

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

13 décembre 2023

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'élaboration
d'un trajet de soins en matière de bariatrie**

Amendement

Voir:

Doc 55 **3314/ (2022/2023)**:

001: Proposition de résolution de Mme Claes et consorts.

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

13 december 2023

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de ontwikkeling
van een zorgtraject bariatrie**

Amendement

Zie:

Doc 55 **3314/ (2022/2023)**:

001: Voorstel van resolutie van mevrouw Claes c.s.

10928

N° 1 de Mme **Claes et consorts**

Remplacer les considérants et les demandes par ce qui suit:

“PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu la prévalence et l'augmentation systématique du surpoids et de l'obésité, tant dans notre pays qu'à l'échelle internationale;

B. vu la popularité croissante de la pharmacothérapie et considérant qu'elle nécessite un accompagnement multidisciplinaire pour parvenir à une solution durable pour le patient;

C. vu les risques sanitaires qui sont liés au surpoids et à l'obésité;

D. reconnaissant que les centres de traitement de l'obésité apportent une contribution précieuse, que les facteurs génétiques jouent un rôle important à cet égard et qu'une intervention chirurgicale est indiquée dans certains cas;

E. considérant qu'il conviendrait idéalement de (continuer à) veiller à la création et à l'optimisation de cliniques de l'obésité multidisciplinaires où divers parcours de soins pourraient être développés en complément du trajet de soins bariatriques;

F. constatant l'essor de la chirurgie métabolique et bariatrique au cours des dix dernières années;

G. vu le coût considérable lié à la chirurgie métabolique et bariatrique, tant pour la sécurité sociale que pour les patients;

H. vu les risques d'effets (secondaires) et de complications physiologiques et psychologiques, de problèmes métaboliques et nutritionnels, de modification de la pharmacocinétique, d'abus d'alcool et de médicaments, liés à la chirurgie métabolique et bariatrique;

Nr. 1 van mevrouw **Claes c.s.**

De consideransen en verzoeken vervangen als volgt:

“VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op de prevalentie en stelselmatige toename van zwaarlijvigheid en obesitas, zowel in ons land als op internationale schaal;

B. gelet op de toenemende populariteit van farmacotherapie die multidisciplinaire begeleiding vereist om zo tot een duurzame oplossing voor de patiënt te komen;

C. overwegende de gezondheidsrisico's die worden gelinkt aan zwaarlijvigheid en obesitas;

D. erkennende dat obesitascentra een waardevolle bijdrage leveren en dat genetische factoren een belangrijke rol spelen en een heelkundige ingreep in bepaalde gevallen aangewezen is;

E. overwegende dat er idealiter (verder) wordt gewerkt aan het oprichten en optimaliseren van multidisciplinaire obesitasklinieken waarbij verschillende zorgpaden in aanvulling op het zorgtraject bariatric kunnen worden ontwikkeld;

F. stelt de sterke groei vast aan metabole en bariatrische chirurgie gedurende de laatste 10 jaar;

G. gezien de aanzienlijke kosten die gepaard gaan met metabole en bariatrische chirurgie, zowel voor de sociale zekerheid als voor individuele patiënten;

H. gelet op de risico's op lichamelijke én psychologische (neven)effecten en complicaties, metabole en nutritionele problemen, gewijzigde farmacokinetiek en alcohol- en middelenmisbruik, gelinkt aan metabole en bariatrische chirurgie;

I. constatant le manque d'uniformité dans la pratique des soins et les volumes d'interventions bariatriques dans les hôpitaux belges, et le degré de qualité variable qui en résulte, ainsi que la nécessité d'empêcher le morcellement actuel de la chirurgie bariatrique et de garantir un accompagnement par une équipe multidisciplinaire disposant d'une expertise en chirurgie bariatrique;

J. vu le KCE Report 316Bs ainsi que les constatations et les recommandations qui y sont publiées;

K. vu le KCE Report 329Bs ainsi que les constatations et les recommandations qui y sont publiées;

L. vu les constatations de l'étude de la KU Leuven concernant la participation accrue au marché du travail des patients après une intervention (réussie) de chirurgie bariatrique;

M. soulignant que la présente proposition pourrait amorcer le développement d'une série d'initiatives complémentaires qui mettraient l'accent sur l'amélioration de l'accompagnement du patient avant, pendant et après l'intervention bariatrique.

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de financer les soins de chirurgie bariatrique au travers de conventions entre l'INAMI et certains établissements de soins, qui prévoient un forfait par centre bariatrique permettant de couvrir les éléments suivants:

1.1. les consultations des professionnels non médicaux (notamment un nombre minimal de consultations avec un psychologue et un diététicien);

1.2. la concertation multidisciplinaire;

1.3. les incitants pour les patients;

1.4. l'encodage des données dans le registre bariatrique;

1.5. les services du coordinateur;

I. stelt het gebrek aan uniformiteit vast in de zorgpraktijken en volumes inzake bariatrische ingrepen in de Belgische ziekenhuizen en de wisselende kwaliteit die daarvan het gevolg is, de nood om de huidige versnippering van bariatrische chirurgie te verminderen en om een begeleiding door een multidisciplinair team met expertise in bariatrische chirurgie te waarborgen;

J. gelet op het KCE Report 316As en de daarin gepubliceerde bevindingen en aanbevelingen;

K. gelet op het KCE Report 329As en de daarin gepubliceerde bevindingen en aanbevelingen;

L. gegeven de bevindingen van het onderzoek van de KU Leuven in verband met de verhoogde arbeidsparticipatie van patiënten na een (succesvolle) bariatrische ingreep;

M. benadrukt dat dit voorstel kan dienen als een begin voor de ontwikkeling van een reeks complementaire initiatieven die de focus leggen op het verbeteren van de begeleiding van de patiënt voor, tijdens en na een bariatrische ingreep.

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. de zorg omtrent bariatrische chirurgie te financieren met conventies tussen het RIZIV en bepaalde zorginstellingen, waarbij per bariatrisch centrum een forfaitair bedrag voorzien wordt waarmee volgende elementen gedekt kunnen worden:

1.1 de niet-medische raadplegingen met zorgverleners (waaronder een minimaal aantal raadplegingen met een psycholoog en diëtist);

1.2 het multidisciplinaire overleg;

1.3 incentives voor patiënten;

1.4 het ingeven van data voor het bariatrisch register;

1.5 de diensten van de coördinator;

2. de continuer à rembourser les interventions bariatriques, les consultations médicales de chirurgiens et les prestations de kinésithérapeutes à l'acte ou au moyen de forfaits prospectifs globaux pour les soins à faible variabilité, mais uniquement:

2.1. lorsqu'elles sont effectuées dans des centres avec lesquels une convention de chirurgie bariatrique a été conclue et;

2.2. lorsqu'elles sont effectuées par des chirurgiens ayant une expertise spécifique en chirurgie bariatrique ou des kinésithérapeutes ayant une expertise spécifique en prise en charge de l'obésité/bariatrie;

3. de limiter le système des conventions aux hôpitaux qui répondent à des critères déterminés, afin de pouvoir offrir un service correspondant à un certain label minimal de qualité, par exemple:

3.1 la disponibilité d'une équipe multidisciplinaire disposant d'une expertise spécialisée dans le domaine de la chirurgie bariatrique et de l'obésité, responsable de l'évaluation, de la sélection et des soins postopératoires des patients, étant entendu;

3.1.1 qu'un chirurgien bariatrique, un interniste/endocrinologue/gastro-entérologue et un psychologue/psychiatre, mais aussi un diététicien du centre de chirurgie bariatrique, rendent un avis (l'"équipe multidisciplinaire de base");

3.1.2. que l'équipe multidisciplinaire de base peut également faire appel à d'autres disciplines au sein de l'hôpital ou du réseau, comme un kinésithérapeute ayant une expérience de l'obésité/la chirurgie bariatrique, des médecins spécialisés dans les troubles psychologiques ou psychiatriques si l'équipe de base ne comprend pas de psychiatre (par exemple, troubles alimentaires, toxicomanie et dépendances), un gynécologue, un cardiologue, un pneumologue, etc.;

3.1.3. que la concertation multidisciplinaire destinée à poser l'indication de chirurgie bariatrique doit se faire en présence des professionnels concernés (éventuellement par vidéoconférence) et ce, pour chaque patient;

2. bariatrische ingrepen en medische raadplegingen van chirurgen en prestaties van kinesitherapeuten nog steeds per prestatie dan wel via globaal prospectieve bedragen voor laagvariabele zorg te vergoeden, doch enkel wanneer:

2.1 deze worden uitgevoerd in centra waarmee een conventie voor bariatrische chirurgie werd afgesloten; én

2.2 dit gebeurt door chirurgen met een specifieke expertise in bariatrische chirurgie of kinesitherapeuten met specifieke expertise in obesitas/bariatrie;

3. het systeem van de conventies te beperken tot ziekenhuizen die aan bepaalde criteria voldoen, opdat er een zeker minimaal kwaliteitslabel geboden kan worden onder andere:

3.1 de beschikbaarheid van een multidisciplinair team met gespecialiseerde expertise in bariatrische chirurgie en obesitas, verantwoordelijk voor de evaluatie, selectie en nazorg van patiënten;

3.1.1 naast een bariatrisch chirurg, een internist/endocrinoloog/gastro-enteroloog en een psycholoog/psychiater moet hierbij ook een diëtist van het bariatrisch centrum een advies uitbrengen (het "multidisciplinaire kernteam");

3.1.2 het multidisciplinaire kernteam moet daarnaast ook een beroep kunnen doen op andere disciplines binnen het ziekenhuis of het netwerk, zoals een kinesitherapeut met ervaring met obesitas/bariatrische chirurgie, artsen gespecialiseerd in psychiatrische en mentale aandoeningen indien geen psychiater deel uitmaakt van het kernteam (bijvoorbeeld eetstoornissen, middelenmisbruik en -verslavingen), in gynaecologie, cardiologie, pneumologie, enzovoort;

3.1.3 het multidisciplinair overleg tussen zorgverleners, waarin wordt beslist over een bariatrische operatie, dient face to face (eventueel via videoconferentie) gevoerd te worden voor elke patiënt;

3.2. l'obligation que tout patient consulte un médecin généraliste avant et après l'intervention (de préférence le médecin en charge du DMG). Ce médecin généraliste doit en outre être consulté, dans le cadre de la concertation multidisciplinaire susvisée, au sujet des antécédents du patient (par exemple, ses tentatives de perte de poids), de sa situation socioéconomique et de sa capacité à respecter les modalités du suivi postopératoire, sans que son avis (éventuellement écrit) ne soit contraignant;

3.3. l'obligation que le suivi soit assuré – toujours en collaboration avec les soins de première ligne – pendant au moins deux ans et jusqu'à cinq ans pour les patients qui nécessitent une approche plus intensive et/ou spécifique, y compris:

3.3.1. un suivi médical;

3.3.2. au moins quatre consultations chez un diététicien au cours de la première année et au moins deux consultations au cours des années suivantes;

3.3.3. au moins une consultation par an chez le psychologue/psychiatre; il conviendra également d'examiner si les patients concernés, par analogie avec les patients cardiaques, pourront composer eux-mêmes, dans le cadre prévu du trajet de soins bariatriques, leur liste de spécialistes à consulter en fonction des besoins concernés;

3.4. l'obligation que les centres bariatriques proposent à la première ligne des formations et des outils (électroniques) pratiques relatifs à la chirurgie bariatrique;

3.5. le respect de volumes-seuils d'au moins 100 opérations par an et par site hospitalier (en moyenne sur trois ans) et la disponibilité d'au moins deux chirurgiens qui réalisent chacun au moins 25 opérations par an (en moyenne sur trois ans), ces volumes devant être déterminés sur la base des interventions primaires. Le nombre de ré-interventions n'est pas comptabilisé dans le volume-seuil minimal, mais doit être suivi en tant qu'indicateur (pour le centre ayant effectué l'intervention primaire) à l'aide d'un registre national bariatrique;

3.2. elke patiënt moet voor en na de operatie een huisarts (bij voorkeur de GMD-houdend huisarts) raadplegen. Deze huisarts moet in het kader van voormeld multidisciplinair overleg bovendien te worden geraadpleegd over de voorgeschiedenis van de patiënt (bijvoorbeeld pogingen tot gewichtsverlies), zijn socio-economische situatie en zijn vermogen om de nazorg na te komen, zonder dat zijn (eventueel schriftelijk) advies hierbij bindend is;

3.3. de nazorg moet – steeds in samenwerking met de eerstelijnszorg – minstens gedurende twee jaar te worden aangeboden, en tot vijf jaar voor patiënten die een intensievere en/of specifieke benadering nodig hebben, inclusief:

3.3.1 medische follow-up,

3.3.2 minstens vier raadplegingen bij de diëtist tijdens het eerste jaar en minstens twee in de daaropvolgende jaren.

3.3.3 minstens één raadpleging per jaar bij de psycholoog/psychiater. Er moet tevens bekeken worden of de betrokken patiënten, naar analogie met cardiologische patiënten, binnen het voorziene kader van het bariatrisch zorgtraject zelf hun pakket van te consulteren specialisten en zorgverleners kunnen samenstellen naargelang de betrokken behoeften;

3.4. de bariatrische centra dienen opleidingen en praktische (elektronische) hulpmiddelen inzake bariatrische chirurgie aan te bieden aan de eerste lijn;

3.5. het behalen van volumedrempels van minstens 100 ingrepen per jaar per ziekenhuissite (gemiddeld over drie jaar), en de beschikbaarheid van minstens twee chirurgien die elk minstens 25 ingrepen per jaar uitvoeren (gemiddeld over drie jaar) en waarbij deze volumes moeten worden bepaald op basis van primaire ingrepen. Het aantal re-interventies wordt niet meegenomen in de minimale volumedrempel, maar moet als indicator (voor het centrum dat de primaire ingreep uitvoerde) gemonitord worden met behulp van een nationaal bariatrisch register;

3.6. la disponibilité d'un coordinateur qui organise la concertation multidisciplinaire, fait office de point de contact pour les patients, met en place des séances d'information, veille à la présence des patients à leurs rendez-vous de suivi et endosse la responsabilité du registre des interventions bariatriques (certaines tâches pouvant être déléguées à des collaborateurs administratifs);

3.7. la signature d'accords de collaboration fonctionnelle avec les structures de première ligne, les centres spécialisés dans le traitement conservateur de l'obésité et les centres effectuant des interventions plastiques ou reconstructives pour les patients bariatriques;

3.8. la disponibilité des trajets de soins locaux, qui se basent sur les interventions les plus importantes du trajet de soin national;

3.9. la mise en place, pour tout patient, des éléments suivants:

3.9.1. la consultation, au moins une fois avant l'intervention chirurgicale, du diététicien et du psychologue/psychiatre, en respectant un délai minimum de trois mois entre la première prise de contact avec un centre bariatrique et l'intervention chirurgicale proprement dite (sauf en cas de raisons médicales urgentes);

3.9.2. l'organisation d'une concertation multidisciplinaire au sujet de l'intervention bariatrique;

3.9.3. l'établissement d'un plan pour les phases pré- et postopératoires;

3.9.4. la consultation du médecin généraliste, de préférence le médecin en charge du DMG, qui est également invité à participer (éventuellement en visioconférence) à la concertation multidisciplinaire;

3.9.5. l'enregistrement dans le registre national obligatoire des interventions bariatriques;

4. l'élaboration, pour les médecins généralistes, d'une nomenclature afin de les rémunérer dûment pour le temps consacré aux concertations multidisciplinaires;

3.6. de de beschikbaarheid van een coördinator die het multidisciplinaire overleg organiseert, het aanspreekpunt voor patiënten is, informatiesessies organiseert, de aanwezigheid van patiënten op follow-up afspraken opvolgt en verantwoordelijk is voor het register voor bariatrische chirurgie (waarbij bepaalde taken gedelegeerd kunnen worden naar administratieve medewerkers);

3.7. het afsluiten van functionele samenwerkingsovereenkomsten met eerstelijnsstructuren, centra voor de conservatieve behandeling van obesitas en centra waar bariatrische patiënten een plastische ingreep en reconstructieve ingreep kunnen ondergaan;

3.8. de beschikbaarheid van lokale zorgpaden gebaseerd op de belangrijkste interventies van het nationale zorgpad;

3.9. het voorzien van de volgende faciliteiten voor elke patiënt:

3.9.1 ten minste één raadpleging voor de ingreep bij de diëtist en de psycholoog/psychiater waarbij een minimumduur van drie maanden moet gerespecteerd worden tussen het eerste contact met een bariatrisch centrum en de ingreep (tenzij er sprake is van een hoge medische nood);

3.9.2 het organiseren van een multidisciplinair bariatrisch overleg;

3.9.3 het opstellen van een plan voor de pre- en postoperatieve fase;

3.9.4 de raadpleging van de huisarts voor en na de ingreep, bij voorkeur de houder van het GMD, die ook wordt uitgenodigd voor het multidisciplinaire overleg (eventueel via videoconferentie);

3.9.5 een registratie in het verplichte nationale register voor bariatrische chirurgie;

4. voor huisartsen een nomenclatuurtafel uit te werken, teneinde hen correct te vergoeden voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg.

5. la mise en œuvre d'un registre obligatoire de chirurgie bariatrique national et uniformisé, bénéficiant du financement suffisant, dans lequel les données de tous les patients opérés ou non opérés sont collectées depuis leur première consultation jusqu'à un délai minimal de deux ans après l'opération (et, le cas échéant, de cinq ans, voire plus). Ce registre permettra de mesurer les indicateurs de qualité et de suivre leur évolution. En outre, il convient de prévoir qu'une organisation indépendante (nous songeons en particulier à Sciensano) veille à la mise en œuvre, à la gestion et au contrôle du registre, qui devra au minimum contenir des informations sur:

5.1. les données administratives du patient (par exemple date de naissance et sexe);

5.2. les résultats des bilans et des évaluations (par exemple la taille, le poids, les comorbidités et en particulier les informations sur les patients non retenus);

5.3. la procédure bariatrique suivie (par exemple la date, le type d'intervention et l'hôpital);

5.4. les données de suivi (par exemple les comorbidités, les complications, le poids, les résultats rapportés par le patient);

6. de mettre en place un groupe de pilotage, composé de représentants des autorités, des mutualités, de professionnels de santé (par l'intermédiaire de leurs organisations scientifiques et professionnelles), des patients, des hôpitaux et des organisations de première ligne afin de définir la forme de la convention, de soutenir son contenu et d'en assurer le suivi. La convention devra être évaluée dans les trois ans sur la base d'indicateurs de qualité au moyen du registre national uniformisé de chirurgie bariatrique. Ces indicateurs seront définis par le groupe de pilotage sur la base des propositions des organisations professionnelles concernées. En outre, une période transitoire (de trois ans maximum) est prévue pour que les hôpitaux et/ou les sites hospitaliers qui ne remplissent pas les conditions de la convention puissent conclure des accords à ce sujet dans le cadre des réseaux hospitaliers locorégionaux;

5. een verplicht nationaal uniform bariatrisch register met de noodzakelijke financiering te implementeren, waarin data moeten worden verzameld voor elke geopereerde en niet-geopereerde patiënt, vanaf het eerste contact tot minstens twee jaar (en in voorkomend geval vijf jaar of langer) na de operatie, en waarlangs kwaliteitsindicatoren kunnen worden gemeten en opgevolgd. Een onafhankelijke organisatie (met name wordt gedacht aan Sciensano) dient het register te implementeren, beheren en controleren. Het register dient minstens volgende gegevens te bevatten:

5.1 de patiëntkenmerken (bijvoorbeeld de geboortedatum en het geslacht);

5.2 de resultaten van screening en beoordeling (bijvoorbeeld de lengte, het gewicht, de comorbiditeiten en in het bijzonder de informatie over niet-weerhouden patiënten);

5.3 de bariatrische ingreep (bijvoorbeeld de datum, het type, het ziekenhuis);

5.4 de nazorg (bijvoorbeeld de comorbiditeiten, de complicaties, het gewicht, de door de patiënt gerapporteerde uitkomsten);

6. een stuurgroep aan te stellen met daarin vertegenwoordigers van overheidsinstanties, ziekenfondsen, zorgverleners (via de wetenschappelijke en beroepsorganisaties), patiënten, ziekenhuis- en eerstelijnsorganisaties, teneinde de conventie vorm te geven, te ondersteunen en op te volgen. De conventie dient binnen een periode van drie jaar geëvalueerd te worden op basis van de kwaliteitsindicatoren aan de hand van het nationaal uniform bariatrisch register, die door de stuurgroep worden bepaald op voorstel van de betrokken beroepsorganisaties. Hierbij moet een overgangsperiode (van maximum drie jaar) te worden voorzien, zodat ziekenhuizen en/of ziekenhuissites die niet aan deze conventievoorwaarden voldoen, hierover afspraken kunnen maken in het kader van de locoregionale ziekenhuisnetwerken;

7.

7. de veiller à ce que les organisations scientifiques et professionnelles associées au traitement de l'obésité dans le domaine de la chirurgie bariatrique rédigent, en collaboration avec les organisations de soins de première lignes et d'autres disciplines concernées, un document de consensus national ("itinéraire national de soins") précisant les interventions les plus importantes pour les soins pré- et postopératoires multidisciplinaires (médicaux, psychologiques, motivationnels, diététiques et nutritionnels, adaptation du mode de vie).

JUSTIFICATION

Il convient de traiter le problème de l'obésité au travers d'une approche multidisciplinaire. Outre le mode de vie, l'activité physique et la consommation de substances, les facteurs génétiques jouent également un rôle. L'utilisation de médicaments peut éventuellement être envisagée en complément de cette approche (en l'absence des résultats escomptés, en raison par exemple de facteurs génétiques). Les médicaments pour perdre du poids ne sont toutefois pas encore remboursés en Belgique. En 2023, les patients ont de plus en plus souvent recours à ce type de pharmacothérapie, notamment à l'utilisation de l'Ozempic, et nous indiquons dans la proposition de résolution qu'il convient d'en tenir compte. Ces médicaments ne peuvent toutefois apporter une solution durable au patient que si leur utilisation s'inscrit dans le cadre d'un accompagnement professionnel et multidisciplinaire. Or, ils sont trop souvent perçus comme une solution de facilité. Même sans prescription, les patients peuvent se procurer de nombreux produits amaigrissants dont l'efficacité reste à prouver et ce, sans bénéficier de la prise en charge éventuellement nécessaire.

7. binnen het domein van bariatrische chirurgie in samenwerking met organisaties binnen de eerste lijn en met andere beroepsverenigingen, een nationaal consensusdocument ("nationaal model zorgpad") op te laten stellen door de wetenschappelijke en beroepsorganisaties betrokken bij de behandeling van obesitas; met daarin een opsomming van de belangrijkste interventies voor de multidisciplinaire zorg (medische, psychologische, motivationele, dieet-en nutritionele aspecten, aanpassing levensstijl) voor en na de operatie."

VERANTWOORDING

Het obesitasprobleem dient te worden benaderd vanuit een multidisciplinaire invalshoek. Wij wijzen er op dat genetische factoren een rol spelen naast levensstijl, lichaamsbeweging en middelengebruik. Ter aanvulling van de aanpak (met name bij gebrek aan de gewenste resultaten bijvoorbeeld door genetische factoren) kan ook het gebruik van geneesmiddelen worden overwogen. Het is echter zo dat geneesmiddelen voor gewichtsverlies in ons land vooralsnog niet worden vergoed. Dergelijke farmacotherapie zoals onder andere het gebruik van Ozempic kent anno 2023 een sterke opmars waar wij in het voorstel van resolutie willen aangeven dat hiermee rekening moet worden gehouden. Echter: door te steunen op een professionele, multidisciplinaire begeleiding kunnen deze geneesmiddelen voor een duurzame oplossing voor de patiënt zorgen. Toch wensen wij te benadrukken dat deze geneesmiddelen meer dan eens de indruk wekken een gemakkelijksoplossing te zijn. Ook zonder voorschrift zijn er allerlei vermageringsproducten te verkrijgen waarvan de effectiviteit ter discussie staat en waar de eventuele nodige begeleiding ontbreekt.

Mieke Claes (N-VA)
 Frieda Gijbels (N-VA)
 Kathleen Depoorter (N-VA)
 Yngvild Ingels (N-VA)
 Björn Anseeuw (N-VA)
 Theo Francken (N-VA)
 Wim Van der Donckt (N-VA)