

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 1996-1997

22 april 1997

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, GEZONDHEID EN GEZIN

Interpellatie van de heer Guy Swennen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het beleid met betrekking tot de zelfmoordproblematiek

Commissie voor Welzijn, Gezondheid en Gezin

Dinsdag 22 april 1997

VOORZITTER : mevrouw Trees Merckx-Van Goey

– *De interpellatie wordt gehouden om 14.45 uur.*

Interpellatie van de heer Guy Swennen tot mevrouw Wivina Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het beleid met betrekking tot de zelfmoordproblematiek

De voorzitter : Aan de orde is de interpellatie van de heer Swennen tot mevrouw Demeester-De Meyer, Vlaams minister van Financiën, Begroting en Gezondheidsbeleid, over het beleid met betrekking tot de zelfmoordproblematiek.

De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dames en heren, een recent rapport tijdens de studiedag van de interuniversitaire Werkgroep Suïcideonderzoek Vlaanderen heeft aangetoond wat reeds eerder als een feit werd beschouwd, namelijk dat zelfmoord de belangrijkste doodsoorzaak blijft, dit vóór verkeersongevallen. Bovendien is er naast zelfmoord ook nog de problematiek van de geregistreerde zelfmoordpogingen. Hierbij blijkt dat een op drie mensen die zelfmoord plegen of een poging doen, al minstens een poging achter de rug hebben. Een markante vaststelling hierbij is dat een derde ervan tijdens de voorafgaande weken contact had met de huisarts. De meerderheid van de zelfmoordpogers wordt achteraf opgenomen in de intramurale psychiatrie. Betekenisvol is tot slot dat twee personen op honderd – wat naar onze mening vrij weinig is – de zelfmoordpreventietelefoon opbellen.

– *De heer Wilfried Aers treedt als voorzitter op.*

Ik ben even gaan grasduinen in wat cijfermateriaal. Hoewel cijfers nuttig en belangrijk zijn om de

omvang aan te geven, wil ik toch even opmerken dat ze niets zeggen over de betekenis en de achtergrond van suïcidaal gedrag, noch over hoe men ermee moet omgaan of de eventuele voorkoming ervan. Onder dat relativerend voorbehoud geef ik enkele cijfers. Deze dateren van enkele jaren geleden, omdat er blijkbaar geen recentere cijfers beschikbaar zijn.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik wil even een kleine opmerking maken. Naar ik meen heb ik u een document gestuurd waarin de meest recente cijfers terug te vinden zijn, net als een vrij uitvoerige beschrijving van alle problemen die u zult aanhalen. Ik was trouwens van plan om er straks naar te verwijzen. Ik zeg dit maar om misverstanden te vermijden. Ik weet dat het materiaal dat we ter beschikking stellen van het parlement, soms niet helemaal wordt gelezen, terwijl we wel al eens kritisch worden ondervraagd over wat we niet ter beschikking stellen. Naar verluidt zouden de gegevens u zelfs tweemaal zijn bezorgd. Gelieve me daarvoor te verontschuldigen : waarschijnlijk was één exemplaar afkomstig van de administratie en eentje van het kabinet.

De heer Guy Swennen : Ik heb net even geïnformeerd naar de precieze datum waarop we dat document zouden hebben ontvangen. Dat zou ongeveer veertien dagen geleden zijn geweest, in de paasvakantie. Ik ben echter op vakantie geweest : op het ogenblik waarop ik het cijfermateriaal heb verzameld, waren er alleen gegevens van 1990 beschikbaar. Wat ik hier wil zeggen, gaat echter niet over de exacte aantallen, maar over de trends waarop ze wijzen. Ik kan me niet voorstellen dat die trends zijn gewijzigd.

Het cijfermateriaal toont aan dat dit niet in eerste instantie een jongerenprobleem is. Toch duikt daar een probleem op, waarop ik straks zal terugkomen. Het grootste aantal zelfdodingen gebeurt nog steeds door bejaarden, hoewel zich de voorbije

Swennen

jaren een trend zou hebben afgetekend die erop wijst dat het fenomeen zich meer bij jongeren begint voor te doen. Volgens de cijfers waarover ik beschikte, zou dat betekenen dat zo'n 125.000 jongeren zelfmoord hebben overwogen, terwijl bijna 29.000 jongeren een zelfmoordpoging ondernomen. Dat is toch een verontrustend gegeven. Ik ben ervan overtuigd dat de meeste recente gegevens dit zeker niet zullen tegenspreken. Uit een aantal subjectieve indicatoren waarover we beschikken, blijkt zelfs dat deze trend zich juist nog sterker doorzet.

Ik wil het even hebben over preventie en het gebruikte preventiemodel, omdat mijn vragen daarop zullen zijn geënt. De gezondheidspreventie in het algemeen kan op basis van een tijdlijnindeling worden opgesplitst in drie luiken. Een tijdlijnindeling is een indeling op basis van het tijdstip binnen het proces waarop de actie van betrekking was. Op die manier wordt een onderscheid gemaakt tussen primaire, secundaire en tertiaire preventie. Het preventiemodel waarmee de comités die aan zelfmoordpreventie doen, meestal werken – en dat bleek ook op die studiedag – is dat van De Cauter. Dit model werd geformuleerd in 1991 en omvat drie dimensies.

Ten eerste is er de klassieke driedeling op basis van de tijdlijn die identiek is aan de zojuist door mij vernoemde opdeling : primair, secundair, tertiair.

Een tweede dimensie die daarmee een geheel vormt, wordt gevormd door de focus waarop men zich richt en het doelwit dat men kiest. Zo heeft men bijvoorbeeld het geval van een erkend suïcidaal iemand of een persoon die volgens het zelfdodingscijfer deel uitmaakt van een bepaalde risicogroep. De actie kan dan persoonsgericht zijn en zich op microniveau toespitsen op de persoon met zelfmoordneigingen, maar kan ook structuregericht zijn en inspelen op de omgeving, zoals gezin, vriendenkring, klas of groep. Dit laatste is het zogenaamde mesoniveau. De actie kan zich eveneens afspelen op het macroniveau, waarmee de bredere maatschappelijke structuren, zoals school, ziekenhuis en maatschappij, worden bedoeld.

Een derde dimensie is deze van het karakter van de actie. Dit karakter kan tweeledig zijn. Zo kan de actie defensief zijn : het zelfmoordgedrag wordt onmogelijk gemaakt. Een voorbeeld daarvan is het inperken van het wapenbezit. Maar de actie kan ook offensief zijn : oplossingsgedrag, zoals het

leren omgaan met emoties, wordt ontwikkeld of gepromoot.

Dit zijn de actieterreinen van een mogelijk preventiebeleid. Ik heb dit model niet gedebiteerd uit liefde voor enige wetenschappelijke belangstelling, maar wel omdat het zeer goed de mogelijke structuur van een preventiebeleid blootlegt. Mijn vragen baseren zich op dit model.

Wat is vandaag het globale beleid inzake zelfmoord, de belangrijkste doodsoorzaak in ons land ? In welke mate is dat aanwezig op de diverse potentiële actieterreinen aangegeven door het model ? In welke mate steunt het Vlaams gezondheidsbeleid daadwerkelijk op de noodzakelijke preventie die mogelijk is, bijvoorbeeld wanneer spoedopnamediensten van een ziekenhuis met een zelfmoordpoging worden geconfronteerd ? Hoe is de preventie hier georganiseerd ? Verder bestaan er projecten waarbij sommige centra voor geestelijke gezondheidszorg in samenwerking met de intramurale sector crisisinterventieafspraken tot stand hebben gebracht. Wat zijn de resultaten van deze projecten ? Is het niet zinvol om dergelijke projecten, die trouwens verder reiken dan de zelfmoordproblematiek op zich, op een duurzame wijze te veralgemenen over heel Vlaanderen en hiervoor in de nodige middelen te voorzien ?

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dames en heren, op 11 februari heb ik een schriftelijke vraag gesteld over dezelfde problematiek. De minister heeft daarop een antwoord gegeven, waarvoor mijn dank. Dit lijkt me echter de gelegenheid om nog een aantal bijkomende vragen te stellen.

In uw antwoord bevestigt u dat zelfmoord inderdaad een belangrijk gezondheidsprobleem is en dat het zowel bij mannen als vrouwen tussen 15 en 64 jaar de tweede doodsoorzaak is. Ik wil dat even nuanceren. Als we de leeftijdscategorieën versmalen, namelijk van 25 tot 44 jaar, dan is het zowel voor mannen als voor vrouwen de belangrijkste doodsoorzaak.

Naar mijn aanvoelen bleek uit uw antwoord voornamelijk dat u van plan bent om allerlei dingen te ondernemen. Er zijn al een aantal onderzoeken bezig, en er werden ook al een aantal conclusies getrokken, maar de echte beleidsacties moeten in feite nog worden ondernomen. U citeerde de Vlaamse Vereniging voor Suïcidologie wanneer

Van Den Heuvel

deze verklaarde dat de klemtoon vooral moet worden gelegd op kinderen en jongeren. Verder moet er volgens hen informatie worden verstrekt aan hulpverleners en moet er dus vorming worden georganiseerd, ook voor nabestaanden en scholen. Graag had ik van u vernomen in welke mate de conclusies, gekoppeld aan een aantal aandachtspunten die in dit rapport naar voren werden gebracht, reeds in de praktijk werden opgezet.

Verder verklaarde u in uw antwoord in de toekomst werk te willen maken van de preventieve rol van huisartsen. Wanneer we er het boek waarvan sprake op nalezen, dan wordt daarin verklaard dat huisartsen in deze materie een belangrijke rol moeten spelen. Deze rol spelen ze nu reeds bij het vastleggen en het doorspelen van de juiste cijfergegevens. Tegelijk lezen we echter dat het aantal zelfmoorden dat door huisartsen werd geregistreerd – inclusief deze die hen later werden doorgegeven zonder dat ze aanwezig waren – lager ligt dan de beschikbare gegevens. Men kan dus besluiten dat het contact tussen de huisarts en de persoon die zelfmoord pleegt, niet steeds vanzelfsprekend is. Men moet er derhalve van uitgaan dat de persoon die zelfmoord heeft gepleegd of daartoe een poging heeft ondernomen, gedurende de laatste periode vóór dat feit niet meer in contact stond met een huisarts. Hoe ziet u dan de preventieve rol van de huisarts? Hoe verbinden we de beide gegevens? Ik weet wel dat de preventieve rol van de huisarts niet alleen in het rechtstreeks contact met de patiënt kan worden uitgeoefend, maar er bestaat toch een zekere discrepantie tussen het resultaat uit de gezondheidsindicatoren en uw wens om die preventieve rol van de huisarts in de toekomst te optimaliseren.

Tenslotte verklaarde u in uw antwoord dat preventieve geestelijke gezondheidszorg niet los kan worden gezien van andere beïnvloedende domeinen. Dat lijkt me uiteraard correct: er zijn inderdaad verschillende risicofactoren. Nu lees ik in de Gezondheidsindicatoren 1995 dat een Britse studie reeds verbanden zou hebben aangetoond met de sociale klasse waartoe men behoort. Er zou ook een zeer duidelijk verband bestaan met de ongunstige sociaal-economische omstandigheden – en dan heb ik het voornamelijk over werkloosheid – waarin mensen zich bevinden. We moeten echter vaststellen dat hierover in Vlaanderen en België nog geen onderzoek heeft plaatsgevonden. Ik pleit er dus voor om hiervoor middelen ter beschikking te stellen, of alleszins initiatieven te nemen om ook dat onderzoek te verrichten. Verder kan ik me

voorstellen dat ook rond zelfmoordpreventie en alles wat daarmee samenhangt samen met de andere ministers een horizontaal beleid kan worden gevoerd. Dit zou vooral zo zijn, wanneer we vaststellen dat ook in Vlaanderen – en ik veronderstel dat dit het geval is – werkloosheid en dergelijke determinerende factoren zijn. Voert u een horizontaal beleid om aan zelfmoordpreventie te doen? Dit is immers een heel belangrijke te voorkomen doodsoorzaak.

De voorzitter : De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx : Mevrouw de minister, als we aan zelfmoordpreventie willen doen, moeten we natuurlijk inzicht hebben in, of tenminste een idee hebben van de doodsoorzaken.

Mevrouw Van Den Heuvel heeft zonet een aantal mogelijkheden opgesomd, waar ik persoonlijk een aantal vraagtekens bijzet. Men kan natuurlijk een aantal gissingen doen en een aantal zaken naar voren schuiven, maar mijns inziens moeten we over vrij gedetailleerde cijfers over een heel lange periode beschikken om echt inzicht te krijgen in de oorzaken van zelfmoord. Beschikken we over dergelijke cijfers en tot wanneer gaan die terug?

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, ik zal het kort houden. Ik wil enkel de noodzaak aan jeugdpreventie benadrukken.

U weet evengoed als ik dat er een enorm tekort is aan jeugdpsychiaters, jeugdpsychologen en mensen die dit probleem op een deskundige manier kunnen aanpakken. In de scholen moeten de signalen worden opgevangen. Voor de preventie is het dus heel belangrijk dat de scholen de signalen kennen en kunnen detecteren. Daarnaast is ook de opvang in de scholen zelf belangrijk. De kinder- en jeugdpsychiaters hebben het gewoon veel te druk. Er is maar één oplossing om adequaat en efficiënt te kunnen optreden: deze mensen moeten zelf contact kunnen opnemen met de scholen en er aanwezig zijn als er zich een geval voordoet.

Er is dus een probleem op het vlak van het beleid. Ik zeg niet dat dat uw probleem is en dat u dat kunt oplossen. Als er ergens een prioriteit moet worden gesteld, is het wel in de jeugd- en kinderpsychiatrie.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Mevrouw de voorzitter, collega's, ik zal proberen in te gaan op de verschillende elementen die aan bod zijn gekomen.

Laten we wel nog eens even kijken welke elementen aanleiding hebben geven tot deze interpellatie. Onze cijfers – dit is ook een antwoord op uw vraag, mijnheer Strackx – lopen over drie jaar. Ze gaan terug tot de gezondheidsindicatoren van 1993, 1994 en 1995. We kunnen aan de hand van deze cijfers nog maar een korte evolutie vaststellen. We zullen dit dus verderzetten, maar ik kan niet verder teruggaan in de tijd. We zijn er onmiddellijk mee gestart en u krijgt wellicht op het einde van het jaar ook de cijfers voor 1996.

Zelfmoord is een belangrijke doodsoorzaak. Zoals mevrouw Van Den Heuvel zonet heeft gezegd, is het in de groep van 25 tot 44 jaar zowel bij mannen als bij vrouwen de belangrijkste doodsoorzaak. We moeten ook benadrukken dat dit niet betekent dat zelfmoord op oudere leeftijd afneemt. Integendeel, de hoogste leeftijdsspecifieke sterftcijfers per 100.000 inwoners treft men bij mannen aan in de oudste leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder. In 1995 was dat 65,8. In verhouding sterven er natuurlijk meer mensen op die leeftijd. Ook op jongere leeftijd komt zelfmoord frequent voor. In 1995 werden in Vlaanderen zelfs zes zelfmoorden geregistreerd bij kinderen jonger dan 15 jaar.

Zoals u zelf zegt, is het belangrijk om hier een oplossing voor te vinden. Ik zal zeggen wat we eraan doen. Zelfmoord is een enorm complex probleem. Ik geef dat graag toe. Men heeft me gevraagd welke projecten ik zal opstarten. Aan de hand van de eerste cijfers zijn we aan het onderzoeken wat we er concreet aan kunnen doen. Het is echter niet zo eenvoudig. Onderzoeken bevestigen wat mevrouw Van Den Heuvel zegt. Mijnheer Strackx, u twijfelt daar natuurlijk aan, maar ik kan me alleen maar baseren op de risicofactoren die uit de onderzoeken naar voren komen.

Uit de onderzoeken blijkt namelijk dat de scheiding of het verlies van dierbaren – heel merkwaardig – soms een heel belangrijk element is. Voor sommige mensen zijn werkloosheid en financiële problemen een aanleiding. Dit is niet enkel het geval in de lagere sociale klassen, ook in andere klassen, waar op het eerste zicht geen financiële problemen zijn, kan een financieel probleem toch aanleiding geven tot zelfmoord. Ernstige somatische problemen, alcohol- en drugsverslaving, persoonlijkheidsstoornissen, psychiatrische opname en

vroegere zelfmoordpogingen kunnen ook een oorzaak zijn.

Deze laatste oorzaak is natuurlijk wel speciaal : er gaat een eerste zelfmoordpoging aan vooraf die is ontstaan omwille van andere factoren die ik al heb opgesomd. Er is in dit geval natuurlijk een verhoogd risico op zelfmoord. Bij jongeren zouden ongunstige sociale omstandigheden, spanningen in de huiselijke kring, vrees voor straf en beroeps- of huwelijksmoeilijkheden een grotere invloed hebben dan bij oudere leeftijdsgroepen.

Voor sommige onderzoeken hebben we zelf de opdracht gegeven. Uit de evolutiegegevens blijkt het belang van de burgerlijke staat van de overledene : in de periode 1993-1995 is zelfmoord bij niet-gehuwde mannen uit de leeftijdsgroep van 45 tot 64 jaar beduidend verhoogd. Bij vrouwen is dit het geval bij gescheiden vrouwen van 25 tot 64 jaar. Men vindt dit voor de eerste keer terug in de gezondheidsindicatoren van 1995.

De heer Guy Swennen : Bedoelt u met niet-gehuwde mannen, mannen die geen relatie hebben ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat durf ik niet beweren. Ik denk dat we dat niet kunnen opmaken uit de cijfers. We kunnen enkel het verschil tussen gehuwden en niet-gehuwden nagaan. We kunnen de factor samenwonen niet onderzoeken, want we vertrekken van de notificaties van de sterftcijfers.

De heer Guy Swennen : Nu begrijp ik het. Ik dacht dat men met niet-gehuwd verwees naar het gegeven van de eenzaamheid, maar het gaat dus louter om de categorie van de burgerlijke stand.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Bij vrouwen gaat het bijvoorbeeld over gescheiden vrouwen. Ik denk dat de betekenis van wat er staat effectief de betekenis is. Er moet niet worden gezocht of we nu spreken over gehuwd of niet-gehuwd en samenwonend of niet-samenwonend.

We zijn er ons van bewust dat het een zeer ernstig probleem is. Vanuit die optiek probeer ik een preventief beleid te voeren. De veelheid aan factoren die een mogelijke invloed kunnen uitoefenen op het plegen van zelfmoord of op een zelfmoordpoging, maakt het niet gemakkelijk om een afgeijnde risicogroep aan te duiden waarop de preventieve acties moeten worden toegespitst. Mijnheer Swennen, u haalt het door ons ontwikkelde model aan van de hele grote groep – degenen die een zelfmoordpoging plegen -, tot de meer specifieke

Demeester-De Meyer

groep – degenen die zelfmoord plegen. U zou hierover de beleidsbrief Gezondheidszorg eens opnieuw moeten raadplegen, want het preventie-model dat we hebben ontwikkeld, staat daarin zoals u het heeft geschetst. We proberen onze preventieve acties inderdaad op dat model toe te spitsen.

Ik kies dus niet onmiddellijk voor een doelgroepenbeleid, maar wel voor een preventiebeleid dat vertrekt van de bestaande voorzieningen zoals de samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de huisartsen – daarover zal ik het straks nog hebben – en de ondersteuning van bestaande organisaties en werkingen. Op die manier kan de problematiek tijdig worden onderkend en kan er adequaat worden doorverwezen.

Met de oorzaken op het vlak van de basisvoorzieningen kom ik tot het onderwijs, de tewerkstelling en huisvesting. Dikwijls liggen sociale problemen en huisvestingsproblemen immers aan de basis. Aan de hand van deze gegevens proberen we te weten te komen hoe we het beleid kunnen verbeteren. Mevrouw Van Den Heuvel, op uw vraag of we een horizontaal beleid voeren, antwoord ik : in de mate van het mogelijke wel. Als we beslissen om meer aandacht te besteden aan het huisvestingsbeleid, dan is dat om verschillende redenen. Op het vlak van de sociale achterstand in het algemeen kan er immers nog veel worden gedaan aan het huisvestingsbeleid. Wellicht komen we zo ook tegemoet aan een aantal van de gestelde problemen.

In de toekomst wil ik werk maken van de preventieve rol van de huisarts. U heeft terecht gewezen naar wat er in de gezondheidsindicatoren staat : ongeveer 60 percent van de zelfmoordplegers zag een maand voordien zijn huisarts nog, maar niet meer tijdens de laatste maand. Voor de uitbouw van de preventieve rol van de huisarts, waar we volop aan het werken zijn, moeten we ons dus toespitsen op zijn heel belangrijke taak, niet alleen als begeleider maar ook als toeverlaat, zoals ik het wel eens durf te noemen. Mensen zouden namelijk contact moeten opnemen met hun huisarts op het ogenblik dat de neiging tot zelfmoord of tot een zelfmoordpoging zich voordoet.

We voeren ook onderhandelingen met de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Gisterenmiddag hebben we nog een uitvoerig gesprek gevoerd. Die mensen vragen ons aan te geven met betrekking tot welke problemen ze een directe respons moe-

ten kunnen geven. Het voorbeeld van zelfmoord is daarbij aan bod gekomen. Ik ben van oordeel dat de eerste respons altijd tijdens de eerste week moet plaatsvinden. Dit zal ook tijdens onze verdere contacten en tijdens de uitbouw van onze samenwerking met de centra voor geestelijke gezondheidszorg aan bod komen.

Als men vaststelt dat het probleem niet van die aard is dat er onmiddellijke begeleiding nodig is, heeft men een beetje tijd om het programma te starten, maar meestal moet er een vrij snelle respons komen als iemand een signaal geeft. Men moet kunnen inspelen op de oorzaken van een zelfmoordpoging en duidelijk weten waar het probleem ligt.

Ik kan ook inpikken op wat u hebt aangehaald. Naar aanleiding van de goedkeuring van een programma inzake de kinderproblematiek, zullen we ons vooral toespitsen op de uitbouw van de kinderequipes in de centra voor geestelijke gezondheidszorg. We zullen u ten gepaste tijde – zeker nog voor de vakantie – op de hoogte brengen van dit plan. U hebt er terecht op gewezen dat het de vraag zal zijn of er voldoende jeugdpsychologen, jeugdconsulenten en jeugdpsychiaters zijn. Ik kan dat probleem niet oplossen. Wat doen we dan eigenlijk inzake noodzakelijke preventie ? Een overkoepelend beleid is in deze materie niet zo vanzelfsprekend. We proberen terzake op de feiten in te spelen. De situatie verschilt immers naargelang een ziekenhuis al dan niet over een psychiatrische afdeling beschikt. Als we het hele terrein in beschouwing nemen, dan blijkt het gemakkelijker om direct te begeleiden, ook voor een ziekenhuis, als er een PAAZ voorhanden is, een afdeling psychiatrie dus. Traditioneel wordt het beleid op de dienst spoedgevallen van een algemeen ziekenhuis bepaald. Ook in de nieuwe ontwerpnormen over de spoedgevallendiensten en de daarmee verbonden functies, wordt daar weinig aandacht aan besteed. Meer dan in die zin onze bekommernis uiteten, kunnen we niet echt doen, aangezien dit niet binnen onze bevoegdheden ligt.

We kunnen ook aanstippen dat er een onderzoek loopt over de behandelingsstrategie voor patiënten die worden opgenomen in de spoedgevallendiensten. We proberen tevens overleg te organiseren via de psychiatrische overlegplatforms, maar ook dat is niet eenvoudig, want het gaat om een bevoegdheid die tegelijk een federale component heeft – psychiatrische afdelingen en ziekenhuizen – en een Vlaamse – de centra voor geestelijke gezondheidszorg.

Demeester-De Meyer

Mijnheer Swennen, een laatste vraag handelde over de crisisinterventieafspraken. In de voorbije jaren zijn inderdaad een aantal crisisinterventienetwerken tot stand gekomen, waarin vooral de centra voor geestelijke gezondheidszorg en intramurale diensten hebben geparticipeerd. Dat is het geval voor Antwerpen – een vrij goed netwerk overigens – , Brugge, Dendermonde, Mechelen, Gent en Brussel. Het uitgangspunt was dat er voor crisisinterventie geen nieuwe of aparte voorzieningen nodig waren, maar dat er moest worden gewerkt aan een netwerk van bestaande diensten, bemand via een beurtrol en met een centraal aanmeldingsnummer. In die zin vragen wij nu aan de centra voor geestelijke gezondheidszorg om zich te concentreren om zo heel snel op oproepen te reageren, van zowel volwassenen als jongeren. Bovendien werd het duidelijk dat men vooral bij psychosociale crisissituaties en niet zozeer bij ernstige psychiatrische problemen een beroep op deze vorm van dienstverlening doet. In het kader van de zelfmoordpreventie is het zeer moeilijk te meten in hoeverre deze diensten daadwerkelijk een rol hebben gespeeld. Misschien kunnen we in de toekomst gemakkelijker meten of ze een betere rol kunnen opnemen, als ze vanaf nu proberen snel in te spelen op de situaties.

Ik verwees ook naar de MST- en PMS-centra, maar ook daar zal alles afhangen van het inzicht in deze problematiek en of het aantal mensen dat ermee bezig is, volstaat om die begeleiding op zich te nemen. Wij proberen daar via de beschikbare kanalen zo actief mogelijk op in te spelen. Toch geef ik toe dat deze problematiek bijzonder moeilijk ligt, want men moet eerst optreden en dan ook nog inzicht verwerven. Hoe graag we terzake ook iets willen verhelpen, toch stellen we vast dat het sterftecijfer met die oorzaak zeer hoog ligt. Voor Brussel en Wallonië loopt dat nog meer op. We hopen dat we door de programma's van de centra voor geestelijke gezondheidszorg en – op termijn – van de artsen goed te tunen, misschien sneller kunnen ingrijpen. Mijns inziens is het vooral belangrijk de rol van zogenaamde toeverlaat op te nemen op het ogenblik dat we het eerste signaal krijgen. We missen eigenlijk voor een stuk de pastoors van weleer, die niet zelden hulp boden als in een familie dergelijke problemen zich voordeden. Eigenlijk moet nu de huisarts die rol enigszins overnemen.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, misschien verwacht u deze uitspraak niet van mij, maar naar mijn mening mist men niet lou-

ter de pastoors, maar vooral het geloof. Weet u overigens iets van modellen in het buitenland die betrekking hebben op programma's inzake zelfmoord ?

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Ik heb er alvast geen weet van. Er is niets uit de bus gekomen bij voorafgaand onderzoek. Momenteel loopt er een onderzoek voor jongeren in samenwerking met de universiteit van Gent. Het is goed om gegevens te verzamelen, zoals in dat verband gebeurt, maar het blijven louter gegevens en dat is een erg beperkte basis. De overheid moet niet laten uitschijnen dat ze meer aankan dan daadwerkelijk het geval is. Het gaat niet op dit te typeren als een materie waarin de overheid zomaar met oplossingen en initiatieven voor de dag kan komen. Ik denk wel dat voor ons een rol is weggelegd via de centra voor geestelijke gezondheidszorg, als deze sneller kunnen inspelen op de vraag en als de band tussen huisarts en patiënt sterker wordt. Een vertrouwensrelatie met de huisarts, daar geloof ik rotsvast in, maar dat impliceert ook dat de arts zelf zijn vorming terzake op een andere manier zal moeten krijgen.

De voorzitter : De heer Swennen heeft het woord.

De heer Guy Swennen : Mevrouw de minister, u zult me niet horen zeggen dat we het geloof missen, maar het is wel zo dat pastoors inderdaad een sociale functie bekleedden in een maatschappij die werd gedragen door een sociaal weefsel. In de Werkgroep ad hoc voor Armoede en Sociale Uitsluiting hebben we het er al over gehad, maar ik zou het anders willen formuleren : we leven in wat men noemt de post-seculiere samenleving, waarbij de mens voor de enorme verantwoordelijkheid wordt geplaatst om de zingeving van zijn eigen bestaan te spelen. Dat is de kern van de zaak en dát, samen met een aantal economische vereenzamingfactoren, lijkt me een gegronde verklaring voor de groeiende onzekerheid waarin de mensen nu vertoeven. De rol van pastoors werd destijds gedragen door de organisatie van een samenleving die een heel ander draagvlak kende. Ik doe niets af van de belangrijke inbreng van pastoors in die zin, maar ze hebben op andere vlakken ook minder nobele rollen gespeeld.

U zegt dat we geen doelgroepenbeleid voeren, maar wel een beleid vanuit bestaande voorzieningen. Een van de facetten van het model dat ook u lijkt te volgen in uw beleidsbrief, is duidelijk de nood aan een dergelijk doelgroepenbeleid. U gaat ervan uit dat het zeer moeilijk is de doelgroepen af te bakenen. Dat is niet zo, maar wel is het doel-

Swennen

groepenveld zeer breed. Als we het lijstje van oorzaken even overlopen, dan zien we bijvoorbeeld dat scheiding en verlies in landelijke gebieden bij één op drie gevallen de oorzaak vormt en in stedelijke omgevingen bij één op twee. Dat is dus een duidelijke doelgroep, maar tevens een moeilijk bereikbare vanwege zijn uitgebreidheid. Dat begrijp ik. Kunnen algemene campagnes in die zin niet helpen? Of bereiken deze hun doelgroep niet omdat ze niet echt gericht kunnen doordringen ten gevolge van de omvang ervan? Is dat de reden waarom er niet meer algemene campagnes worden opgezet?

Een tijdje geleden liep er een soort van regionaal pilootproject in Sint-Niklaas, waarbij een regionale suïcidaliteitsnota werd opgesteld. De conclusie was de volgende. Ik citeer: bij het opsommen van alle bestaande instanties – hulpverleningsdiensten, PMS, MST, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, CLG, CBJ, JAC, CPS, zelfhulpgroepen, enzovoort – blijkt dat de crisisinterventie voornamelijk medisch georiënteerd is en dat er op therapeutisch vlak geen enkele dienst zich heeft gespecialiseerd in de opvang van suïcidale jongeren. Tot zover het uittreksel uit die nota, maar dat geldt dan wel voor die regio. Is die regel significant voor die regio of mogen we dit extrapoleren naar heel Vlaanderen?

Minister Wivina Demeester-De Meyer: Ik moet toegeven dat het heel moeilijk is een degelijk doelgroepenbeleid te voeren. Bij aidspreventie ligt dat bijvoorbeeld anders. Daar weet men welke de risicodragers zijn en kan men zich daarop toespitsen, nadat men algemene informatie heeft verstrekt over het probleem. Dat varieert enigszins. Bij een koppeling van een ander zeer concreet probleem – drugs en aids – is het niet zo moeilijk om een duidelijk te omschrijven groep af te bakken. U hebt evenwel zelf aangehaald waarom het zo moeilijk is dat hier te doen: enerzijds is de doelgroep breed, maar anderzijds ook weer beperkt. In relatieve cijfers gaat het immers niet om zo een hoge aantallen. Een algemene campagne zou niet alleen niet goed zijn, maar evenmin ethisch verantwoord: het gaat om een bevolking van ongeveer zes miljoen mensen die verontrust worden door een campagne gericht tot een uiterst beperkte groep.

Het regionale project dat u aanstipt, roept bij u de vraag op waarom men dan niet in alle regio's over voldoende duidelijk omliggende vormen van voorzieningen beschikt. In Vlaanderen worden we in dit verband met een zowel boeiend als complex gegeven geconfronteerd. Over welke diensten en voor-

zoningen die op deze problematiek deels of integraal kunnen inspelen, beschikken we eigenlijk? De polyvalente centra in het algemeen welzijnswerk, de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de PAAZ-diensten, de psychiatrische afdelingen zelf: geen van deze diensten is regionaal verdeeld of gesitueerd volgens exacte cijfers. Bovendien zijn hun taken onvoldoende afgebakend – iets wat we onmiskenbaar moeten doen. Dit alles leidt ertoe dat in sommige regio's met meer polyvalente centra, die centra meer taken opnemen in eerste en tweedelijnszorg dan in andere regio's, waar er bijvoorbeeld meer centra voor geestelijke gezondheidszorg gesitueerd zijn. Deze spitsen zich dan weer eerder toe op eerstelijnszorg dan op tweedelijnszorg. Zo zal in gebieden waar zich meer psychiatrische afdelingen bevinden, de tweedelijnszorg voorrang genieten.

Het is dus een complex gegeven. Mochten we een tabula rasa kunnen verwezenlijken voor dit pakket aan diensten – wat onmogelijk is – dan zouden we dit geheel opnieuw kunnen structureren en zouden we veel meer kunnen inspelen op de directe noden. Nu werken we in het algemeen veelal te aanbodgericht en te weinig vraaggericht. Voor iemand die een punt wil maken van de problematiek van de zelfmoordpreventie, zou het veel eenvoudiger zijn met alle regio's te werken, rekening houdend met alle diensten die dan in gelijke mate voorhanden zijn. Gisteren hebben we het nog vastgesteld: waar meer polyvalente centra zijn, gebeurt voor één derde eerstelijnszorg, en voor twee derde tweedelijnszorg. Waar er meer centra voor geestelijke gezondheidszorg zijn dan polyvalente centra, haalt de eerstelijnszorg dan weer twee derde van het totaal en de tweedelijnszorg maar één derde. In de psychiatrische afdelingen wordt dan door de psychiaters hoofdzakelijk aan tweedelijnszorg gedaan, terwijl dit eigenlijk een ambulante dienstverlening zou moeten zijn waarop men niet zou mogen inpikken. Daarover hebben wij evenwel geen bevoegdheid.

Veel heeft dus te maken met de wijze waarop onze voorzieningen zijn gegroeid. Onze voorzieningen, en dat is typisch Vlaams, zijn enerzijds gegroeid vanuit overheidsinitiatief en anderzijds vanuit privé-initiatief.

De voorzitter: De heer Strackx heeft het woord.

De heer Felix Strackx: We moeten voorzichtig zijn met zelfmoordpreventie in de zin van campagnes en dergelijke. Ik kan het niet bewijzen, maar ik vrees dat hoe meer men erover spreekt, hoe meer men zelfmoord stimuleert. Ik zou bijvoorbeeld wil-

Strackx

len weten welke invloed een film op televisie waarin iemand zelfmoord pleegt, heeft op het zelfmoordcijfer de volgende dagen. Ik denk dat zo'n film drempeloverschrijdend kan werken voor mensen met zelfmoordideeën. Dat is evenwel slechts een vermoeden.

Uw beleid zal waarschijnlijk een aantal mensen ervan weerhouden de ultieme daad te stellen. Aan de eigenlijke zelfmoord gaat een heel proces vooraf, soms jarenlang. Daarom wil ik u vragen of u niets maatschappelijks kunt ondernemen. Ik denk bijvoorbeeld aan echtscheiding. Echtscheiding werd hier, in deze commissie, toch naar voren gebracht als oorzaak van allerlei problemen. Ik blijf pleiten voor een breed maatschappelijk debat over de zaken die mislopen in onze samenleving.

U hebt het MST en de PMS-centra aangehaald. Een deel van de zelfmoorden bij jonge mensen is te verklaren door het onrealistische verwachtingspatroon van hun ouders. Sommige ouders kunnen niet aanvaarden dat hun kind geen advocaat of dokter wordt. Als ik zie hoe veeleisend sommige ouders optreden ten aanzien van hun jonge kinderen, vraag ik me af of dat niet moet worden gerangschikt onder kindermishandeling. Ik hoor soms over kinderen van zeven, acht jaar vertellen dat ze Romaanse Filologie zullen studeren. Hoe is dat mogelijk? Dat is een maatschappelijk fenomeen waar we als beleidsverantwoordelijken iets moeten aan doen. Ik wil u vragen eerder in te grijpen, in de plaats van preventiecampagnes te voeren die gericht zijn tegen die laatste stap.

De voorzitter : Mevrouw Van Den Heuvel heeft het woord.

Mevrouw Ria Van Den Heuvel : Mijnheer de voorzitter, mijn vraag werd ondertussen beantwoord.

De voorzitter : Mevrouw Maes heeft het woord.

Mevrouw Nelly Maes : Mijnheer de voorzitter, nu ik toch het genoegen heb aanwezig te zijn in deze commissie zou ik enkele bedenkingen willen maken omtrent dit uiterst boeiende onderwerp. Wanneer we het hebben over oorzaken en aanleidingen moeten we natuurlijk oppassen. Ik denk dat films nooit een oorzaak zijn maar wel een aanleiding kunnen vormen. Ze kunnen bijvoorbeeld een middel suggereren.

Ik wil het echter over de oorzaken hebben. Onlangs brachten we een bezoek aan Betaniënhuis

in Zoersel, een kliniek waar moeders die kampen met postnatale depressies met hun baby's worden opgevangen en die de minister ongetwijfeld uitstekend kent. Dit zijn natuurlijk de ergste gevallen; daar bestaan wachtlijsten voor. Als ik daar dan echter verneem dat 10 tot 15 percent van alle vrouwen af te rekenen hebben met een postnatale depressie, dan vraag ik me af hoe die allemaal worden opgevangen. Ik herinner u aan het schrijnende geval van een moeder die haar kindje had vermoord en dus als een moordenares door het hof van Assisen werd gestraft. Ik ben ervan overtuigd dat die vrouw zwaar depressief was en dat ze nooit is opgevangen. Ik stel me dus de vraag of we wel beseffen wat de gevolgen zijn van alle dingen die we doen. Ik kan de heer Strackx bijtreden wanneer deze zich afvraagt of er terzake niet vroeger moet worden ingegrepen. Het gaat niet op te wachten tot mensen het niet meer zien zitten – en daarvoor zijn vele oorzaken op te sommen – en op dat ogenblik kiezen voor zelfmoord of een zelfmoordpoging. Ik vind dat onze medische wereld soms zo lichtzinnig omspringt met dit gegeven. Zo worden vrouwen bij een vruchtbaarheidsbehandeling, bijvoorbeeld, volgepropt met hormonen. Als dat fout loopt, dan gaan ze naar huis en moeten ze zich zelf maar zien te redden uit hun puinhoop. Heeft men al eens nagedacht over de rouwprocessen die daaruit voortvloeien? Deze worden natuurlijk nergens officieel erkend, omdat er zagezegd niets is om over te rouwen als er niets is geweest. Toch ondergaat men een rouwproces om de kinderen die er niet waren. Dit soort van medische behandeling in ziekenhuizen is dan wel hypergeperfectioneerd, hoogtechnologisch en geldverslindend, maar nadien ontbreekt de elementaire psychische zorg.

Als u het hebt over de oorzaken bij jongeren, dan gaat het mijns inziens niet over echtscheidingen of zelfs over de overdreven verwachtingen bij ouders, maar wel over het gebrek aan perspectief bij jongeren. Als jongeren geen werk vinden of studies aanvatten die ze als zinloos ervaren omdat ze later toch in de werkloosheid terechtkomen, dan vraag ik me af hoe ziek onze samenleving deze jonge mensen maakt. U hebt natuurlijk gelijk wanneer u zegt dat voor heel veel mensen de materiële bestaansonzekerheid een bijkomende rol speelt en dat de ellende van echtscheidingen niet alleen schuilt in bestaansonzekerheid maar ook in de psychische gevolgen. Mijns inziens zijn de oorzaken echter te vinden in de onzekerheid en de angst die in onze samenleving bij heel wat mensen leeft. De oorzaken daarvan zijn een aantal kwalen die men niet zomaar medisch kan oplossen.

Ik hoorde sommigen daarnet verwijzen naar de figuur van de toeverlaat. Men zou eens moeten

Maes

onderzoeken waarom een dergelijke figuur succesvol was. Naar mijn mening heeft dat te maken met de beschikbaarheid, maar ook met het bij voorbaat vertrouwd zijn. Men hoefde niet naar een hulpverlener te stappen. Ik weet niet welk imago de geestelijke hulpverlening in ons land heeft. Ik weet niet of daar studies over bestaan. Allicht wel : waarover bestaan er geen studies ? Mij zijn ze in elk geval niet bekend, hoewel dat geen referentie is : ik ben immers geen specialist in deze materie. Ik kan me echter voorstellen dat mensen in psychische nood toch niet naar de hulpverlening stappen omdat ze vinden dat ze niet gek zijn, omdat ze vinden dat hun probleem niets te maken heeft met gek zijn. Dergelijke uitspraken komen nog zeer veel voor. Men ging evenwel niet te rade bij een pastoor omdat men gek zou zijn. De pastoor had het imago van de man die bij iemand thuis kwam voor de Sint-Pieterspenning of als er iemand ziek was. Daarvoor hebben de pastoors van tegenwoordig zelfs geen tijd meer : ze zijn met te weinig, moeten te veel sacramenten toedienen en allerlei obligate werkjes doen. Ze zorgden er destijds echter wel voor dat ze de mensen kenden. Onze hulpverleners zitten echter achter hun bureau en de mensen moet er zelf heen.

Dat is een groot verschil. Ze ontvangen heel vaak dezelfde mensen, die in een circuit zijn terechtgekomen. Ik stel het nu misschien een beetje karikaturaal voor, maar er zit toch veel waarheid in. De pastoor ging bij de mensen op bezoek en kwam ook voor gewone dingen. Daar moeten we zeker eens over nadenken. Hoe kunnen we de kloof tussen de hulpverlener en de hulpzoekende verkleinen ? Voor sommige mensen is deze kloof uiteraard al overbrugd. Dat zijn dan de huidige vaste klanten. Voor veel mensen is de drempel echter nog steeds te hoog.

Er werd hier gesproken over de historische uitbouw van onze hulpverlening. Het woord zuil is hier nog niet gevallen. Toch is de situatie in Vlaanderen hoogst opmerkelijk. Waar men in Vlaanderen verzuiling aantreft, vindt men alle zuilen op een hoopje. Als de ene zuil er is, moet immers ook de andere zuil aanwezig zijn. Dit is toch verschrikkelijk ! Bovendien zijn er nog zoveel witte vlekken in Vlaanderen, waar bijna geen hulpverlening is.

De voorzitter : Mevrouw Avontroodt heeft het woord.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw Maes, u spreekt over de verzuiling. Het grote aandeel van

de psychiatriesector is precies te vinden binnen de christelijke zuil.

Mevrouw Nelly Maes : Ik had het niet specifiek over de psychiatrie. Ik had het vooral over de ambulante sector.

Mevrouw Yolande Avontroodt : In deze interpellatie gaat het wel over de psychiatrie. Mevrouw Maes, u kunt me er toch niet van verdenken in sterke mate aan een bepaalde zuil verbonden te zijn ? Integendeel, maar het is nu eenmaal zo dat de psychiatrie voor het grootste gedeelte tot de katholieke zuil behoort. Tot nu toe is daar ook nog geen alternatief voor.

Mevrouw de minister, de overheid staat in deze complexe materie inderdaad voor een aantal uitdagingen. Mijns inziens kunt u vooral op drie concrete punten maatregelen nemen.

Ten eerste, u moet proberen het taboe inzake geestesziekte of zelfmoord te doorbreken. Deze zaken moeten bespreekbaar worden. Uw inspanningen op dat gebied moet u zeker ook op de jeugd richten. Ik denk in dit verband aan het probleem van anorexia nervosa. Gedurende de voorbije jaren heeft dit probleem in drastische mate uitbreiding genomen. Hier is een belangrijke taak voor de overheid weggelegd.

Ten tweede, u moet ervoor zorgen dat mensen op de juiste manier worden doorverwezen. Eerstelijns hulpverleners moeten een signaal op een correcte manier interpreteren. Ze moeten de mensen dan op een juiste manier doorverwijzen. Dit mag zeker niet te laat gebeuren. Al te vaak houdt men de hulpzoekenden op de eerste lijn, ook al gebeurt dit met de beste bedoelingen.

Ten derde, u moet er ook voor zorgen dat er genoeg middelen voorhanden zijn. Er moeten voldoende plaatsen zijn om de mensen op te vangen. Op federaal niveau worden er momenteel besparingsmaatregelen genomen. Men zet een aantal mensen gewoon op straat. Die komen dan in de ambulante zorg terecht, maar eigenlijk zitten ze daar niet op hun plaats. Ook hier moet de Vlaamse overheid zonder aarzelen maatregelen nemen. Ik vraag me echt af welke follow-up en welke nazorg er over enkele jaren voor deze mensen zal zijn. De mensen worden ontslagen uit de instelling. Ze worden dus genezen verklaard. Enkele maanden later plegen ze dan zelfmoord. Dit gebeurt al te vaak.

De voorzitter : Minister Demeester heeft het woord.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Het debat heeft zich duidelijk uitgebreid en twee zaken wil ik nog meegeven. Ten eerste, de rol van de hulpverlener moet zo ruim mogelijk worden opgevat. Hij moet inderdaad kunnen functioneren als iemand die permanent ter beschikking is. Dit is geen gemakkelijke opgave. Mevrouw Maes, u hebt aangegeven dat hulpverlening vroeger een natuurlijk proces was van sociale contacten. De pastoors speelden hierin een grote rol. Bovendien was vroeger het sociale klimaat anders : iedereen zorgde voor iedereen.

Ten tweede, in het debat moeten we het ook hebben over de ethische regels die we onszelf willen opleggen. Men heeft hier terecht verwezen naar IVF (in vitro fertilisatie). Ikzelf heb bijvoorbeeld heel veel zin om te benadrukken dat klonen niet kan. Ook een hele gemeenschap moet durven zeggen dat dit niet kan. Er zijn momenteel te veel IVF-centra. Het gevaar is niet denkbeeldig dat men de mensen te zeer op een technische manier begeleidt, en dat men te weinig rekening houdt met het menselijke aspect.

Ik wil hier niet te diep op ingaan, maar ik wil toch het volgende zeggen. Indertijd leerde ik professor Schoysmans kennen. Ik refereer aan hem als voorbeeld omdat hij niet behoort tot de katholieke denkwereld. Hij was de leider van een van de eerste Belgische IVF-centra. Hij hield rekening met de behoefte aan menselijke begeleiding. De techniek van IVF moest voor hem ook beperkt blijven. Momenteel is de aanwending van de techniek echter enorm uitgebreid. Ik heb al meerdere keren aan federaal minister Colla gevraagd om het huidige aanbod van veertig IVF-centra terug te brengen tot tien.

We moeten ervoor zorgen dat de ethiek opnieuw gelijke tred kan houden met de techniek. Nu is dit immers niet het geval. De teksten van het Bio-Ethisch Congres van 1987 of 1988 zijn actueler dan ooit. We hebben toen gezegd dat er een ethische grens is aan de wetenschappelijke mogelijkheden. Als de wetenschappers geen rekening houden met die grens, moet de gemeenschap het doen. Ik had gehoopt dat de wetenschappers zelf duidelijke lijnen zouden trekken. Jammer genoeg hebben ze dit niet gedaan en daarom vind ik dat we het aspect – ethische grenzen aan de wetenschap – zeker in het brede maatschappelijke debat moeten opnemen. Er is momenteel immers een duidelijk tekort aan ethische regels.

U hebt het over drie elementen, namelijk beeldvorming, doorverwijzing en middelen. Over beeld-

vorming loopt een onderzoek onder de titel : hoe anders is anders ? We vinden immers dat een psychiatrisch patiënt niet onmiddellijk als problematisch moet worden beschouwd. De doorverwijzing heeft te maken met de verschillende structuren. Ik heb verwezen naar de verschillende soorten voorzieningen. (*Opmerkingen van mevrouw Yolande Avontroodt*)

Mevrouw Yolande Avontroodt : Een geval van zelfmoord op tijd doorverwijzen, valt wel onder uw bevoegdheid.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : We kunnen dat wel prediken, maar we hebben het niet onder controle. We pleiten – ook tegenover de huisartsen – voor een vorm van echelonering. Op elk niveau speelt een bepaalde persoon een bepaalde rol en daarna moet hij doorverwijzen. Dat geldt zowel in verticale als in horizontale richting.

U hebt verwezen naar de psychiatrische centra. Ik ben het niet met u eens dat daar altijd te weinig plaatsen zullen zijn. In vele situaties kan men trouwens aan ambulante begeleiding doen. Dat gebeurt te weinig.

Mevrouw Yolande Avontroodt : Mevrouw de minister, het gaat hier over zelfmoord. Dat is een totaal andere context dan de gewone psychiatrische aandoeningen.

Minister Wivina Demeester-De Meyer : Dat beseft ik. De cruciale vraag is : is men altijd in staat de risicograad te meten ? Ik zal u niet tegenspreken. Als een huisarts wordt geconfronteerd met zelfmoord, lijkt doorverwijzing me niet meer dan logisch. De drempel van de centra voor geestelijke gezondheidszorg is in sommige gevallen misschien nog iets te hoog. Dat betekent dat de doorverwijzing tussen de eerstelijns-, tweedelijns- en derdelijnshulp onvoldoende plaatsvindt. De verschillende niveaus hebben blijkbaar schrik van elkaar. Trouwens, als ik naar die mensen luister, voel en hoor ik de onderlinge concurrentie. Er bestaat concurrentie tussen de polyvalente centra en de centra voor geestelijke gezondheidszorg, tussen de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en de psychiatrische afdeling van ziekenhuizen of de psychiatrie en dit telkens in de twee richtingen. Ze erkennen dit ook zelf. Als we spreken over doorverwijzing is dat nu nog in termen van een modaliteit. Op termijn moet dat een maatstaf worden om de subsidiëringaanvraag te beoordelen. Al bij al zijn we niet in staat dit te controleren. De overheid mag de doorverwijzing niet beoordelen.

Demeester-De Meyer

In Vlaanderen hebben we 90 percent van de psychiatrische bedden van heel het land. Als dat geen doordenkertje is.

De voorzitter : Het incident is gesloten.

[...]

– *De vergadering wordt gesloten om 16.42 uur.*
