicron et les mesures en faveur des enfants" (55024042C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, een tijd geleden heb ik gevraagd naar informatie over de omikronvariant bij kinderen en of de ziekenhuisopnames van kinderen sterk zouden toenemen. Volgens doemscenario's uit de Verenigde Staten was dit wel degelijk het geval. Ik ben ertoe geneigd te zeggen dat het voor onze kinderen niet dramatisch is geweest.

Het verwondert mij wel dat ik erg weinig informatie vind over lopende studies bij kinderen over virusremmers die momenteel ontwikkeld worden of op de markt komen. Die vraag stel ik vooral met het oog op de lange termijn. Mochten wij te maken krijgen met varianten die gevaarlijk zijn voor kinderen, dan rijst de vraag of wij daarop voorbereid zijn. Vandaar de vraag of er in dat verband studies lopen.

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, om te beginnen, de incidentie, de ernst van het ziektebeeld en het aantal hospitalisaties worden natuurlijk op de voet gevolgd door de Risk Assessment Group. Ook de internationale situatie wordt nauw opgevolgd, met bijzondere aandacht voor landen waar de omikrongolf verder gevorderd is dan bij ons, zoals het Verenigd Koninkrijk en Denemarken. Op dit moment zien wij in België geen ernstiger ziektebeeld bij kinderen besmet met omikron in vergelijking met andere

virusvarianten.

Het aanhouden van beschermende maatregelen in scholen en in het privéleven voor kinderen, zoals de verplichte mondknasterdracht vanaf 6 jaar en het starten van de vaccinatiecampagne voor kinderen vanaf 5 jaar, dragen natuuralijk bij tot de bescherming van die leeftidsgroep.

Dat is in zekere zin een preventieparadox. Op een bepaald moment hebben wij gewaarschuwd voor de verspreiding van het virus bij kinderen. We hebben meer maatregelen genomen en al bij al lijkt het, zoals u zegt, wel mee te vallen, maar dat komt natuuralijk ook doordat we maatregelen hebben genomen.

Het Hospital & Transport Surge Capacity Committee volgt de ziekenhuisbezetting op en er wordt steeds geanticipeerd om in voldoende capaciteit te voorzien, zoals u weet, op basis van indicatoren en ook op basis van voorspellingen.

U stelde een interessante vraag over studies over virusremmers. In Europa zijn er een tiental klinische studies goedgekeurd voor COVID-19-therapieën waaraan kinderen of adolescenten deelnemen. Dat is een laag aantal, wat te maken heeft met het feit dat kinderen gebruikeijk pas opgenomen worden in een klinisch onderzoek wanneer er voldoende gegevens voorhanden zijn van volwassenen om de veiligheid en de doeltreffendheid van de onderzochte substantie te kunnen bevestigen.

Drie van die studies werden ook in België goedgekeurd. Een studie met het antiviraal middel AT-527 van Hoffmann-La Roche, waaraan kinderen vanaf 12 jaar deelnamen, is afgerond in december 2021. Een vervolgstudie met hetzelfde antiviraal middel en voor dezelfde leeftijdscategorie loopt nog.

Deze studies onderzoeken het effect van AT-527 bij milde tot matige COVID-19-symptomen.

Daarnaast loopt er een studie van Eli Lilly die baricitinib onderzoekt bij kinderen van 1 tot 18 jaar, die gehospitaliseerd zijn wegens COVID-19. Baricitinib is geen antiviraal middel maar een remmer van Janus kinase; het is momenteel reeds vergund voor de behandeling van reumatoïde artritis en atopische dermatitis.

Op Europees vlak worden speciale inspanningen geleverd om het klinisch onderzoek naar COVID-19-therapieën te faciliteren. Een voorbeeld hiervan is de EU4Health Joint Action, waarbij de autoriteiten van verschillende EU-lidstaten samenwerken om studies met COVID-19-therapieën snel te kunnen goedkeuren. Dit Europese project wordt gecoördineerd door het FAGG. We zijn daar dus bij betrokken. We streven die goede betrokkenheid bij klinische studies ook na.

Het is onvermijdelijk dat we nu slechts een beperkt zich hebben op wat die virusremmers voor kinderen betekenen, behalve dan de vermelde studies.

06.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is inderdaad moeilijker om zulke studies bij kinderen op te zetten. Maar ik meen dat we daarop wel moeten inzetten, zeker als het gaat om het inflammatoir syndroom dat kinderen na een covidbesmetting kunnen ontwikkelen.

Het is dus goed wat we mee op de rol staan, dat we erop inzetten en dat we ons voor de toekomst zo goed mogelijk wapenen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 **Samengevoegde vragen van**

- Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "België en het pandemieverdrag" (55024372C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het pandemieverdrag en de rol van België" (55025511C)

07 **Questions jointes de**

- Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La Belgique et le traité Pandémie" (55024372C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traité sur les pandémies et le rôle de la Belgique" (55025511C)

07.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Mijnheer de minister, kort na het uitbreken van de coronapandemie in maart 2020 bevestigde de president van de Europese Unie na bilateraal overleg met dr. Tedros Ghebreyesus, directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie, dat er een pandemieverdrag nodig was. De Europese president stelde dat de Wereldgezondheidsorganisatie de hoeksteen is van de internationale samenwerking tegen pandemieën. Hij pleitte ervoor om in deze strijd een verdrag of een aanverwant internationaal instrument op te stellen dat pandemiepreventie, paraatheid en reactie efficiënter moest kunnen realiseren.

Daarop stelde de algemene vergadering van de WHO op 1 december 2021 de resolutie *The world together* op. Met dat initiatief wordt er een intergouvernementele onderhandelingsgroep opgericht om te komen tot een pandemieverdrag. Ten laatste op 1 maart 2022 zal in dat verband een eerste vergadering plaatsvinden. Bij die gelegenheid wordt een onderhandelingsgroep geïnstalleerd en worden de werkmethodes verder afgesproken.

Zal België deelnemen aan het proces in het intergouvernementele onderhandelingsorgaan om een pandemieverdrag op te stellen? Welke rol zal ons land in dat proces opnemen?

Welke positie zal België innemen met betrekking tot antimicrobiële resistentie als onderdeel van een pandemieverdrag of vergelijkbaar internationaal instrument? Zoals u immers weet, is er een link gelegd tussen antimicrobiële resistentie en het bestrijden van de pandemie bij coronapatiënten.

Heeft de Raad van de Europese Unie de kwesties al besproken? Welke positie neemt de Raad in met betrekking tot antimicrobiële resistentie en het pandemieverdrag?

07.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, mevrouw De Block heeft de inleiding al op een uitstekende manier gebracht en een aantal vragen gesteld. Ik zal dus gewoon mijn bijkomende vragen stellen, ten eerste over de rol die de WHO al heeft gespeeld in de eerste covidcrisis.

Bent u van mening dat de WHO haar rol goed heeft gespeeld? Waar zijn er volgens u eventuele tekortkomingen?

Welke standpunten zal ons land innemen bij de intergouvernementele onderhandelingen?

Wat zijn voor ons land de belangrijkste aandachtspunten? Zal u bijvoorbeeld ook aandacht vragen voor de monitoring van zoönoses, wat in ons land toch een specifiek risico vormt door de dichte veestapel?

Op welke vlakken is er volgens u meer ingrijpen door de WHO nodig? Op welke vlakken moet ons land volledig zelf kunnen beslissen of ingrijpen in het kader van een pandemie?

Ziet u een rol voor meer Europese samenwerking in de aanpak van toekomstige pandemieën? Op welke vlakken situeert die zich dan? Hoe past de Europese samenwerking volgens u in de wereldwijde aanpak?

07.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Block, mevrouw Gijbels, ik zal uw vragen achtereenvolgens behandelen, maar ze vormen natuurlijk een geheel.

Ten eerste, mevrouw De Block, COVID-19 heeft ons geleerd dat het huidige internationale kader, met de *international health regulations* (IHR), onvoldoende sterk is om een hoog niveau van gezondheidsveiligheid te garanderen. Ons land steunt dus de onderhandelingen over een bindend verdrag waarin drie kernpunten aan de orde moeten komen, namelijk preventie, paraatheid en - ook erg belangrijk - billijkheid van de aanpak. Wij zullen dus ook actief deelnemen aan de onderhandelingen.

Het toeval wil overigens dat ik deze ochtend over dat precieze punt nog heb gesproken met Hans Kluge, de Europese directeur van de WHO.

In mijn mappen heb ik opnieuw vastgesteld dat uzelf daarin een heel nuttige rol hebt gespeeld, omdat u mee raad hebt gegeven op basis van uw ervaringen en de Belgische ervaringen over wat het betekent om met een dergelijke pandemie te worden geconfronteerd. Dergelijke conclusies, die wij moeten trekken uit de belevenissen van de voorbije twee jaar, moeten wij meer omzetten in een nieuw internationaal verdrag. Daar zijn wij sterk van overtuigd. Ik meen dat u die overtuiging deelt. Dat is vanochtend opnieuw ter sprake

gekomen tijdens mijn gesprek met Hans Kluge.

U had het specifiek ook over antimicrobiële resistentie (AMR).

Dat is inderdaad een bijzonder belangrijke bedreiging voor ons gezondheidssysteem. Volgens de WHO behoort AMR tot de top tien van de wereldwijde gezondheidsbedreigingen. In sommige niet-Europese landen worden antibiotica ook nog steeds breed ingezet in de veeteelt, bijvoorbeeld als groeibevorderaar, terwijl dat in Europa gelukkig via bindende regelgeving al verboden is.

Een verdrag biedt inderdaad de mogelijkheid om binnen een internationaal kader te reageren op de uitdagingen die een invloed hebben op AMR, zoals het verbeteren van de surveillance- en waarschuwingsmechanismen, universele en rechtvaardige toegang tot medische oplossingen en het versterken van de internationale gezondheid vanuit een *One Health*-benadering. Er is momenteel nog geen concreet voorstel voor een eerste tekst en ook op Europees niveau moeten wij nog uitklaren hoe de lidstaten dit gezamenlijk kunnen en willen verdedigen.

De Europese Raad heeft zich in zijn besluit van 20 mei 2021 uitgesproken voor het aanknopen van onderhandelingen over een internationaal instrument voor de bestrijding van pandemieën in het WHO-kader. Momenteel loopt er een discussie over de vraag of Europa in deze onderhandelingen met één stem zal spreken dan wel of wij individueel, land per land, zullen spreken. U zult begrijpen dat België natuurlijk liever heeft dat Europa met één stem spreekt, zoals dat al het geval is bij internationale onderhandelingen over tabak, de Framework Convention on Tobacco Control. Ik denk dat u dat standpunt deelt. Dat is echter nog niet uitgeklaard, de besprekingen hierover lopen.

Er wordt nu een intergouvernementele onderhandelingsgroep opgericht die uiterlijk op 1 maart voor het eerst bijeenkomt, om werkmethoden en tijdschema's af te spreken, en die voor de tweede keer zal bijeenkomen op 1 augustus om de voortgang van de zaken te bespreken. Vervolgens zal de groep in 2023 een voortgangsverslag indienen bij de 76ste Wereldgezondheidsvergadering. De bedoeling is om het instrument uiterlijk in 2024 aan te geven. Ook wat het specifieke punt van de antimicrobiële resistentie betreft, is de Europese positie nog niet uitgeklaard.

Mevrouw Gijbels, u vroeg naar de rol die de WHO heeft gespeeld. Om die vraag te beantwoorden, wil ik mij baseren op de onafhankelijke evaluatie van de mondiale aanpak van de COVID-19-crisis.

Op basis van de resolutie WHA73.1 van de Wereldgezondheidsvergadering heeft de directeur-generaal van de WHO immers een "onafhankelijk, op bewijs gebaseerd, onpartijdig, respectvol en divers" panel samengesteld om deze aanpak te onderzoeken en aanbevelingen te formuleren.

Volgens het eindrapport *COVID-19: Make it the Last Pandemic* van The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response heeft de WHO globaal gesproken goed gehandeld, hoewel er toch ook aandachtspunten waren. Zo stelt het panel dat de WHO de waarschuwing voor de uitbraak snel en met voortvarendheid onder de landen in de hele wereld heeft verspreid, maar is het weliswaar van mening dat de WHO de landen ook had kunnen zeggen dat zij uit voorzorg moesten aannemen dat er sprake was van overdracht van mens op mens.

Het panel focust vooral op systemische aspecten en concludeert bijvoorbeeld dat het waarschuwingssysteem niet snel genoeg werkt wanneer het wordt geconfronteerd met een snel evoluerend pathogeen en dat de juridisch bindende IHR uit 2005 in de huidige vorm een conservatief instrument vormen dat eerder dient om snelle actie te beperken dan wel te vergemakkelijken.

Conclusie, de WHO heeft snel gereageerd met een vroegtijdige wereldwijde verspreiding van het uitbraakalarm, met name door het afkondigen van een noodsituatie, maar landen hebben lang, soms zelfs te lang, gewacht met het nemen van maatregelen. De huidige internationale gezondheidsregeling is dus niet sterk genoeg en moet worden verbeterd. Dat is precies een van de hoofdambities van het nieuwe pandemieverdrag en van de herziening van de IHR.

U vroeg wat de standpunten zijn en verwees naar de monitoring van zoönosen. Er is nog geen formeel en grondig uitgewerkt Belgisch standpunt over dit verdrag vastgelegd. Wel werden reeds de algemene uitgangspunten besproken die ons zullen leiden bij de onderhandelingen over het pandemieverdrag of internationaal instrument. Deze principes werden de afgelopen maanden besproken in aanloop naar de

onderhandelingen over dit verdrag. Noteer ook dat er nog steeds geen duidelijke consensus is over het bindend karakter van een dergelijk instrument, aangezien bijvoorbeeld de Verenigde Staten daarvan geen voorstander zijn.

Een van onze algemene uitgangspunten is een *One Health*-aanpak voor het voorkomen en beter beheersen van toekomstige pandemieën. Dat betekent dat toekomstig beleid, inclusief de aanpassing aan de internationale gezondheidsarchitectuur en aan nationale nood- en andere plannen, ten volle rekening moet houden met het feit dat de menselijke gezondheid, de gezondheid van dieren en de gezondheid van het leefmilieu nauw met elkaar verbonden zijn.

De laatste decennia zien wij immers een duidelijke toename van het aantal zoönoses. Zij maken zowat 75 % uit van de nieuwe opkomende infectieziekten die de menselijke gezondheid bedreigen. In het kader van de onderhandelingen over het pandemieverdrag wil België dan ook dat een *One Health*-preventie van pandemieën een belangrijk onderdeel vormt. Het beter monitoren van zoönoses is een noodzakelijk onderdeel van een dergelijke *One World, One Health*-aanpak.

SARS-CoV-2 heeft net als eerdere zoönoses aangetoond dat de grootschalige intensieve teelt van dieren niet alleen een rol kan spelen bij het ontstaan van zoönoses maar ook bij de snelle ontwikkeling van varianten. Ik denk bijvoorbeeld aan het incident met de nertskeverijen, die werden geruimd omdat zij als incubator fungeerden voor de ontwikkeling van nieuwe varianten.

Ook vraagt België bijzondere aandacht voor de WHO-agenda voor het versterken van de nationale gezondheidssystemen. Wij willen dan ook inzetten op een meer billijke toegang tot medische tegenmaatregelen. U kent de dramatische cijfers over het gebrek aan vaccinatie in de armere delen van de wereld.

U vraagt waar meer ingrijpen door de WHO nodig is. Daar ligt het probleem net. Grote vraagstukken waarvoor een oplossing nodig is, zijn het gebrek aan een billijke toegang tot gezondheidsproducten, het gebrek aan sterke gezondheidsstelsels over de hele wereld, lacunes in de krachtige werking van het multilaterale systeem in het geval van een pandemie maar ook problemen inzake financiering en governance. Er is in het algemeen nood aan meer samenwerking om de collectieve risico's te verminderen en de solidariteit in de wereldgezondheid te versterken.

U vraagt of ik een rol zie voor meer Europese samenwerking. Die zie ik heel zeker. Er werden ook initiatieven genomen in het kader van de *European Health Union Package*, in het kader van de gezondheidsbedreigingen binnen het huidige verdragskader: de opwaardering van het kader voor gezondheidsbeveiliging via besluit nr. 1082/2013/EU, het versterken van het mandaat van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC), een versterking van het mandaat van het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) en de Autoriteit voor paraatheid en respons inzake noodsituaties op gezondheidsgebied (HERA). Daarmee streven wij naar een sterker kader binnen Europa. Wij reiken op die manier echter ook de WHO de hand voor samenwerking. In het kader van pandemieën is internationale samenwerking immers cruciaal.

Belangrijke initiatieven werden genomen onder impuls van de Europese Unie. Ze moeten bijkomend worden ondersteund, om de lage- en middeninkomenslanden te helpen. Ik denk daarbij natuurlijk aan COVAX, aan de steun aan de lokale productie van gezondheidsproducten en de uitwisselingstechnologieën bij gezondheidscrisissen, zoals de oprichting van centra voor technologieoverdracht ter versterking van de regelgevers en productievaardigheden in ontwikkelingslanden, en de debatten over de TRIPS-overeenkomst van de WTO.

Collega's Gijbels en De Block, dit is inderdaad een belangrijke agenda. België is een klein land maar ik hoop dat wij rechtstreeks en via de Europese Unie een rol kunnen spelen in deze internationale debatten.

07.04 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u vindt dat een internationaal verdrag nodig is en dat de antimicrobiële resistentie inderdaad een bedreiging is voor het gezondheidssysteem wereldwijd. Er is ook een *global leader group* met vertegenwoordigers van 20 landen. Ik ben gevraagd om inzake antimicrobiële resistentie, in het kader van het principe *One Health*, te bekijken wat er mogelijk zou zijn. Er wordt aan dat eindrapport gewerkt. Onder die 20 landen zijn er 6 EU-lidstaten. De werkzaamheden verlopen onder het voorzitterschap van de eerste minister van Barbados.

De *international negotiation body* kwam reeds één keer samen. Dat heeft het indienen van de vragen misschien enigszins gekruist, omdat het in januari 2022 samenkwam.

Wij zijn blij dat daaraan verder gewerkt wordt, dat is een zeer belangrijke zaak. Naast de pandemie zijn er ook nog andere grote bedreigingen voor de algemene gezondheid. Antimicrobiële resistentie staat daar in de top tien. Wij moeten daar zeker verder aan werken. België is een klein land, maar het is ook een ambitieus land op dat vlak. Wij hebben een goede samenwerking tussen de academische wereld en de politieke wereld. Men kijkt gelukkig niet altijd naar de grootte van het land, maar wel naar de kwaliteit van wat er wordt aangeleverd en van mogelijke pistes die worden ontwikkeld.

Ik ben blij dat u spreekt over meer Europese samenwerking. Ik heb dat ook aangevochten, het kan niet dat EU-lidstaten hun solidariteit laten varen als het gaat over het transport van medicatie, van vaccins en van al wat vereist is in een pandemie. De twee grootste lidstaten, Duitsland en Frankrijk, hebben toen hun grenzen gesloten en werden daarin gevolgd door andere landen. Ik hoop dat het *once and for all* duidelijk is dat dit niet in de geest van de Europese Unie is.

Er kan zeker niet gelachen worden met zulke incidenten als het gaat om de gezondheid van de mensen. Ik dank u nogmaals voor uw antwoord, want ik ben er zeer blij mee.

07.05 Frieda Gijbels (N-VA): Ik wil de opmerking van mevrouw De Block over antimicrobiële resistentie bijtrekken. Dat is een reëel probleem en een grote bedreiging voor onze gezondheid. Preventie speelt daar een grote rol in. We kunnen virussen misschien ook de kans geven om in een positiever daglicht te komen, via de therapieën met bacteriofagen die toch meer opgang maken.

De rol die de WHO heeft gespeeld in deze coronacrisis is geëvolueerd. Er zijn inderdaad aandachtspunten naar voren gekomen. De rol van de WHO is immers niet onbesproken geweest. Er is toch wel wat tegenstrijdige berichtgeving geweest over bijvoorbeeld de asymptomatische verspreiding van het virus en over de mondkapjes. De afkondiging van de pandemie is volgens velen tevens te laat gebeurd. Ook over de relatie met China worden er wel wat vragen gesteld.

Hopelijk wordt dit allemaal meegenomen en goed geanalyseerd en komt er een verbetering op deze vlakken. Ik geloof in meer samenwerking, maar ik geloof ook in het principe van subsidiariteit betreffende preventie en gezondheidszorg. De landen moeten dus ook hun eigen rol kunnen spelen. We moeten erover waken dat we ons eigen gezondheidsbeleid kunnen blijven voeren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nationale studie naar de effectiviteit van Camostat tegen COVID-19" (55024464C)

08 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude nationale sur l'efficacité du Camostat contre le Covid-19" (55024464C)

08.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Camostat wordt al geruime tijd gebruikt voor pancreasontstekingen. De *Artsenkrant* publiceerde dat er een nationale studie rond het gebruik van dat geneesmiddel bij corona zou worden opgezet.

Hoeveel patiënten nemen deel?

Tegen wanneer wordt een evaluatie verwacht?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: De studie beoogt patiënten te rekruteren in heel België. Het doel is om te evalueren of Camostat mensen met corona sneller doet genezen, uit het ziekenhuis kan houden of het overlijden kan vermijden. Hiervoor zullen 800 tot 1.300 deelnemers nodig zijn. Het uiteindelijke aantal dat men nodig acht, zal afhangen van interimanalyses, die worden uitgevoerd door een onafhankelijk team van internationale experts. Dat team zal aanbevelingen doen aan de onderzoekers. Het tijdstip van de interimanalyses en het einde van de studie hangt af van het aantal deelnemers dat zich aanmeldt. De analyses worden aangevat zodra het vereiste aantal deelnemers zich aangeboden heeft.

08.03 Kathleen Depoorter (N-VA): U kunt nog niet veel zeggen, maar het was dan ook een eerste publicatie. Ik zal het dossier zeker verder opvolgen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

09 Samengevoegde vragen van

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verklaringen van de WHO met betrekking tot het einde van de covidpandemie en het exitplan" (55024465C)

- **Robby De Caluwé** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De exitstrategie" (55024974C)

09 Questions jointes de

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les déclarations de l'OMS sur la fin de la pandémie de covid et le plan de sortie" (55024465C)

- **Robby De Caluwé** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stratégie de sortie" (55024974C)

09.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, de coronapandemie in Europa zou binnenkort, dankzij de omikronvariant, wel eens kunnen worden beëindigd, meent directeur Hans Kluge van de Europese tak van de WHO. Hij heeft het over een pandemisch eindspel, waarna COVID-19 als een seizoensgriep wordt beschouwd. Kluge schat dat omikron tegen maart 60 % van de Europeanen heeft besmet.

Dat is goed nieuws, want zodra de huidige, door omikron gedomineerde golf in Europa afneemt, volgt mogelijk een maandenlange periode van wijdverbreide immuniteit en dus weinig nieuwe besmettingen. Die luwte is volgens hem te danken aan vaccinatie, maar ook aan het feit dat veel mensen ondertussen een besmetting hebben doorgemaakt en daardoor een lagere gevoeligheid voor het virus hebben.

Als het tegen het einde van het jaar kouder wordt, zou COVID-19 kunnen terugkeren, maar niet als een pandemie, gelooft Kluge: "Het is aannemelijk dat de regio op weg is naar een soort pandemisch eindspel." Dat concludeert Kluge uit de relatief milde aard van de omikronvariant, waarvan is aangetoond dat die in het algemeen minder ziekmakend is dan de deltavariant. Daardoor verandert COVID-19 geleidelijk van een pandemie in een beter beheersbare endemie, zoals een seizoensgriep.

Mijnheer de minister, wat is de exitstrategie of het plan dat in opmaak is om uit de pandemie te treden? Wat met de maatregelen, de verschillende fases, de teststrategie, het CST? Welke organen zullen daarbij betrokken worden?

09.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik sluit mij aan bij de vragen van de heer De Caluwé.

09.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, mijnheer De Caluwé, wat de heer Kluge heeft gezegd, moet goed worden begrepen. Hij heeft niet gezegd dat de coronapandemie in Europa binnenkort ten einde is. Hij heeft eigenlijk gezegd dat er een opportuniteit is voor de Europeanen om een soort eindspel in te zetten, door het feit dat we voor een gunstig seizoen staan, door de grotere opgebouwde immuniteit van de bevolking via het hoge aantal omikronbesmettingen en ook doordat deze variant een minder ernstige ziekteverwekker is.

Er is nog veel wat we niet weten. Hoelang duurt de immuniteit na infectie met deze variant? Hoelang beschermt de booster ons tegen ernstige ziekte? En het belangrijkste, hoe zal het virus evolueren? Het is dus best mogelijk dat we naar een transitieperiode gaan, waarbij periodes met minder viruscirculatie afgewisseld worden met nieuwe opstoten. De vraag is wat de impact zal zijn van die opstoten. Dat zal afhangen van de kwaliteit van onze verdedigingslijnen en van het beheer.

Ik heb dat vanochtend grondig besproken met Hans Kluge. We zijn het daar zeer over eens. Het debat moet verschuiven van het afbouwen van acute crisismaatregelen naar voorbereid zijn op de toekomst. Als we naar code geel gaan, zijn er bijna geen maatregelen meer. Voorbereid zijn op de toekomst houdt in: surveillance, een goed georganiseerde gezondheidszorg, maar ook dat er instrumenten klaarstaan die

gemobiliseerd worden bij een nieuwe opstoot. Op dat vlak zou ik willen wijzen op het belang om structureel in te zetten op de kwaliteit van de binnenlucht. Ook daar zit ik met de heer Kluge op dezelfde golflengte.

Als we overgaan tot code geel, blijven we zeggen, als omkaderend beleid, dat CO₂-meters gebruikt moeten worden om de luchtkwaliteit op te volgen. Veel meer wordt daar niet over gezegd bij code geel. Dat hoeft ook niet. Maar dat is wel essentieel.

Ik zal daar met mijn collega's in het Overlegcomité dan ook grondig over spreken. Wanneer wij naar code geel gaan, moeten wij een beleid voeren waarbij overal, in cafés, in restaurants, in cultuurzalen, op publieke plaatsen, de kwaliteit van de binnenlucht opgevolgd wordt.

Dat is belangrijk voor de toekomst. Dat is overigens ook belangrijk om griep te bestrijden. Maar dit moet nu echt verankerd worden in ons beleid met het oog op de kwaliteit van ons leven, de kwaliteit van omgaan met onze eigen gezondheid. De kwaliteit van de binnenlucht is daarbij essentieel.

Ik vind het daarom wel belangrijk dat, wanneer wij de overgang maken naar code geel, laat staan wanneer wij op een bepaald ogenblik zeggen dat de barometer gewoon op het schap wordt gelegd, wij doorgaan met ventilatie. Vandaar dat ik ervoor pleit, binnen de regering en bij mijn collega's van de deelregeringen, dat de federale overheid, die bevoegd is voor de binnenluchtkwaliteit, ter zake ook een minimaal maar toch duidelijk federaal wetgevend kader opzet.

Dat debat loopt nog. Dat is geen eenvoudig debat. Dat is iets nieuws. Daar is een beetje koudwatervrees voor. Dat begrijp ik. Maar ik meen dat het absoluut essentieel is. Wij moeten onze tijd niet verliezen met in een glazen bol te kijken. Is dit nu het definitieve einde van deze pandemie of komen er een aantal rustige maanden? Komt er nog een opstoot? Hoe ernstig zal die zijn?

Een glazen bol hebben wij niet. Wij hebben wel de zekerheid dat wij goed voorbereid moeten zijn, mocht er nog een opstoot komen. Daarom pleit ik er ook voor dat wij nadenken over welk soort vaccinatiecampagnes wij nodig zullen hebben, wat daarvan de operationalisering is en welk soort teststrategie wij zullen gebruiken. Men moet geen dure testbatterijen in stand houden, maar wel een surveillancesysteem hebben voor rustiger momenten.

Ik pleit voor iets als een covidticket, dat wij in de schuif zullen leggen wanneer wij in code geel zijn. Ik pleit ervoor dat wij dat opnieuw kunnen activeren wanneer het opnieuw nodig is. Alleen wanneer het nodig is. Ik pleit er absoluut voor dat ventilatiebeleid een blijver is, en dat wij dat niet laten stilvallen op het ogenblik dat wij naar code geel gaan of de barometer opzij zouden leggen.

Hopelijk zullen we dat misschien kunnen doen.

Ook belangrijk is dat het Coronacommissariaat geen eeuwig leven beschoren is. Integendeel, wij willen dat commissariaat zo snel mogelijk kunnen stoppen en dat is ook de wens van de heer Facon. De wens is natuurlijk dat de functies die het commissariaat uitoefent, hun plaats vinden in onze bestaande administraties. Op federaal niveau is dat dan de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het FAGG of Sciensano, maar ook de deelstaten hebben op dat vlak werk.

Als wij naar code geel gaan – als het van mij afhangt, gaan we niet slenteren, we gaan het niet nodeloos rekken –, dan moet ik niet alleen de zekerheid hebben dat het beleid rond de binnenluchtkwaliteit en ventilatie kan worden voortgezet. Ik wil daarnaast ook de geruststelling krijgen dat na het einde van de federale fase – dat zal in code geel het geval zijn – de functies die nu worden waargenomen door het Coronacommissariaat en al het werk dat we samen met de deelstaten verricht hebben, ondergebracht en verankerd worden in bestaande administraties, zowel federaal als gewestelijk. Dat is erg belangrijk.

Ik denk overigens dat de heer Kluge en wij het daarover roerend eens zijn. Mevrouw de voorzitter, het zou goed zijn om de heer Kluge eens uit te nodigen in deze commissie, want wij zijn het op dit punt zeer eens en hij heeft een goed zicht op wat er overal in Europa gebeurt. Volgens mij kan hij ons daarover wel wat meer leren.

09.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik ben het met u eens dat we ons moeten hoeden voor al te veel enthousiasme. We hebben in het verleden vaker gedacht dat de pandemie voorbij was en daar zijn we dan telkens vrij snel op moeten terugkomen.

Tegelijk heeft de bevolking perspectief nodig. We kijken hoopvol uit naar een nieuwe fase. Ik besef ook dat u daar nu moeilijk grote uitspraken over kunt doen. Het is ook goed dat u dat niet doet en dat u voorzichtig blijft, maar ik onthoud wel dat u hoopvol bent dat we binnenkort waarschijnlijk naar code geel kunnen gaan. In die fase zijn er nog maar heel weinig beperkingen. Misschien kunnen we dan ook vrij snel erna naar een fase zonder kleurcodes.

Ik ben het ook met u eens dat we voorbereidingen moeten treffen. We hebben de afgelopen twee jaar veel geleerd, en het is goed dat we die zaken verankeren binnen de verschillende administraties.

Maar ik zou er ons ook voor willen hoeden – dit debat zullen we over een tweetal weken voeren – om bepaalde zaken sluimerend op het schap te leggen. We moeten daar voorzichtig mee zijn. We moeten wel de opgedane kennis verankeren, zodat we, wanneer het nodig is om bepaalde zaken opnieuw in te voeren, snel kunnen schakelen.

09.05 Kathleen Depoorter (N-VA): De heer Kluge uitnodigen naar deze commissie is altijd interessant. We kunnen dat misschien doen in het kader van de hoorzittingen, of althans van de evaluatie, die volgens het Overlegcomité georganiseerd moet worden over de epidemiologische waarde van het CST. Hoewel de meerderheid er eerst niet voor te vinden was, vind ik het goed dat u dit voorstelt. Ik zal het in de volgende regeling der werkzaamheden meegeven.

Dat we ons moeten voorbereiden, is een feit. We zijn het erover eens dat we in die afschaling met allerhande scenario's rekening moeten houden en daarin de veerkracht van de zorg moeten inbouwen. We zijn het er ook over eens dat de preventieve maatregelen nodig zijn, alsook het monitoren van de bevolking met daarbij zeker ook aandacht voor de immuniteit van onze kinderen aan de hand van serologisch onderzoek.

Maar eens de federale fase voorbij is, zal de bal uiteraard in het kamp van de deelstaten liggen. Zoals u zegt, zullen zij die *preparedness* dan in hun beleid mee kunnen nemen, op eigen verantwoordelijkheid. Dit gebeurt bij code geel en ik heb daar heel veel vertrouwen in. Ik denk dat het geleverde werk ons veel inzichten heeft meegegeven, maar op een bepaald moment gaat deze bevoegdheid weer helemaal terug naar de deelstaten, en wat mijn fractie betreft mag dat op ieder moment gebeuren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het nieuwe omikronsubtype BA.2 en de combinatie van de delta- en omikronvariant" (55024666C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De deltakronvariant" (55025335C)

10 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouveau sous-type BA.2 d'Omicron et la combinaison des variants delta et omicron" (55024666C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant deltacron" (55025335C)

10.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Recent werd door de Health Security Agency (UKHSA) een nieuwe variant van Omikron – namelijk BA.2 – aangeduid om nabij opgevolgd te worden. Deze variant zou namelijk nog besmettelijker zijn dan de momenteel dominante variant (BA.1) terwijl haar impact nog onbekend is. In Denemarken, het VK, India, Zweden en andere landen (40 in totaal) is deze variant in opmars. Dat deze subvariant wordt opgemerkt gebeurt enkel door het afnemen van PCR-tests.

Daarnaast wordt gesteld dat de combinatie van de Delta en Omikronvariant – eerder niet aangenomen – toch mogelijk zou zijn en dat dit tot een potentieel gevaarlijk virus kan leiden. Dit werd verklaard door de viroloog Christian Drosten. Het zou betekenen dat de besmettelijkheid en meer ernstige ziekteverschijnselen samen zouden komen.

Mijn vragen voor de minister:

1. Beschikt de minister over cijfers betreffende het aantal mensen dat met de nieuwe variant BA.2 besmet is; zijn hiervan extrapolaties of scenario's opgesteld?
2. Welke informatie is er beschikbaar aangaande de combinatie van een virus dat gebaseerd is op Delta én Omikron? Werd dit in België reeds gesignaleerd?

In het Verenigd Koninkrijk werd bij een patiënt die positief testte op COVID-19 de zogenaamde "Deltakron" variant vastgesteld. Dit is een variant die een aantal kenmerken van de Delta- en Omikron-variant heeft; de National Health Service (NHS) schat het risico op dit moment laag in. Hoeveel burgers deze nieuwe gecombineerde variant hebben kan echter op dit moment in het VK niet met zekerheid gezegd worden. Infectioloog Steven Callens verbonden aan het UZ Gent treedt de risico-inschatting bij en ziet naar eigen zeggen geen reden tot ongerustheid.

Mijn vragen voor de minister:

1. Zoals bij vorige varianten bleken deze al even te bestaan bij de bevolking en verkreeg men cijfers toen de overheid er – na informatie-uitwisseling met andere landen – gericht ging testen. Is dit ook het geval bij de zogenaamde "Deltakron"-variant?
2. Zijn er in ons land gevallen vastgesteld van de "Deltakron"-variant? Zo ja: hoeveel? Bestaan er projecties i.v.m. besmettelijkheid?
3. Welke risico-inschatting wordt er op dit moment gemaakt?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, u vraagt of we beschikken over cijfers met betrekking tot de nieuwe variant BA.2.

De evolutie van de verschillende varianten en subvarianten wordt opgevolgd door het Nationaal Referentiecentrum van de KU Leuven. Daarvoor wordt continu een representatief staal van positieve testen gesequencet. In zijn laatste wekelijks rapport meldde het NRC dat in de week van 24 januari 2022 het BA.1-subtype van de omikronvariant 90 % uitmaakte van alle positieve stalen, het BA.2-subtype 5,8 % en de deltavariant 4 %.

Het aandeel van het BA.2-subtype neemt toe en er wordt verwacht dat het ook in België het BA.1-subtype zal vervangen. Er zijn momenteel echter geen aanwijzingen dat dit subtype een ander ziektebeeld veroorzaakt dan het BA.1-subtype, dat het minder gevoelig voor vaccinatie zou zijn of ander slecht nieuws.

U vroeg naar informatie over combinaties van virussen. Een nieuwe variant die zou zijn ontstaan uit een combinatie van delta en omikron, de zogenaamde deltrakronvariant, werd begin januari gemeld door de universiteit van Cyprus, maar dat bleek het resultaat te zijn van een contaminatie in het labo en geen nieuwe variant. Tot op heden is er nog geen zo'n variant opgedoken.

Wat Christian Drosten heeft gezegd, is niet dat zo'n combinatievariant reeds bestaat, maar dat het theoretisch niet onmogelijk is dat er ooit een variant opduikt die de mutaties in de delta- en de omikronvarianten combineert en zich dus snel verspreidt en meer ziekteverwekkend is. Dat is momenteel dus een theoretische denkpiste.

Ik heb hier verder nog antwoorden in het Frans op uw vragen.

La surveillance génomique de base vise à séquencer une proportion, en général entre 5 et 10 % de tous les échantillons positifs analysés par PCR, sélectionnés de manière aléatoire, afin de garantir une certaine représentativité des échantillons. Le but de cette surveillance est de suivre l'évolution des variants circulant en Belgique et de détecter l'émergence de nouveaux variants.

Lorsque les nouveaux variants sont connus, des tests plus ciblés peuvent être mis en place. Le Centre national de référence (CNR) surveille la situation en continu, y compris en ce qui concerne un possible variant Deltakron. Le rapport du CNR du 15 février 2022 donne des détails mais l'information est assez limitée. Comme je l'ai dit, le Deltakron, on ne l'a pas vu. On ne l'a donc pas vu en Belgique non plus.

Pour ce qui est de l'évaluation des risques sur ce plan, on me dit que les données provenant du Royaume-Uni sont encore très limitées. On suit évidemment tout ce qui se passe. Quant à ce qui a été découvert à Chypre, il s'agissait plutôt d'une contamination de laboratoire plutôt qu'un réel variant.

10.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er zit een beetje tijd tussen de eerste en de

tweede vraag. In antwoord op de eerste vraag spreekt u over het verhaal van Cyprus en de contaminatie. De tweede vraag is gebaseerd op een rapport van het NHS. Daarin wordt wel degelijk bevestigd dat er een deltakronpatiënt is vastgesteld. Men maakt zich daaromtrent niet echt zorgen, omdat het ziektebeeld niet echt afwijkt.

Het is echter van belang dat wij dit in het oog houden en dat wij daarvan effectief een risico-inschatting maken. Eens het in het Verenigd Koninkrijk zit, zit het niet erg ver van ons. Wij hebben het ook reeds een paar keer meegemaakt. Het is zeker geen verhaaltje over een labo. In één situatie konden wij daarin nog meegaan. Bij de situatie van het NHS is het veel moeilijker om daarin mee te gaan. Ik wil u dus vragen om het zeker te monitoren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vervallen COVID-19-vaccins" (55024668C)

11 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les vaccins périmés contre le Covid-19" (55024668C)

11.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in berichtgeving in *De Standaard* werd dieper ingegaan op het feit dat er heel wat vervallen coronavaccins in het buitenland aangetroffen zijn en dat logistieke ondersteuning en dergelijke daar vaak ontbreken. Ook in België werden er echter problemen gemeld. Heel vaak vervallen de vaccins snel.

Hoeveel vaccins zijn er bij de vaccinatiecentra weggegooid omdat ze vervallen waren? De eerste lijn werd toen, en nog altijd, heel weinig ingeschakeld bij de vaccinatiecampagne.

Hoeveel vaccins worden er in België weggegooid omdat ze vervallen door foutieve opslag op het vlak van temperatuur of materiaal?

Hoeveel vaccins dreigen er in de komende maand te vervallen? Ik heb absolute aantallen en percentages gevraagd.

Hoeveel vaccins met een vervalttermijn korter dan 2,5 maand werden er de voorbije jaren naar het buitenland gestuurd?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: We zijn niet op de hoogte van vernietiging van vaccins omdat ze vervallen waren doordat de eerste lijn nog niet mocht vaccineren. Ik heb daar dus ook geen cijfers over. We zijn ook niet op de hoogte van de vernietiging van vaccins omdat ze vervallen waren wegens onvoldoende koeling en/of materiaal. Daar heb ik dus ook geen cijfers over.

Bij de door de federale overheid aangewezen distributeurs zijn er geen doses coronavaccin die in de komende maand zullen vervallen. In totaal hadden enkel 3.200 bilateraal gedoneerde AstraZenecadosissen een vervaldatum van minder dan twee maanden op het ogenblik van verzending naar het ontvangende land. Deze dosissen maken 0,11 % uit van de totale hoeveelheid vaccins die in 2021 aan België is geleverd. De precieze hoeveelheid die op het moment van deze donaties beschikbaar was, is niet bekend. Het percentage van schenkingen met een korte houdbaarheidsdatum is in ieder geval zeer laag.

Dat wil niet zeggen dat dit een onbelangrijke kwestie is. De ambitie om te doneren blijft groot. We zullen ongetwijfeld ook veel vaccins op overschot hebben als we niet onmiddellijk een nieuwe campagne lanceren. Wat u signaleert als een mogelijk probleem is wel een punt van aandacht.

Tant les équipes des entités fédérées que les équipes du SPF Santé publique suivent donc de près l'évolution des stocks, en ce compris des dates de péremption. Ces éléments sont discutés en bonne collaboration entre les parties lors des réunions hebdomadaires du groupe de travail distribution de la *task force* vaccination.

Des transferts de vaccins entre entités fédérées ont régulièrement et proactivement été organisés afin d'optimiser l'utilisation des vaccins disponibles et d'éviter tout gaspillage.

Le SPF Santé publique travaille enfin de concert avec la *task force* vaccination, les Affaires étrangères et la Coopération au développement lors des réunions dites *BE vaccine-sharing* qui visent à organiser les donations internationales de vaccins via Covax et autres mécanismes de donations.

Une approche proactive est ici aussi adoptée afin d'anticiper les dates de péremption des vaccins et de procéder à des donations qui permettent aux pays de destination d'administrer ces vaccins dans les limites de cette date de validité. Voilà, en guise de réponse.

11.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wat een antwoord. Er is geen monitoring van het aantal vervallen vaccins. Voor een campagne waarin elk geplaatst vaccin tussen de 74 en 94 euro kost, lijkt me dat echt problematisch. We hebben heel veel inspanningen moeten doen om de mensen er warm voor te maken om zich te laten vaccineren. Er zijn ook veel inspanningen gebeurd om de vaccins tot hier te krijgen. Dat is een hele saga geweest.

In de farmacie en de gezondheidszorg is het monitoren van de stock ontzettend belangrijk. Het gaat om heel veel geld. U kunt me niet zeggen hoeveel vaccins niet gebruikt zijn of niet optimaal gebruikt, vervallen of weggegooid zijn? Ik sta daar versteld van en ik zal die vraag blijven herhalen. Als we precisiewerk willen faciliteren – en gezondheidszorg is precisiewerk – dan moet de overheid die cijfers bijhouden.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

12 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie van de 5- tot 11-jarigen" (55024684C)

12 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des enfants de 5 à 11 ans" (55024684C)

12.01 Dominiek Sneppe (VB): "De kans dat het virus gezonde kinderen ernstig ziek maakt, is klein", zei u in een interview aan Humo. "Maar door zich te laten vaccineren, beschermen ze wel hun omgeving: ouders, grootouders, leerkrachten en klasgenoten. Als we willen dat de scholen veilig open kunnen blijven, is het nodig dat zoveel mogelijk kinderen gevaccineerd zijn. Maar het blijft een vrije keuze."

1. U stelt in datzelfde interview dat kinderen met onderliggende aandoeningen twaalf keer meer kans hebben om in het ziekenhuis te belanden en negentien keer meer om op intensieve zorg te belanden.

Op basis van welke wetenschappelijke studie, of onderzoek precies baseert u die informatie? Welk instituut of welke onderzoeker heeft dit bevestigd?

2. Hoeveel kinderen werden er sinds het begin van de epidemie, in de leeftijdsgroep tussen de 5-11 jaar, in ons land gehospitaliseerd in België?

Wat was de mediaan van de opnameduur in dagen?

Hoeveel kinderen overleden er tot op heden aan covid in België én wat was hun leeftijd?

Hoeveel gevallen van 'long covid' zijn er geweest sinds de epidemie bij kinderen in de leeftijdscategorie 5-11 en 12-18?

Hoeveel minderjarigen zijn er op intensieve zorgen beland?

3. U stelt dat het een "vrije keuze" is om kinderen te laten vaccineren.

Uit informatie van het Agentschap Zorg en Gezondheid blijkt dat zou gewerkt worden met een "opt-out" systeem. Ouders moeten expliciet aangeven dat ze dat niet willen of dat er anders uitgegaan wordt van hun toestemming.

Is dit zo afgesproken in het Overlegcomité?

Bent u het eens dat "opt-out" niet overeenkomt met "aanbieden", zoals aanbevolen door de HGR en het

Comité voor Bio-ethiek?

Kan u bevestigen dat er nooit aan kinderen via het CST toegang tot school of andere activiteiten, musea, sportinstellingen, cafés en restaurants zal ontzegd worden zoals aanbevolen door de HGR en het Comité voor Bio-ethiek?

4. Het kindervaccin kan nevenwerkingen hebben, zoals myocarditis: een ontsteking van de hartspier. Over de langetermijneffecten is nog weinig geweten. Hoe weet u zeker dat het veilig is?

U stelde dat "In de VS meer dan 7 miljoen kinderen van 5 tot 11 jaar ingeënt zijn"? Hoeveel gevallen van myocarditis deden zich voor?

Bij jongens tussen 12 en 17 jaar zouden zich volgens het Agentschap Zorg & Gezondheid "bij maximaal 1 op 5000 gevallen myocarditis voordoen. Hoeveel Belgische kinderen tussen de 12 en 17 jaar zal u een kindervaccin aanbieden?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er waren inderdaad veel vragen.

U vraagt op welke wetenschappelijke gegevens ik een interview in *Humo* baseer. Ik wil verwijzen naar een analyse, uitgevoerd door het ECDC op basis van gepoolde gegevens, gerapporteerd door tien landen van de Europese Economische Ruimte, via The European Surveillance System (TESSy) voor de periode van 3 augustus 2020 tot 3 oktober 2021.

Daaruit bleek dat de aanwezigheid van een onderliggende aandoening bij gevallen bij kinderen tussen 5 en 11 jaar geassocieerd was met een 12 keer hogere kans op ziekenhuisopname en een 19 keer hogere kans op opname op intensieve zorgen. Het betrouwbaarheidsinterval ligt voor het cijfer 12 tussen 9,0 en 16,0, voor het cijfer 19 ligt het tussen 10,1 en 34,1. Dit werd gepubliceerd in het ECDC-interimrapport over de volksgezondheidsoverwegingen voor COVID-19-vaccinatie van kinderen van 5 tot 11 jaar. Het rapport werd gepubliceerd op 1 december van vorig jaar.

Op uw tweede vraag kan ik het volgende antwoorden.

Le nombre de décès dus au covid-19 parmi les enfants est très faible. Selon mes informations, on dénombre deux décès chez des enfants entre zéro et quatre ans, aucun décès chez les enfants de cinq à onze ans, et cinq décès chez les enfants de douze à dix-sept ans. Source: *Mortality Survey*.

Sinds het begin van de epidemie werden 960 patiënten die tussen vijf en elf jaar oud waren, gehospitaliseerd. De mediane opnameduur van die patiënten is twee dagen: kwartiel 1 twee dagen, kwartiel 3 drie dagen. Het aantal minderjarigen opgenomen op intensieve zorg is 83. Gegevens over long covid worden niet specifiek verzameld voor die groep. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de *clinical hospital survey* niet exhaustief is en dus niet alle maar wel ongeveer twee derde van alle gehospitaliseerde Belgische covidpatiënten omvat.

U hebt ook vragen over mijn verklaring dat de vaccinatie voor kinderen een vrije keuze is. Zo is dat inderdaad afgesproken. De precieze modaliteiten voor de uitvoering van de vaccinatiecampagne worden natuurlijk door de Gemeenschappen geconcretiseerd.

Ik weet niet of ik het allemaal moet herhalen, maar elk kind dat in Vlaanderen woont, krijgt via de post een uitnodigingsbrief voor vaccinatie. Wanneer het kind, in dat geval dus de ouders, niet ingaat op de eerste uitnodiging, ontvangt het 28 dagen later de tweede uitnodiging, tenzij de vaccinatie expliciet werd geweigerd. In de uitnodiging wordt expliciet vermeld dat de ouder of voogd meegaat naar het vaccinatiecentrum. Wanneer dat niet gaat, moet de ouder of voogd een brief met de toestemming meegeven aan de volwassene die het kind moet begeleiden. Enkel de specifieke brief voor vijf- tot elfjarigen, die te vinden is op de website, kan worden gebruikt. Wij gaan dus niet uit van toestemming. Er is wel degelijk een expliciete toestemming vereist door de ouder of ouders in het vaccinatiecentrum ofwel via de ondertekende brief.

Wat nevenwerkingen betreft, wij hebben weet van vier meldingen bij vijf- tot elfjarigen van myocarditis of pericarditis voor de Verenigde Staten in de Europese database, die echter mogelijk onvolledig is voor de meldingen van buiten Europa. Voor twaalf- tot zeventienjarige jongens werden via het Amerikaanse meldingssysteem voor het Pfizer vaccin per miljoen dosissen 14 gevallen van myocarditis gerapporteerd na

de eerste dosis en 177 gevallen na de tweede dosis. Voor twaalf- tot zeventienjarige meisjes gaat het om respectievelijk 1,3 en 17 gevallen.

Over langetermijnrisico's hebben wij natuurlijk nog geen gegevens, maar dat is het geval voor elk nieuw vaccin of geneesmiddel dat op de markt komt. De wereldwijde decennialange ervaring met andere vaccins leert evenwel dat bijwerkingen snel optreden, namelijk binnen een paar dagen of enkele weken.

In principe komen alle jongeren in aanmerking voor vaccinatie. Van de Belgische bevolking is 6,7 % tussen de leeftijd van twaalf en zeventien jaar.

12.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik heb voorlopig geen bijkomende opmerkingen. Ik zou kunnen herhalen wat ik hier al meermaals heb opgemerkt. Ik zal dat niet doen gelet op het gevorderde uur. U hebt immers blijkbaar nog maar negen minuten tijd.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het coronavaccin voor baby's en peuters" (55024835C)

13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin contre le coronavirus pour les bébés et les jeunes enfants" (55024835C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in de Verenigde Staten lopen er studies omtrent coronavaccins voor baby's en peuters.

Hebben de taskforce vaccinatie en de regering zich al een opinie gevormd over die studies? Nemen wij daaraan deel? Zullen ze ook in ons land plaatsvinden, wanneer Europa daartoe overgaat? Overweegt de regering om dat pediatrische vaccin aan te kopen en toe te passen wanneer het EMA zijn goedkeuring geeft?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je vois qu'il y a encore des collègues qui suivent la réunion, mais je crains de ne pas pouvoir répondre à beaucoup de questions après celle-ci.

Mevrouw de voorzitter, u vraagt of ik meen dat het nodig is om coronavaccins te hebben voor de allerjongsten. Het principe is nog steeds dat eerst een positief advies van het EMA wordt afgewacht. Bij het formuleren van dat advies weegt het EMA altijd de voor- en de nadelen van de vaccinatie voor een specifieke groep af. Vervolgens vragen wij dan advies aan de Hoge Gezondheidsraad. Het is op basis daarvan dat de ministers van Volksgezondheid een beslissing nemen.

U vraagt of ik overweeg, indien er een goedkeuring zou zijn, om dat specifieke vaccin voor de jongste kinderen aan te kopen en in welke hoeveelheid. Dat is echt nog niet aan de orde. Ik kan daarop dus nog niet antwoorden.

13.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal mijn repliek voor een volgende keer houden, dan kunnen de samengevoegde vragen van mijzelf en collega Prévot nog behandeld worden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het afval door covidvaccins" (55024836C)

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het beheer van het medische afval in het kader van de gezondheidscrisis" (55025152C)

14 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les

déchets produits par la vaccination contre le covid" (55024836C)

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La gestion des déchets médicaux dans le cadre de la crise sanitaire" (55025152C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) werden bij het toedienen van circa 8 miljard dosissen van COVID-vaccins aanzienlijke hoeveelheden afval geproduceerd. Het zou gaan om en bij de 144.000 ton bijkomend afval; dit zou o.a. bestaan uit gebruikte injectiespuiten, naalden en veiligheidsboxen. De 140 miljoen gebruikte testkits zorgen dan voor 731.000 liter chemisch afval. De WHO geeft aan dat het materiaal veilig kan gebruikt worden zonder een impact te hebben op de omgeving.

Mijn vragen voor de minister:

1. Is er geweten hoeveel ton afval er geproduceerd werd in België bij de verschillende vaccinaties? Welke bijzondere normen / afspraken werden hierbij gehanteerd?
2. Hoeveel hiervan valt onder gebruikte materialen en hoeveel hiervan zijn chemisch afval?
3. Hoeveel afval werd er geproduceerd bij de dosissen die aan het buitenland werden geschonken?
4. Wat gebeurde er met het afval dat in het buitenland werd geproduceerd door de vaccinaties? Welke afspraken werden er gemaakt?

14.02 Patrick Prévot (PS): Monsieur le Ministre, récemment, l'OMS a sorti un rapport interpellant concernant les dizaines de milliers de tonnes de déchets médicaux supplémentaires issus de la pandémie de coronavirus.

Pour exemple, plus de 140 millions de kits de tests génèrent 2 600 tonnes de déchets plastiques et 731 000 litres de déchets chimiques. Quant aux plus de huit milliards de doses de vaccins administrées, elles représentent 144 000 tonnes de déchets sous forme de seringues et aiguilles usagées.

Comme nous avons déjà parlé dans cette commission, la pandémie cause de nombreux dommages collatéraux, parfois invisibilisés par l'urgence sanitaire. Avec le rapport que je viens de citer, nous avons découvert une nouvelle victime indirectement touchée par la crise Covid: l'environnement.

Pour l'OMS, les pays n'accordent pas assez d'attention dans les soins de santé à une gestion sûre et durable des déchets médicaux. L'organisation propose de recourir à des emballages écologiques, à des équipements de protection réutilisables, à du matériel recyclable et à une limitation de l'incinération. L'OMS assure que cette meilleure gestion permettrait aussi d'économiser de l'argent.

Monsieur le Ministre, peut-on évaluer avec approximation la quantité de déchets médicaux générée en Belgique depuis le début de la crise sanitaire? Quelle est votre position concernant les propositions formulées par l'OMS pour réduire ces déchets? Quelle politique est mise en place dans notre pays dans ce cadre?

Je vous remercie pour vos réponses.

14.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, je dois avouer que j'ai une réponse vraiment décevante.

Les déchets médicaux étant une compétence des Régions, je ne peux m'exprimer sur le sujet. J'espère qu'il n'y a pas de malentendu mais ceci ne relève pas de ma compétence.

14.04 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, cette quantité de déchets médicaux générée en Belgique reste plus que jamais un souci. J'entends que ces compétences ne sont pas de votre ressort et ne manquerai pas de relayer cette préoccupation auprès de mes collègues des Régions et entités fédérées.

Néanmoins, j'aurais voulu connaître votre position par rapport aux propositions formulées par l'OMS pour réduire les déchets. J'essaierai d'obtenir une réponse via d'autres canaux.

14.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil er toch even op wijzen dat naast het aspect van het chemische afval, waarvoor de deelstaten een regeling hebben uitgewerkt – Vlaanderen heeft onder andere openbare aanbestedingen uitgeschreven voor de recyclage –, ook vaccinatiecentra en medische

praktijken een gigantische berg aan plastic genereren. Ik heb er zelf ervaring mee, zowel thuis in mijn apotheek als in het vaccinatiecentrum. Wij recyclen zo goed mogelijk uiteraard, maar ook dat zal een grote hoeveelheid afval zijn, waarmee rekening moet worden gehouden.

14.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is juist. Ik vind het twee interessante vragen, in alle eerlijkheid. Wat u zegt, is absoluut juist. Ik ben alleen een beetje voorzichtig met het geven van een antwoord in verband met kwesties die niet onder mijn bevoegdheid vallen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.26 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 26.