

C146 – WEL12

V L A A M S   P A R L E M E N T



Zitting 2005-2006

14 februari 2006

# HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN



## INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over zelfmoordpreventie	
Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het beleid ter preventie van zelfdoding	
Vraag om uitleg van mevrouw Margriet Hermans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de recente zelfmoordcijfers in Vlaanderen	
Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over zelfmoordpreventie bij jongeren	1
Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling in Brussel	13
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het beleid inzake jonge weglopers	16



**Voorzitter: de heer Luc Martens**

**Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over zelfmoordpreventie**

**Vraag om uitleg van mevrouw Marijke Dillen tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het beleid ter preventie van zelfdoding**

**Vraag om uitleg van mevrouw Margriet Hermans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de recente zelfmoordcijfers in Vlaanderen**

**Vraag om uitleg van de heer Bart Caron tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over zelfmoordpreventie bij jongeren**

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

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, recent werd redelijk veel gepubliceerd over zelfmoord, meer specifiek over tienerzelfmoord. Ik heb artikelen uit Knack, Klasse en de kranten gelezen, maar telkens komt dezelfde problematiek naar voren: per dag gebeuren in Vlaanderen drie zelfmoorden.

Binnen de Europese Unie doet in deze trieste materie maar één land het nog slechter, meer bepaald Finland. Eén op de tien jongeren tussen 15 en 18 jaar heeft al een poging achter de rug. Als dat resulteert in één gelukte zelfmoord van een jongere per week, kunnen we ons moeilijk indenken hoeveel families, klassen, leraren, vrienden en kennissen van jongeren met een onnoemelijk lijden geconfronteerd worden. Deze mensen maken zich ook de bedenking waarom ze de signalen niet hebben gezien of niet op een juiste manier hebben gedetecteerd.

Mevrouw de minister, ik heb nagegaan of er in uw beleidsplan specifiek over deze materie iets staat. Er wordt verwezen naar voorbereidingen die moeten zorgen voor een substantiële daling van het aantal

zelfdodingen. Mevrouw de minister, hoe gaat u deze problematiek aanpakken? Wat is de timing voor het concrete project? Welke experts hebt u hiervoor gecontacteerd? Welke impact zal het hebben op uw begroting? Hoeveel geld zal er dus voor worden vrijgemaakt?

Werden de projecten over zelfmoordpreventie, die in bepaalde regio's werden opgezet door de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, geëvalueerd? Zullen ze worden uitgebreid?

Mevrouw de minister, hebt u overleg gepleegd met de minister van Onderwijs? Ons onderwijs behoort tot het beste ter wereld, maar relationele en emotionele vorming voor later is niet in het onderwijs aanwezig.

Wat is de concrete stand van zaken betreffende het beleidsplan dat in voorbereiding is? Wanneer zult u het aan ons voorleggen?

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, de problematiek die we vandaag bespreken, ligt helaas heel gevoelig en is zeer actueel. Mevrouw Hoebeke, u hebt al verwezen naar talrijke publicaties. Ook vanochtend werd op de radio een boek voorgesteld dat onder meer over deze problematiek handelt.

Er zijn duidelijke cijfers, die allemaal de trieste tendens illustreren. In Vlaanderen staan we helaas mee aan de top binnen de Europese Gemeenschap. Het gaat niet enkel over effectief 'geslaagde' zelfmoorden, er zijn ook zeer veel pogingen. Volgens deskundigen kan het aantal pogingen geschat worden op 20 keer het aantal effectieve zelfdodingen.

Na iedere zelfdoding blijven heel veel vrienden, families en kennissen met zeer veel verdriet en in moeilijke omstandigheden achter.

De meeste zelfdodingen gebeuren binnen de leeftijdscategorie van 25 tot 45 jaar. Bij mannen van deze leeftijdsgroep is zelfdoding de belangrijkste doodsoorzaak. De recente cijfers over zelfdoding bij jongeren zijn alarmerend. In Vlaanderen ondernemen

elke dag 15 tot 30 tieners een zelfdodingspoging. In Vlaanderen sterft wekelijks een twaalf- tot achttienjarige door zelfdoding. In 10 jaar tijd zijn de cijfers verdubbeld. Daarnaast blijkt dat 1 op de 30 personen die een poging tot zelfdoding hebben ondernomen binnen het jaar overlijden door zelfdoding.

Mevrouw de minister, de oorzaken zijn zeer uiteenlopend. De zeer hoge prestatiedruk wordt vaak aangehaald. Ook een negatief zelfbeeld en de daling van de beschermende maatschappelijke factoren, gekoppeld aan een stijging van risicofactoren, zijn belangrijk. Jongeren leven niet meer in een stabiele, beschermende omgeving, maar worden geconfronteerd met de echtscheidings situatie van de ouders, met problemen op school, enzovoort. Als gevolg van de economische situatie is er ook een toenemende onzekerheid en ook eenzaamheid behoort tot de oorzaken.

In vele gevallen geven jongeren en volwassenen die een poging tot zelfdoding willen doen bepaalde signalen, maar voor heel veel mensen die leven en werken in hun omgeving is het vaak erg moeilijk om die signalen te begrijpen. Bij tieners zou de school terzake een heel belangrijke rol kunnen spelen. Het ware nuttig, mevrouw de minister, uw collega bevoegd voor onderwijs te overtuigen meer aandacht te besteden aan de geestelijke gezondheid van leerlingen.

Ik besef dat preventie in dit dossier erg moeilijk en complex is, en dat omwille van diverse factoren. Op de eerste plaats rust er op deze problematiek nog steeds een taboe. Veel mensen durven of kunnen niet naar buiten komen met hun geestelijke problemen. Ze worden niet begrepen of worden helaas vaak ook nog uitgelachen. Ook is de hulpverlening zowel te weinig bekend als ontoereikend. Zoals we allen weten, kampt Vlaanderen met een aanzienlijk gebrek aan kinder- en jeugdpsychiaters, onder meer als gevolg van de numerus clausus, maar ook omdat heel wat specialisten die afstuderen aan onze universiteiten om verscheidene redenen niet langer geïnteresseerd zijn in werken in Vlaanderen en gemakkelijk uitwijken naar – bijvoorbeeld – Nederland. Ook zijn de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg weinig bekend en weinig toegankelijk, zeker voor jongeren. Daar vraag ik bijzondere aandacht voor.

Uit gegevens blijkt dat over heel West-Europa minstens 10 procent van de tieners met ernstige psychiatrische problemen kampt, terwijl slechts 2,5 procent rechtstreekse hulp krijgt, omwille van de net geschetste redenen. In Vlaanderen zullen we zeker niet onder dat gemiddelde scoren. Er is sprake van

zeer lange wachtlijsten. Ik weet dat dit niet uw verantwoordelijkheid is, maar ik wil er toch op wijzen dat de begaafde specialisten die Vlaanderen rijk is al in 2002 een onderzoek hebben moeten verrichten naar de noden in de sector. Dat gebeurde op vraag van de federale overheid. Daartoe was een groot budget gereserveerd. Het zeer uitvoerige rapport, dat een aantal duidelijke resultaten en richtlijnen bevatte, is echter in de lade van een of ander ministerie beland. Dan stel ik me toch wel de vraag of het de federale overheid, die terzake een heel belangrijke verantwoordelijkheid heeft, wel menens is met het aanpakken van dit probleem.

Specialisten waarschuwen dat dit probleem helaas alleen nog maar zal toenemen. Zo is de groep in kwestie in de VS de jongste jaren gegroeid van 20 tot 30 procent. Ze stellen, volledig terecht, dat we die stijging zeker moeten voorkomen, in het belang van onze jongeren. Zo wordt er bijvoorbeeld voor gepleit om jongeren die signalen hebben gegeven of een eerste poging hebben gedaan, intensief thuis te begeleiden. Ik weet wel dat dit ook te maken heeft met de federale overheid. In het buitenland gebeurt die begeleiding. Als gevolg ervan zou het hervallen zijn teruggedrongen van 70 procent tot 20 procent, wat toch niet onbelangrijk is.

We weten allemaal dat de versnippering van bevoegdheden, zowel tussen diverse Vlaamse ministers als tussen de Vlaamse en de federale overheid, een daadkrachtig en efficiënt beleid in de weg staat. Tijdens de vorige zittingsperiode had uw voorganger, mevrouw Byttebier, een ontwerp van beleidsplan klaar met betrekking tot de preventie van zelfdoding en depressie. De doelstelling daarvan was het reduceren met 8 procent van het suïcidecijfer tussen 2000 en 2010. We weten allemaal dat een gecoördineerd beleid erg belangrijk is. Dat wordt trouwens ook aanbevolen door de Wereldgezondheidsorganisatie. U weet ongetwijfeld dat die aanbeveling in andere Europese landen, zoals Finland, Noorwegen, Zweden, Denemarken, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk, wordt gevolgd. De Wereldgezondheidsorganisatie en de VN bevelen aan een strategisch beleidsplan te implementeren. Tijdens de vorige zittingsperiode was er een ontwerpplan, waarop nuttige adviezen werden gegeven. Zo bevat het advies van de Vlaamse Gezondheidsraad een aantal interessante en nuttige aanbevelingen.

Het is tot op heden echter bij een plan gebleven. Ik neem aan dat u dat plan kent. Het zou als basis kunnen dienen en voort kunnen worden uitgewerkt. Het

moet uiteraard ook worden aangepast. Als ik me niet vergis, dateert het plan van 2002. Ondertussen zijn we een paar jaar verder. We moeten hier met absolute prioriteit aandacht aan besteden en een concreet realiseerbaar beleidsplan uitwerken voor de preventie van depressie en zelfdoding. Uiteraard is het belangrijk dat alle actoren daarbij worden betrokken.

Het probleem is ernstig, en wordt alsmaar groter. Is de minister bereid om bij prioriteit aandacht te schenken aan deze zaak? Er bestaat al een ontwerp van beleidsplan. Dat dateert uit de vorige legislatuur. Daarin staan interessante aanbevelingen. Kan men daar op korte termijn werk van maken?

Preventie van depressie en zelfdoding is niet een zaak van de sector van de geestelijke gezondheidszorg alleen. Vele sectoren zijn daarbij betrokken. Preventie moet zo breed mogelijk worden aangepakt. Hoe wil de minister het overleg aanpakken? Wie zijn volgens haar belangrijke actoren die bij de zaak moeten worden betrokken? Het onderwijs is natuurlijk erg belangrijk, maar er moeten ook andere partners bij worden betrokken.

Een derde knelpunt is het nijpende tekort aan jeugd- en kinderpsychiaters. Dat probleem wordt erger. Wordt er overlegd, zodat de numerus clausus wordt opgeheven of versoepeld? Welke initiatieven neemt de minister om de CGG's meer mogelijkheden te bieden, bijvoorbeeld meer opvangplaatsen voor mensen in acute noodsituaties of meer thuisbegeleiding? Die vragen zijn voor onze fractie belangrijk.

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

**Mevrouw Margriet Hermans:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, geachte collega's, mijn collega's hebben het over het belangrijke luik preventie gehad. Ik zal ingaan op de nazorg. Ik zal de cijfers niet herhalen, want ze zijn nu gekend. In elk geval is de verwijzing naar de EU terecht. De EU maakt zich zorgen over het probleem: elk jaar plegen 58.000 Europeanen zelfmoord. Bijna altijd gaat het om mensen die al leden aan een langdurige depressie. Het gaat niet alleen om jongeren, maar ook om vijftigplussers en senioren. Die laatsten lijden dikwijls aan langdurige depressies.

Mensen wier zelfmoordpoging is mislukt, verblijven een korte tijd in een ziekenhuis of een psychiatrische instelling. Nadien volgt er nog een vrij korte periode van nazorg, van 12 tot 16 weken. Die nazorg kan

bestaan uit psychotherapie, medicatie of een combinatie van beide. Die nazorg blijkt echter onvoldoende te zijn en vooral ook onvoldoende lang te duren. Een aantal personen hervalt immers. Bij langdurige behandelingen hervalt slechts 15 percent in een depressie. Onlangs had de heer Ivo Mechels het over de zelfmoord van zijn ex-echtgenote. Hij stelt dat het crimineel is dat een instelling waar psychiaters werken, iemand met zo'n voorgeschiedenis terug naar huis stuurt. Volgens hem is dat iemand de dood insturen. We hebben allemaal begrepen wat hij wil zeggen.

Zwaar depressieve mensen wegen op de samenleving. Die mensen zijn gemiddeld 40 dagen per jaar werk- onbekwaam. De WHO raamt de economische kostprijs van depressies voor België alleen al op ongeveer 1 miljard euro.

Zijn er financiële middelen voor de ambulante nazorg voor mensen die een zelfmoordpoging achter de rug hebben? Welke bijkomende stappen wil de minister ondernemen om de follow-up van psychiatrische patiënten te verbeteren? Mindfulness Based Cognitive Therapy of MBCT is een meditatiemethode die men in een proefproject met potentiële zelfmoorde-naars in Gent gebruikt. Men probeert depressieve mensen te leren zichzelf te aanvaarden. Bent u van plan dergelijke therapieën verder te ondersteunen als blijkt dat ze succesvol zijn?

Een aantal maanden geleden hebt u een project opgestart waarbij in een aantal Limburgse ziekenhuizen mensen die een zelfmoordpoging achter de rug hebben op spoeddiensten worden opgevangen. Ik weet dat de resultaten van het project pas in juli worden verwacht. Misschien hebt u al tussentijdse onderzoeksresultaten?

Voor twee belangrijke leeftijdscategorieën – senioren en jongeren – is zelfmoord een groeiend probleem. Een vijfde van de sterfgevallen in de categorie van 15- tot 24-jarigen is te wijten aan zelfmoord, de tweede grootste doodsoorzaak. Eén vijfde van 14- tot 17-jarigen heeft er al aan gedacht zich van het leven te beroven. Uit de thesis van criminologe Eva Vandorpe blijkt dat slechts één Vlaamse middelbare school een preventiebeleid inzake zelfmoord heeft uitgestippeld. Heeft de minister hierover al overlegd met de minister van Onderwijs, de heer Frank Vandenbroucke? Zo ja, welke concrete resultaten heeft dat overleg opgeleverd? Welke concrete maatregelen zullen worden getroffen en binnen welke termijn zal dat gebeu-

ren? Zo nee, kunt u toelichten waarom het overleg nog niet heeft plaatsgevonden?

Mevrouw de minister, we moeten concrete stappen ondernemen om ook binnen de ouderenzorg het aantal zelfmoorden te doen dalen.

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

**De heer Bart Caron:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, ik zal me voornamelijk concentreren op de problematiek bij jongeren. Uit de studies blijkt dat 10 procent van de jongeren wel eens denkt aan zelfmoord. De motieven hebben natuurlijk met geestelijke gezondheid te maken, maar er worden over het algemeen drie maatschappelijke fenomenen genoemd: prestatiedruk, een wazig toekomstbeeld en de problematiek van de gebroken gezinnen.

De voorbije jaren was er veeleer een dalende trend, maar helaas was dat van korte duur en werd de trend opnieuw omgebogen. Dezelfde thematiek weerspiegelt zich ook in de verkoop van emo-medicijnen, waarvan de verkoop de voorbije 10 jaar is verdubbeld.

Op de thematiek blijft een reusachtig taboe rusten. Mevrouw Hermans, ik ben blij dat u stelde dat we een grote inspanning zullen moeten leveren op het vlak van onderwijs, om initiatieven te nemen in verband met zelfdoding. Het preventiebeleid in en rond scholen zal een heel belangrijk element moeten zijn om jongeren bewust te maken van de problematiek en – ik wil niet zeggen uit het hoofd praten – het onderwerp bespreekbaar te maken en een zeker inzicht te verwerven.

Een signaal dat in dezelfde sfeer zit, maar niet helemaal overeenstemt, was de voorbije dagen in het nieuws: 7 procent van de pubers doet zichzelf wel eens pijn. Ik vind dat zeer veel. Auteurs zeggen dat jongeren op die manier proberen gevoelens te regelen. Gisteren en vandaag werden we door de media nogmaals gewaarschuwd voor het feit dat bij jongeren een grote graad van tolerantie bestaat voor geweld tussen en onder jongeren. Het zijn allemaal fenomenen die niet rechtstreeks met elkaar te maken hebben, maar het zijn wel uitingen van de samenleving waarin we functioneren. Voor jongeren met negatieve gedachten is geweld misschien een schreeuw om aandacht.

Mevrouw de minister, u hebt een aantal aanzetten gegeven en er lopen een aantal projecten. In een reac-

tie op de gegevens over zelfdoding bij jongeren stelde u dat we dringend werk moeten maken van ademruimte in de psychiatrie en in de jeugdcentra van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

U kondigt een publiekscampagne aan en u verwijst naar het Scandinavische voorbeeld. Ook in uw beleidsbrief gaat u hier op in. U haalt zes gezondheidsdoelstellingen aan, met vijf pijlers waarop ze gebouwd moeten worden. Dat is in elk geval een interessant denkspoor. Ik ben ook blij dat u de internethulpverlening, die aansluit bij de leefwereld van jongeren, als hulpverleningsoptie wilt onderzoeken.

Er lopen heel wat proefprojecten, maar we blijven toch een beetje op onze honger zitten voor een meer omvattende, geïntegreerde aanpak in de vorm van een actieplan, zowel op federaal als op Vlaams niveau.

Mevrouw de minister, was er al overleg met de minister van Onderwijs over het preventiebeleid in scholen?

Is er een verband tussen zelfverminking bij jongeren en de pogingen tot zelfdoding? Zijn er gegevens over bekend? Worden deze jongeren als een risicogroep beschouwd? Zult u hiervoor specifieke initiatieven opstarten?

Zijn er plannen om meer ademruimte te scheppen in de jeugdpsychiatrie en in de jeugdwerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg? Wat zijn de plannen ter zake? In de pers staat dat u spreekt over het Scandinavische model. Kunt u dat wat meer toelichten?

Bestaan er al mogelijkheden voor internethulpverlening? Wordt dat verder onderzocht? Zijn er al concrete plannen over bekend?

Ik vermoed dat u al een aantal bevindingen hebt ontvangen van de voorbereidende werkgroep. Wanneer kunnen we het Vlaamse actieplan verwachten? Werd al overleg gepleegd met de federale overheid, om beide actieplannen op elkaar af te stemmen?

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, dit onderwerp kwam al een aantal keer ter sprake in de commissie voor Welzijn. Mevrouw de minister, in uw antwoord hebt u steeds verwezen naar de lopende proefprojecten. We zijn



benieuwd naar de resultaten. Ik denk persoonlijk dat het goede projecten zijn en kijk uit naar de evaluatie. De vraag rijst of dat genoeg is, want we merken vandaag dat het goede pogingen zijn, maar alles behalve voldoende.

De uitdaging is en blijft bijzonder groot. Mevrouw de minister, het is de vraag of u als minister de maatschappelijke trend, die erg persistent aanwezig is, kunt omkeren. Er werden ook al een aantal partners opgesomd die zeer belangrijk zijn. Eén van de cruciale Vlaamse partners zijn de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Zij zetten een bijzonder goede hulpverlening op poten en leveren ook goed werk met de zelfhulpgroep.

Ik wil verwijzen naar de motie die alle meerderheidspartijen hebben ingediend bij de bespreking van uw beleidsbrief. In de motie vragen we heel concreet naar een groeipad, een capaciteitsuitbreiding voor de CGG's, concreet voor de doelgroep kinderen en jongeren.

Ik hoop dat de besprekingen over de meerjarenovereenkomsten ruimte bieden en tegemoet zullen komen aan de verwachtingen die er al waren, maar ook aan de opmerkingen en vragen die vandaag naar voren werden gebracht.

**De voorzitter:** Mevrouw Merckx–Van Goey heeft het woord.

**Mevrouw Trees Merckx–Van Goey:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, naar aanleiding van de gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfmoord, die plaatsvond in december 2002, werd een zesde gezondheidsdoelstelling geformuleerd. Achteraf werd in het decreet op de algemene preventie bekrachtigd dat we de regeling met gezondheidsdoelstellingen moeten volgen. Vorige week werd nog gezegd dat we ook voor het middelengebruik werken met een gezondheidsdoelstelling.

Er is nu een thema waarover een verslagboek is verschenen. Er was een heel voortraject en naar aanleiding van de gezondheidsconferentie werd ook een natraject voorgesteld. Mevrouw de minister, mijn vragen gaan over het natraject. Een deel van het natraject werd heel beperkt ingezet in 2003 en 2004. Er werd onder andere een deontologische code door en voor de media uitgewerkt, dus aanbevelingen voor journalisten. Een informatiestrategie naar een ruim publiek moet een middel zijn voor het destig-

matiseren van de geestelijke gezondheidszorg, specifiek voor ouders van kinderen met psychiatrische problemen. Er zou ook een gevalideerde methode worden uitgewerkt om de sociale weerbaarheid van de schoolgaande jeugd te vergroten.

Tijdens de conferentie en bij het vaststellen van de zesde gezondheidsdoelstelling werden een aantal zaken opgestart. Hoe staat het met de precisieopvolging van de gevolgen van een gezondheidsconferentie en een gezondheidsdoelstelling? Het opstellen van een concreet plan is een volgende stap. Wat is de stand van zaken, specifiek voor de meest kwetsbare groepen: mensen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen en jongeren?

Mevrouw de minister, ik zou ook willen vragen om zeker een strategie voor te stellen voor de rusthuisbewoners. Hoe staat het daarmee?

**De heer Luc Martens:** Mevrouw de minister, als we over het onderwerp willen spreken, is het belangrijk eerst te beschikken over goede cijfers. Mijn indruk is dat men binnen de Vlaamse administratie, gebaseerd op de gegevens die door artsen worden toegeleverd, in de regel beschikt over goede cijfers. Mijn indruk is dat de algemene statistische gegevens waarover men beschikt en die terug te vinden zijn in de Vlaamse gezondheidsindicatoren, beschouwd kunnen worden als degelijke cijfers.

Het is belangrijk dat we die cijfers ook heel goed analyseren. De vraag rijst welke werkelijkheid achter de cijfers schuilt. Wat is het profiel van mensen die met een depressie, suïcide of een suïcidepoging worden geconfronteerd? Wat is de verdeling tussen mannen en vrouwen en tussen leeftijdscategorieën? Maar ook de bredere omstandigheden die de problemen mee kunnen bepalen – al dan niet werkloos zijn, al dan niet alleenstaand zijn, het relationele – zijn belangrijk. Als we een kwaliteitsvol beleid willen voeren, moeten we vertrekken van een goede, wetenschappelijk onderbouwde analyse van cijfermateriaal en determinanten.

De determinanten zeggen iets over de persoon, maar ook over de elementen die bepalen waarom iemand al dan niet een beroep doet op zorg. Heeft het te maken met het feit dat een huisarts al dan niet de juiste instelling heeft? Dat is maar een voorbeeld, want er zijn nog veel andere elementen, maar een goede analyse moet voorop staan. We mogen niet te impulsief reageren, hoewel die impulsiviteit begrijp-

pelijk is, door de brutale confrontatie met suïcide of suïcidepogingen.

Het stigma dat vandaag nog rust op de mensen die aangewezen zijn op de geestelijke gezondheidszorg is een belangrijk gegeven. De inspanning moet gericht zijn op het vermaatschappelijken, het in de samenleving brengen van mensen, met inbegrip van hun kwetsbaarheid.

Over verschillende vormen van kanker, bij mannen en bij vrouwen, kan in de vriendenkring en publiek vrijmoedig gesproken worden, maar als het gaat over geestelijke gezondheidszorg – omdat men het op dat moment of structureel moeilijk heeft – wordt alles zeer moeilijk bespreekbaar. Dat maakt dat men nooit voluit kan gaan, omdat het maatschappelijk draagvlak afwezig blijft, zodat een inspanning naar een meer gezonde situatie wordt afgeremd.

Mevrouw de minister, het is belangrijk van u te horen welke inspanningen u levert voor de vermaatschappelijking. Het is ook belangrijk om een beleid te voeren waarbij een veelheid aan strategieën wordt ontwikkeld.

Mevrouw Merckx, u verwees naar de conferentie over geestelijke gezondheidszorg. Dat is zeker een belangrijke bron, maar niet de enige. Ook Europa is uitdrukkelijk met dit onderwerp bezig. Wie het Groenboek heeft bekeken, zal merken dat een belangrijke strategische lijn werd uitgestippeld. Een goede preventie wordt uitgebouwd vanaf de eerste lijn. De competentie van de huisartsen is belangrijk. Zij moeten tijdig kunnen detecteren en juist reageren, op een uitnodigende manier. Dat is niet voor de hand liggend.

Mevrouw de minister, hoe staat het met het care management? Ik denk ook aan de preventie van recidive, want 30 procent van de mensen die overgaan tot suïcide met een definitief karakter, hebben al eerder pogingen ondernomen. Dat is een doelgroep die bijzondere aandacht verdient. De vraag rijst wat de strategie kan zijn bij de primaire preventie – voor jongeren en voor specifieke beroepsgroepen – als het gaat over psycho-educatie?

Collega's, er werd soms – zowel terecht als onterecht – verwezen naar het onderwijs. Onderwijs is een soort duizendpoot, een meid voor alle werk. Over elk maatschappelijk probleem wordt gezegd dat het onderwijs er iets aan moet doen. Worden we te dik:

meer gezonde voedingsgewoonten via het onderwijs. Rijden we te onbesuisd: verkeerseducatie in het onderwijs. Breken relaties: relationele bekwaamheid in het onderwijs. Het onderwijs moet alles accaparer en ondertussen ook nog een aantal doelstellingen invullen die inherent zijn aan het onderwijs.

Deze benadering is niet voldoende. Ze is maar mogelijk als tegelijkertijd een verbreding van het onderwijs wordt doorgevoerd. Het is niet alleen een kwestie van het cognitieve. Mijnheer Caron, het gevaar bestaat dat het cognitieve onbelangrijk wordt. De indruk zou kunnen ontstaan dat het onderwijs alleen maar de andere aspecten, het sociale en het emotionele, zou moeten verzorgen. (*Opmerkingen van de heer Bart Caron*)

We kunnen ook vragen stellen in verband met huisvesting en tewerkstelling. Er zijn ook veel andere domeinen belangrijk om te zorgen voor een omgeving waarin mensen met een 'good feeling' in het leven kunnen staan. We mogen niet te veel verwachten van het onderwijs. Het onderwijs kan de verwachtingen niet invullen als we niet tegelijkertijd het onderwijs openbreken en verbreden. Men is daar niet klaar voor, en als dat wel het geval zou zijn, mogen een aantal andere parameters niet uit beeld verdwijnen.

Mevrouw de minister, ik denk dat u er wel een uitdrukkelijke prioriteit van maakt. Bijvoorbeeld voor wetenschappelijk onderzoek verleent u steun aan een aantal projecten. Hoe zult u alles samen met de federale overheid bekijken? Als ik verwijs naar de huisartsen zitten we, bijvoorbeeld voor de financiering, op het federale niveau. Een strategie kan pas worden ontwikkeld als zij samenhangend is, over de overheidsniveaus heen. Er is samenwerking nodig met de federale overheid, maar ook Europees, want zelfs de Wereldgezondheidsorganisatie maakt er een prioriteit van.

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

**Minister Inge Vervotte:** We hebben het hier over zelfdoding en depressies, want er is duidelijk een link tussen beide.

Als we zoeken naar een oplossing voor het probleem, weten we allemaal dat er verschillende antwoorden mogelijk zijn. Sommige mensen willen over dit thema veeleer een filosofisch debat voeren, meer bepaald over zingeving in het algemeen en over spi-

ritualiteit. Anderen willen het vooral hebben over de sociologische thema's, denk maar aan maatschappelijke evoluties, participatie, keuzemogelijkheden en levensstandaard. Nog anderen zullen het veel liever over een psychologische boeg gooien en zoeken naar het minderwaardigheidsgevoel, kwetsuren en gezins-situaties. Een domein dat steeds meer wordt ontwikkeld, gooit het over de genetische boeg, heeft het over het biologische, en wil onze hersenen en genetische en andere factoren onderzoeken om biologisch een aantal zaken te kunnen vaststellen.

Ik denk dat we het er allemaal over eens zijn dat het antwoord hoogstwaarschijnlijk op alle niveaus gevonden moet worden. Ik zal het niet hebben over alle andere niveaus, zoals het sociologische, het filosofische of het biologische. We proberen wel op een wetenschappelijk onderbouwde manier een beleid te voeren. We meten en gaan na wat de effecten zijn: wat is de kans dat mensen hervallen en wat is de risicodaling?

Dit zijn onze uitgangspunten en de keuzes die we expliciet maken. Daar kan men dan voor of tegen zijn. Sommigen pleiten veeleer voor het uitstippelen van een algemeen beleid, waarbij wordt bekeken hoe de jeugdverenigingen, het onderwijs en andere spelers een bijdrage kunnen leveren. Dat moet sowieso inderdaad gebeuren, maar vanuit Welzijn en Volksgezondheid hebben we keuzes gemaakt op basis van internationale studies. We kijken welke internationale ervaringen nuttig en zinvol zijn en proberen die hier toe te passen. We bekijken hoe we een en ander kunnen meten, opdat we zouden kunnen ingrijpen.

De wetenschappers zijn het er vandaag over eens dat, bij wie lijdt aan een chronische depressie, de kans op zelfdoding groter is. Ook zijn ze het erover eens dat als mensen een poging hebben ondernomen, de kans op hervallen groter is. Ook die groep moet zeker en vast worden bekeken. Dan zijn er nog een aantal risicogroepen met duidelijk hogere incidentiecijfers, zoals holebi's en kinderen van psychiatrische patiënten.

We zijn het er allemaal over eens dat dit multifactorieel is en we er dus best een multifactoriële benadering op na houden. Omwille van onze keuze om dit wetenschappelijk gefundeerd te doen, beperken we ons echter een beetje tot een aantal interventies en projecten waarvan de effecten duidelijk aantoonbaar zijn en waarbij er een wetenschappelijke fundering kan zijn.

In 2002 heeft er inderdaad een gezondheidsconferentie plaatsgevonden, waarbij allerlei experts hebben getracht een bredere strategie op te stellen. Dit heeft geleid tot een voorstel van een zesde gezondheidsdoelstelling. Tot op vandaag is dit echter geen gezondheidsdoelstelling geworden die ook de goedkeuring heeft kunnen wegdragen van de Vlaamse Regering. Die goedkeuring moet er immers zijn. In de vorige zittingsperiode is dat dus niet gebeurd. Het is mijn bedoeling daar wel voor te zorgen. Momenteel zijn we de keuzes die de experts toen hebben gemaakt aan het actualiseren. Ondertussen beschikken we immers over bijkomende gegevens uit nieuwe studies en rapporten. Midden 2006 zou dit rond moeten zijn. Het is dus niet meer een kwestie van jaren, maar van maanden.

Bij die actualisering van dit beleidsplan zal er sprake zijn van vijf pijlers waarbinnen er volgens ons acties nodig zijn. We hebben niet gewacht op die actualisering om toch al initiatieven te nemen waarvan we vonden dat ze onmiskenbaar een meerwaarde konden bieden. We hebben daar graag bijkomende middelen voor vrijgemaakt.

Die vijf pijlers werden onderscheiden op basis van het denkwerk van de experts. Dit is eigenlijk allemaal ontstaan vanuit de sector. De eerste pijler is die van het grote belang van publieksinformatie. Het is een grote uitdaging voor de geestelijke gezondheidszorg om vermaatschappelijking tot stand te brengen. Wie mijn beleidsnota heeft doorgenomen, weet dat ik die vermaatschappelijking vrij veel vooropstel, en dat niet alleen bij depressie en zelfdoding, maar ook bijvoorbeeld bij de psychiatrie. Het is een manier om naar de problemen te kijken en te proberen antwoorden te geven. We hebben die discussies gehad naar aanleiding van de psychiatrische dagactiveringscentra. We hebben nu dezelfde discussie over interne ring. Wellicht zullen er nog andere discussies volgen.

In deze visie is de resocialisatie en rehabilitatie van personen een essentieel deel van het herstelproces. Ze moeten in deze samenleving hun keuzes kunnen maken en opnieuw gezond kunnen worden. Indien dit aspect, van het kunnen deel uitmaken van deze samenleving, over het hoofd wordt gezien, zal het proces van gezondmaking ofwel nooit kunnen worden voltooid, ofwel trager verlopen. Uit experimenten blijkt immers heel duidelijk dat deel uitmaken van het sociale weefsel essentieel is. Velen houden er immers de visie op na dat mensen sociale wezens zijn,

die zich thuis willen kunnen voelen in die samenleving. Daarom willen we die publieksinformatie.

Een vermaatschappelijking van de zorg vergt in eerste instantie dat we het stigma van de geestelijke gezondheidszorg wegwerken. We kunnen wel proberen dingen te bewerkstelligen binnen de psychiatrie en de hulp- en dienstverlening, maar als de samenleving er niet voor openstaat, dan krijgt men een dubbel negatief effect. Dat moet dus samen gebeuren. Dit moet prioritair zijn. Publieksinformatie en het ontdoen van stigma's zijn essentieel om dat proces van vermaatschappelijking, waarin we allemaal geloven, niet alleen op papier, maar ook in de praktijk te kunnen verwezenlijken.

De tweede pijler is de deskundigheidsbevordering. Er werd hier al op gewezen: een van de personen naar wie mensen met problemen regelmatig stappen, is de huisarts. Heeft die voldoende kennis over de processen en patronen van depressie of zelfdoding? Heeft hij voldoende bijscholing kunnen krijgen? Is hij op de hoogte van de laatste ontwikkelingen? Hoewel ik in het beleidsplan dat ik zal voorleggen, heel veel aandacht ga besteden aan de huisartsen, zijn er nog andere intermediaire instanties, zoals jeugdbewegingen en scholen. Die spelen vooral een rol wanneer het gaat over signalen. Wanneer mensen een poging tot zelfdoding willen ondernemen, geven ze immers meestal signalen. De vraag rijst hoe die instanties daarmee moeten omgaan en hoe ze dit bespreekbaar moeten maken. Dit alles heeft te maken met deskundigheidsbevordering.

Niet onbelangrijk hierbij is dat er in dit verband ook nieuw materiaal voorhanden is. We hebben het hier wel allemaal over 'depressies', maar uit onderzoeken blijkt dat die diagnose stellen, niet zo eenvoudig is. Vaak wordt de verkeerde diagnose gesteld, wat natuurlijk de problemen nog ingewikkelder maakt. Dit moet ons blijven stimuleren om terzake aan wetenschappelijk onderzoek te blijven doen, vooral een opdracht van de universiteiten.

De derde pijler is die van een specifiek preventief aanbod voor risicogroepen. Natuurlijk moet er een algemeen beleid worden gevoerd, maar we weten eveneens dat de kans op resultaten veel groter is als we werken met programma's gericht op een aantal doelgroepen. Het is dus essentieel dat we die specifieke programma's en methodes ontwikkelen.

Een niet onbelangrijk voorbeeld is dat van de holebi's. Het zoeken naar een seksuele identiteit is meteen

een zoektocht naar een identiteit in het algemeen. Veel holebi's stellen zich tijdens die zoektocht dan ook de vraag wat de zin van hun leven is. Dit alles wordt dan ook nog eens complexer gemaakt door de reactie van de buitenwereld, van ouders, enzovoort. Dit is een belangrijk onderwerp waaraan we ons moeten wijden, vooral wanneer het gaat over jongeren. We willen daaraan werken, samen met de holebifederaties, die deze doelgroep zeer goed bereiken. Het is immers noodzakelijk dat ze zich niet alleen bezighouden met leuke en sexy onderwerpen, maar zich ook wijden aan dergelijke onderwerpen, die inherent deel uitmaken van de zoektocht. Wij zijn alleszins bereid hun daarbij ondersteuning te geven.

De vierde pijler is die van de bestaande afstandshulpverlening. We weten dat de drempel voor sommigen te hoog is. Niet iedereen is in staat naar de huisarts te stappen en er een gesprek onder vier ogen te hebben. Hoe goed de CGG's ook gekend zijn, niet iedereen zal kiezen voor een dergelijk gesprek of voor een bezoek aan de hulp- en dienstverlening. Sommige mensen zullen ervoor kiezen om te telefoneren, te chatten of om zelf informatie op te zoeken op het internet. Ook dat is een essentieel deel van het preventiebeleid, dat niet mag worden vergeten. Dan hebben we het onder meer over de Holebifoon en Tele-Onthaal. Ook daar moeten we aan deskundigheidsbevordering en ondersteuning doen.

Dan is er de vijfde pijler. Zoals hier al werd gezegd, moet er een coherent beleid komen. Daarbij moet de federale overheid een belangrijke rol spelen. Die overheid neemt de rechtstreekse aansturing van beroepsbeoefenaars in de psychiatrie en andere domeinen voor haar rekening. Ze stuurt bijvoorbeeld ook de huisartsen rechtstreeks aan; wij niet. Dat is een niet onbelangrijk aspect. Ook heeft ze een grote verantwoordelijkheid met betrekking tot het gebruik en het ter beschikking stellen van antidepressiva en slaapmiddelen. Nog een andere problematiek die aan bod is gekomen in werkgroepen van nabestaanden, is die van het veilig maken van plaatsen waar mensen gemakkelijk overgaan tot zelfdoding, zoals spoorwegen en de toegangen tot spoorwegen. Ook die materie is federaal.

Het is inderdaad zo dat in de Scandinavische landen heel uitdrukkelijk een beleid wordt gevoerd op het gebied van zelfdoding en depressie. Deze landen hebben steeds hoge cijfers gekend terzake. De beleidsmakers hebben er hun schouders gezet onder het uitwerken van beleidsplannen. Zo hebben ze ervaring met het net door mij belichte element van de

publieksinformatie. Dat werd uitgetest en geëvalueerd. We hebben ons daardoor laten inspireren. We proberen niet telkens opnieuw het wiel uit te vinden. De publiekscampagnes in die landen hebben geleid tot goede resultaten. We hebben ze overgenomen en geprobeerd ze om te vormen zodat ze te gebruiken zijn voor de Vlaamse bevolking. Elk land heeft immers zijn eigen accenten en cultuur. De campagnes hebben onder meer plaatsgevonden in Engeland, Canada, IJsland en Schotland. We hebben die informatie verzameld en omgezet in een Vlaams campagneplan. Nog voor juni 2006 zullen we dit de wereld kunnen insturen.

Het belangrijkste aspect daarvan is alles wat te maken heeft met zelfzorg. Mensen die bezig zijn met depressie en zelfdoding vinden immers dat het aspect van de zelfzorg niet uit het oog mag worden verloren. Zelfzorg is een klein, maar niet onbelangrijk onderdeel. De centrale vraag daar is: hoe kunnen we mensen informatie geven opdat ze aan gezondheidsbevordering kunnen doen inzake geestelijke gezondheidszorg? We doen dat al wanneer het gaat over voedingsadviezen, alcohol, enzovoort, maar heel weinig wanneer het gaat over de geestelijke gezondheidszorg. Dat is de bedoeling van deze publiekscampagne.

Er werd een vraag gesteld over preventie en de rol van de partners, van de CGG's. Er zijn 21 erkende CGG's waar een suïcidepreventieproject loopt. Acht voltijdse equivalenten zijn vrijgesteld om zich enkel en alleen bezig te houden met suïcidepreventie. De bedoeling daarvan is natuurlijk ook de hulp- en dienstverlening binnen de centra zelf te bevorderen. Dan denk ik aan het protocolleren, aan de deskundigheidsbevordering en dergelijke. Het zijn ook de centra die de vorming ten behoeve van de intermediaire instanties ontwikkelen. Zo zijn er bijvoorbeeld pakketten die worden gegeven specifiek voor politiemensen. Dat is duidelijk een doelgroep. Dan zijn er ook nog de CLB's, de huisartsen en de thuiszorg. Het zijn die preventiewerkers die lokale en regionale samenwerkingsverbanden stimuleren. Het versterken van die samenwerking is essentieel. Ze zorgen ook voor de opvang van nabestaanden na zelfdoding. Daarvoor bestaan er ook zelfhulpgroepen, maar het is belangrijk een therapeutisch traject te kunnen leiden indien dat nodig is.

Ook steunt de Vlaamse overheid het project van de European Alliance against Depression. De bedoeling is om die netwerken en die deskundigheidsbevorde-

ring veel meer in kaart te brengen, net als de diagnosestelling en de therapie, zodat er verbeteringen kunnen worden aangebracht. Net omdat de samenwerking met de federale overheid erg belangrijk is, hebben we een task force Geestelijke Gezondheidszorg opgericht. We volgen deze werkgroep van zeer nabij, hoewel er niet altijd sprake is van dezelfde snelheid bij de gemeenschappen en de federale overheid.

Ook is er binnen de administratie Onderwijs een samenwerkingsprotocol afgesloten met de CLB's. Zij hebben heel duidelijk de begeleiding met betrekking tot het psychosociale welzijn van de leerlingen als taak gekregen.

Zeer recent hebben we dan ook nog een protocol afgesloten met de minister van Onderwijs voor het aanstellen van een gezondheidscoördinator. Vanuit Welzijn hebben we doelstellingen geformuleerd waar die coördinator van zal uitgaan als hij de scholen gaat helpen bij het ontwikkelen van een beleid. Ze moeten een stappenplan opstellen. We gaan ervan uit dat de scholen daartoe zelf voldoende in staat zijn. We hebben doelstellingen geformuleerd inzake preventie, gezonde voeding, beweging, enzovoort, maar ook heel duidelijk alles betreffende depressie en zelfdoding opgenomen. Dat zal dus ook een deel zijn van de gezondheidsplannen die gestalte zullen krijgen in de scholen zelf.

We hadden het al even over de CGG's en de wachttijden daar. U weet dat we met de CGG's onderhandelen over de convenants. Ik vind het vervelend dat ik daar steeds naar moet verwijzen, maar die onderhandelingen zijn bezig en ze zijn essentieel voor de verdere ontwikkelingen in deze sector. Mee onder de impuls van de voornoemde suïcidepreventiewerkers, hebben de CGG's procedures ontwikkeld waarbij patiënten worden gescreend op een suïciderisico. Wie een verhoogd risico op suïcide blijkt te hebben, kan prioritair worden behandeld en belandt niet op de wachtlijst. Dat is belangrijk. Alle CGG's hebben die procedures.

Dat maakt deel uit van de gesprekken die we momenteel voeren met de CGG's. We benadrukken daarbij dat we het belangrijk vinden dat er prioriteiten worden gesteld. Dat is een heel moeilijk debat en daarom hebben die onderhandelingen tijd nodig. We vinden het echter essentieel. Natuurlijk kan iedereen op de ene of de andere wijze behoefte hebben aan therapeutische en psychosociale ondersteuning, maar de vraag rijst welke rol de centra daarbij spelen en welke

doelgroepen prioritair moeten worden aangepakt. Dat bepaalt immers welke mensen voorrang krijgen. Het is een moeilijk, maar essentieel debat. We moeten daar immers keuzes durven maken, om onze goed opgeleide mensen zo goed mogelijk in te zetten en onze sterktes en kwaliteiten zo goed mogelijk te gebruiken. Ze moeten daar worden ingezet waar de grootste problemen bestaan.

In het licht daarvan zullen we bekijken waar we verder zullen uitbreiden. Er moeten afstemmingen tussen en afspraken met de CGG's komen. Een van de belangrijkste elementen daarin is, wat mij betreft, het doen toenemen van het cliëntcontact, de gesprekken onder vier ogen. Dat is echter een delicaat punt bij de onderhandelingen. We moeten dat samen kunnen aanpakken. We zullen bekijken hoe de onderhandelingen verlopen.

Het uitbreidingsbeleid is onder meer al ingezet met het VIA-akkoord. Het gaat dan toch over veertig voltijdse equivalenten voor de CGG's. Het is mijn bedoeling die prioritair in te zetten voor kinderen en jongeren. Daar zijn de wachtlijsten immers het langst.

De jeugd- en kinderpsychiatrie is een federale materie. We volgen dit nauwgezet, maar het is niet evident dit aan te pakken. Wanneer we kijken naar de residentiële opvang in de kinderpsychiatrie, vind ik het jammer te moeten vaststellen dat er in Vlaanderen binnen de bestaande programmatie momenteel nog vijftien K-bedden openstaan. Indien nodig, zouden deze bedden dus kunnen worden erkend en toegekend. Er is nog ruimte voor uitbreiding, maar dit programma is dus nog niet ingevuld. Dat is niet vanzelfsprekend: we pleiten enerzijds voor een aantal zaken bij de federale overheid, maar in de programmatie is er anderzijds nog ruimte.

Welke definities hanteren we? Suïcide is zelfdoding uit vrije wil; een suïcidepoging is een poging tot suïcide waarbij een individu daadwerkelijk de intentie heeft om zichzelf om het leven te brengen. Automutilatie en zelfverwonding zijn zelfbeschadigend gedrag dat regelmatig voorkomt en waarbij de wens tot overlijden duidelijk niet aan de orde is. Zelfbeschadigend gedrag is een algemene term die op een scala van gedragingen toepasbaar is. Er is dus een groot verschil tussen automutilatie en zelfdoding. Het doel verschilt fundamenteel.

Uit een onderzoek blijkt dat in West-Vlaanderen 13,1 percent van de ondervraagden melden dat ze

ooit zelfbeschadigend gedrag hebben vertoond. De helft van die mensen zegt dat ze zichzelf ooit echt hebben willen doden toen ze te veel pillen innamen of zichzelf op een andere manier probeerden lichamelijk te beschadigen. Deze cijfers tonen aan dat verder onderzoek nodig is.

De preventie van zelfdoding en de preventie van zelfverwonding zijn ons inziens twee aparte zaken. Ze leunen bij elkaar aan, maar toch is een verschillende aanpak nodig. De rol van scholen, jeugdverenigingen en jeugdhuizen in het preventiebeleid inzake zelfdoding is essentieel. Het is belangrijk dat er met hen collectieve gezondheidsovereenkomsten worden afgesloten. De sector moet zich engageren. Tezelfdertijd moet de sector de kans krijgen mee te werken aan een draaiboek waarin preventie maar ook nazorg aan bod komen. Er moet ook aandacht worden besteed aan kinderen van wie een ouder of grootouder zelfmoord heeft gepleegd. We moeten leren de signalen op te vangen van een kind dat verdriet heeft na zo'n drama. Dat is de primaire preventie.

De secundaire preventie heeft te maken met voorlichtingsavonden voor ouders; met vormingscursussen die vooral preventiewerkers aanbieden; met vaardigheidstrainingen voor risicjongeren en met het samenwerkingsprotocol tussen de Integrale jeugdhulp en de CLB's.

Het preventiebeleid inzake zelfverwonding steunt op twee pijlers. We nemen initiatieven ter bevordering van de gezondheid van jongeren die alcohol en drugs gebruiken. Verder willen we met specifieke programma's jongeren met zelfbeschadigend gedrag adequaat behandelen en begeleiden. Automutilatie kan verslavend zijn. De hulpverlening moet daarmee rekening houden. Snel ingrijpen is bijgevolg heel belangrijk. Ook informatie over automutilatie is erg belangrijk. We moeten leren om de achterliggende problemen aan te pakken. Die problemen moeten worden gedetecteerd; nadien moeten de mensen naar de juiste instanties worden doorverwezen. Vaak gebeurt dat laatste niet goed. Men moet doorverwijzen naar de kinderpsychiater of de kinderdienst van de CGG's, of naar andere diensten. Bij automutilatie willen we de aandacht toespitsen op de dieperliggende oorzaken. Bij depressie en zelfdoding gebeurt dat niet altijd, en als het gebeurt dikwijls ook minder. Vaak gaat het bij automutilatie over zeer complexe problemen zoals kindermishandeling, incest, emotionele verwaarlozing, middelengebruik en eetstoornissen. Een aparte aanpak is nodig.

Het Centrum ter Preventie van Zelfmoord heeft een telefoonlijn. Een avond per week, afwisselend op dinsdag en donderdag, telkens van 19 uur tot 21.30 uur, kan men het centrum ook via een chatroom op het internet contacteren. Op de website van 'Klasse' is in 2004 een forum uitgebouwd. Jongeren kunnen er terecht met vragen over zelfdoding. Drie medewerkers van het project Zelfmoordpreventie van de CGG's monitoren het forum. In het kader van het actieplan richt de werkgroep zich vooral op de nabestaanden. Men werkt aan informatieve websites voor kinderen en jongeren.

Ik heb het vroeger al gehad over wat ik zelf onderneem. Onze projecten hebben te maken met de berichtgeving in de pers en de nazorg voor suïcidepogers. Lopende projecten beogen de deskundigheid van huisartsen te bevorderen, onder meer via websites. Lopende projecten zijn: MBCT, de opvang van suïcidepogers in de ziekenhuizen, aandacht voor kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen, de verbetering van de werking van de CGG's dankzij het EAAD-netwerk dat met Europese steun werkt, en ten slotte ook de opvang en ondersteuning van nabestaanden. In de eerste helft van 2006 worden nieuwe projecten opgestart. Het gaat over de tien positieve stappen, zoals de publieksinformatie en een specifiek project over holebi's en zelfdoding.

Het is niet de bedoeling dat personen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen terecht komen in een apart zorgcircuit. Ze moeten worden opgevangen in ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, CGG's, psychiaters, psychologen, huisartsen, enzovoort. De projecten in Limburg hebben tot doel om daartoe een zorgcontinuüm uit te bouwen.

Momenteel lopen die projecten nog. Tussentijdse evaluaties zijn in dit geval onwetenschappelijk. Eens we positieve besluiten kunnen trekken, willen we de toepassing ervan verruimen. Ik denk dan in de eerste plaats aan het MBCT-project en de opvang van suïcidepogers in ziekenhuizen. Dat laatste project loopt af in juli; de resultaten zullen eind september bekend zijn. Het MBCT-project loopt nog een tijdje. Follow-up is nodig. Pas na drie jaar zullen we kunnen oordelen of het aantal recidivisten echt daalt.

Senioren worden geconfronteerd met problemen die de kans op zelfdoding vergroten: rouw en verlies, de zoektocht naar een identiteit, eenzaamheid enzovoort. Deskundigheidsbevordering ten behoeve van de rust- en verzorgingstehuizen en de thuiszorg kan goede resultaten opleveren. In deze doelgroep is het taboe nog groter dan elders. Er is nog werk aan de

winkel, vooral op het vlak van informatieverstrekking, sensibilisering en het bespreekbaar maken van het thema, bijvoorbeeld in de Vlaamse Ouderenraad. Toen ik de Vlaamse Ouderenraad heb opgericht, heb ik dit onderwerp onmiddellijk ter sprake gebracht. Men mag zich niet alleen bekommeren om mobiliteit en vrije tijd. Die representatieve structuur heeft er alle belang bij om dit onderwerp bij ouderen bespreekbaar te maken.

Het federale niveau heeft terzake een belangrijke taak. Die doelgroep is vatbaar voor middelengebruik. We willen samen met de federale overheid een coherent plan uitwerken. Ik zal alleszins niet op het federale niveau wachten om een beleidsplan uit te werken. Ons huiswerk is al vergevorderd. Normalerweise zal medio 2006 ons plan worden besproken.

**De voorzitter:** Dit uitvoerige en degelijke antwoord zou sommige vraagstellers kunnen doen blozen. Ik wil eraan herinneren dat we het later nog over het Europese Groenboek over de geestelijke gezondheid zullen hebben. Daarin wordt een aanpak voorgesteld. Dat zal binnen enkele maanden gebeuren. Op dat ogenblik zal de minister beter weten hoe de uiteindelijke tekst er zal kunnen uitzien. Op basis van wat Europa wenst en de voorafspiegeling van het beleid dat de minister hier heeft verwoord, kunnen we dan over de politieke keuzes een goed gesprek voeren.

De heer Caron heeft het woord.

**De heer Bart Caron:** Ik dank de minister voor haar uitvoerige en degelijke antwoord. Wat de jeugd- en kinderpsychiatrie betreft, had de minister het over 15 procent?

**Minister Inge Vervotte:** Wij vragen een uitbreiding, maar er zijn vandaag nog 15 K-bedden niet ingevuld.

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Ik dank de minister voor haar uitvoerige antwoord. Daaruit blijkt dat ze bereid is om hiervan een prioriteit te maken. Dit gedetailleerde antwoord wil ik even laten bezinken. We zullen op dit probleem in de commissie al vlug terugkomen, als andere documenten ter bespreking op tafel liggen.

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

**Mevrouw Margriet Hermans:** Ook ik dank de minister voor haar antwoord. Ik waardeer vooral haar

multifactoriële aanpak. Ik waardeer ook dat ze dat via de bestaande structuren en instellingen wil doen. Er is geen nood aan aparte structuren. Daarom is het belangrijk dat de deskundigheid van huisartsen wordt bevorderd. In elk geval moet dat niet een taak van de leerkrachten worden, want die mensen worden overladen met werk. Ik denk wel dat de CLB's daarin een belangrijke rol zouden kunnen vervullen.

Ik ben blij dat men het probleem bij de senioren ernstig neemt. Die groep wordt alsmaar groter. Ik denk dat die chatroom een goed idee is: kunnen de openingsuren niet worden uitgebreid?

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

**Mevrouw Mieke Vogels:** Ik dank de minister voor haar antwoord. Ik mis daarin wel de rol van de LOGO's. De realisatie van de gezondheidsdoelstellingen is hun taak. Over roken of minder vet eten kan men gemakkelijker projecten uitwerken dan voor het verminderen van depressies en zelfmoord. Men moet samen met de LOGO's bekijken hoe ze met jeugdbewegingen en jeugdclubs projecten kunnen uitwerken.

De heer Caron had het over die 15 niet-ingevulde K-bedden. Hoe komt dat? Blijven de ziekenhuizen in gebreke, of draagt de federale overheid schuld omdat de subsidies onvoldoende zijn?

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** De Gezondheidsconferentie heeft veel waardevol materiaal opgeleverd. Op basis van het actualiseerde materiaal zal de minister een ontwerp van Gezondheidsdoelstellingen uitwerken. De Vlaamse Gezondheidsraad zal dat bekijken. Nadien gaat het dossier naar de regering. Eens de regering dat heeft onderzocht, gaat het naar het Vlaams Parlement. Normalerweise zullen we in het najaar daarover dus kunnen debatteren.

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

**Minister Inge Vervotte:** Om een nieuwe dienst op te richten, heeft men twintig bedden nodig. Er zijn echter in de bestaande diensten nog vijftien bedden beschikbaar. We zullen de LOGO's een taak geven. Dat impliceert natuurlijk dat we zorgen voor informatie en vorming. Eens de doelstelling is vastgelegd, kunnen we samen met de preventiewerkers van de CGG's onderzoeken hoe dat moet worden aangepakt.

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

**Mevrouw Anne Marie Hoebeke:** Mijnheer Martens, ik heb het moeilijk met wat u zegt in verband met het onderwijs.

Mevrouw de minister, in de uitgave van Klasse over dit onderwerp, wordt verwezen naar de open lijn bij Klasse. De heer Defauw bemant die samen met twee psychologen dagelijks. Hij krijgt ook elke dag telefoons over dit onderwerp. Is het niet aangewezen om hem eventueel ook voor een hoorzitting uit te nodigen?

Het is me bekend dat bepaalde scholen van het gemeenschapsonderwijs een leerkracht ter beschikking stellen van jongeren met dergelijke problemen, en dit in samenspraak met het CLB. Ik denk bijvoorbeeld aan leerkrachten zedenleer of godsdienst, maar die mensen zijn eigenlijk niet opgeleid om die signalen te detecteren. Het is misschien wenselijk om onze horizons en die van de experts te verruimen door ook hen hier uit te nodigen.

Ik zal straks mijn vraag om uitleg over zelfverminking niet meer stellen omdat u er al grotendeels op hebt geantwoord. U hebt één aspect niet aangehaald, namelijk dat zelfverminking veel meer voorkomt bij meisjes dan bij jongens. Is daarnaar onderzoek gevoerd? We zien bijvoorbeeld ook dat veel meer meisjes aan een eetstoornis lijden, en dat heeft volgens mij te maken met dezelfde psychische knoop.

**De heer Luc Martens:** Ik heb inderdaad misschien een ietwat provocatieve opmerking gemaakt met betrekking tot het onderwijs, maar ik blijf dit doen. We gaan nogal gemakkelijk voorbij aan de thuissituatie van kinderen en wijzen meteen op de rol van het onderwijs. We springen telkens over de eerste evidente lijn waarvoor we op een breed maatschappelijk vlak inspanningen moeten blijven doen. Of dit nu via opvoedingsondersteuning is of via een totale context waarin relaties zich op een meer succesvolle manier kunnen ontwikkelen, maakt me niet uit. Deze inspanningen moeten eerst gebeuren en daar wordt nogal eens aan voorbijgegaan. We hebben het meteen over het onderwijs. Als we deze dingen toch van het onderwijs verlangen, dan moet dat onderwijs een maatschappelijk draagvlak krijgen om zich daarop te kunnen organiseren. Er moeten daartoe dan ook middelen worden vrijgemaakt en dat is vaak niet het geval. Het is vanuit die zorg dat ik een en ander misschien wat provocatief heb verwoord.



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

**De heer Bart Caron:** Mijnheer Martens, u hebt gelijk, maar ik wil toch op enkele zaken wijzen. In de privé-sfeer van het gezin is het niet geoorloofd dat de overheid vanuit een maatschappelijke doelstelling ingrijpt. We komen niet tussen in de privé-sfeer van het gezin. De eerste plaats waarin de samenleving een gespreksplatform vindt voor het bespreekbaar maken van dergelijke problematiek, is het onderwijs. Die bekommernis heb ik willen uiten.

We moeten het onderwijs inderdaad niet belasten met alle mogelijke opdrachten van de samenleving. Het is wel zo dat het onderwijs wel degelijk een publiek forum is. Ik ben het met u eens dat het onderwijs leerlingen niet alleen tot goede technocraten moet opleiden, maar ook tot goede mensen in de brede betekenis van het woord. Als het taboe omtrent zelfdoding zo'n cruciaal punt is, dan is het onderwijs de meest uitgelezen plek om daar iets aan te doen. Ik heb het dan niet over een signaalgevende functie of over acties, maar over het bespreekbaar maken van dit thema.

**De heer Luc Martens:** Ik ben het niet helemaal met u eens dat de gezinssfeer louter een privé-karakter heeft. De wijze waarop mensen gestalte geven aan een relatie is iets waarnaar met het grootste respect moet worden opgekeken, maar het is duidelijk dat successen of mislukkingen van gezinnen maatschappelijke effecten hebben. Er moet een kader worden gecreëerd waarin het vooruitzicht op succes meer kansen krijgt.

**De voorzitter:** Het Groenboek en de vooruitgang van de minister geven ons stof genoeg voor een brede gedachtewisseling. We zullen het moment later vastleggen.

Het incident is gesloten.

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Greet Van Linter tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling in Brussel**

**De voorzitter:** Mevrouw Van Linter heeft het woord.

**Mevrouw Greet Van Linter:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, elk jaar verhoogt het aantal

meldingen van kindermishandeling. De oproepen bij de vertrouwenscentra nemen sinds hun oprichting in 1994 onophoudelijk toe. Het gaat om duizend nieuwe klachten per jaar in Vlaams Brabant en in Brussel stijgt het aantal meldingen met een kwart per jaar. U lanceerde samen met de vertrouwenscentra begin vorig jaar een sensibiliseringscampagne. De stijging van het aantal meldingen betekent echter niet noodzakelijk dat er meer kinderen worden misbruikt. Er wordt aangenomen dat mensen nu meer dan vroeger de moed hebben om hierover te praten en hulp te zoeken.

Het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling in Brussel ontvangt jaarlijks meer dan 1000 meldingen en behandelt meer dan 800 kinderen en hun familie. Door een tekort aan personeel en de twee meldingsstops die daaruit volgden, werden enkel de meest schrijnende gevallen nog geholpen. Dit stond in de pers op 21 januari 2006. U werkt op dit moment aan een actieplan voor de zes centra. De sector vreest echter dat er onvoldoende rekening zal worden gehouden met de specifieke Brusselse situatie. Het Brusselse vertrouwenscentrum wordt gesubsidiëerd door de Vlaamse Gemeenschap, en de Vlaamse Gemeenschapscommissie zou reeds geld hebben vrijgemaakt voor een extra werknemer.

Elk centrum krijgt 300.000 euro per jaar voor de basiswerking van het personeel, zoals artsen, psychiaters, pediaters, maatschappelijke assistenten en administratieve krachten. De VGC geeft een extra subsidie voor een fulltime personeelslid en de werkingskosten die dat meebrengt. Deze subsidie moet jaarlijks worden aangevraagd. In het totaal gaat het voor Vlaanderen over 1,3 miljoen euro die wordt verdeeld onder de zes centra in functie van het aantal kinderen. In Brussel krijgt het centrum een forfait plus een toeslag van 5 procent, omdat Brussel 5 procent voor het Vlaamse Gewest betekent, wat eigenlijk niet helemaal met de realiteit strookt. Subsidies zijn niet toereikend omdat de berekening gebeurt op basis van het aantal minderjarige Nederlandstalige kinderen in Brussel dat een beroep doet op Nederlandstalige instellingen in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest, en dat wordt geraamd op 20 procent van de Brusselse minderjarigen.

Blijkt echter dat de bezorgdheid omtrent de onderfinanciering terecht is. De situatie in de hoofdstad verschilt van die van de andere Vlaamse provincies. Ten eerste weet niemand exact hoeveel kinderen jonger dan 18 jaar in Brussel wonen. Ten tweede krijgt het centrum in Brussel te maken met erg veel andersta-

ligen. De gesprekken nemen dan ook veel meer tijd in beslag als gevolg van de culturele verschillen en taalproblemen. Dit zorgt voor enorme tijdsdruk bij het personeel.

Brussel ligt dan ook nog centraal en is van groot belang voor mensen uit Vlaams-Brabant. Voor wie in Wemmel woont, ligt het dichtstbijzijnde centrum in Brussel. Het centrum is dus ook een trekpleister voor zorgbewegingen in de Rand. Brussel is een grote stad waarin anonimiteit een belangrijke rol speelt. Daardoor is de drempel lager om zich tot een centrum in Brussel te wenden dan een centrum in Vlaams-Brabant. De helft van de hulpaanvragen komt dan ook uit Halle-Vilvoorde.

Leuven zou in Halle een antenne hebben, met bijkomende middelen uit de provincie. Brussel vangt echter meer kinderen uit de Rand op dan deze antenne in Halle.

In het decreet en het besluit wordt voor de subsidie-regeling een duidelijke opsplitsing gemaakt tussen Brussel en Vlaams-Brabant, maar in de praktijk is dat niet zo. Nergens staat vermeld dat elk centrum zich enkel mag bezighouden met mensen uit de provincie. Dat zou ook jammer zijn in deze delicate dossiers. Brussel is het kleinste centrum, maar niet op het vlak van werk. Men heeft in Brussel even veel werk als in Limburg, maar de werkmiddelen zijn veel lager.

Kind en Gezin erkent het probleem en heeft al tweemaal een voorstel voor een extra subsidiëring van 25.000 euro aangekaart. Er werd een dossier ingediend, maar aangezien er een budgettaire stop is, komen er geen extra middelen.

Mevrouw de minister, op dit moment werkt u aan een actieplan. Dat is goed. Op het terrein is men daar zeer tevreden over, maar volgens de sector wordt niet gesproken over de specifieke situatie van Brussel. Het Brusselse centrum vreest dat de specifieke noden – meer middelen en meer duidelijkheid over de subsidies voor Brussel en Vlaams-Brabant – verloren zullen gaan in het geheel, aangezien het actieplan over de zes centra handelt.

Mevrouw de minister, klopt het dat het Brusselse centrum meer kinderen uit het arrondissement Vilvoorde behandelt dan uit Brussel? Hoe wordt de stijgende werkdruk, als gevolg van de taalbarrière en de cultuurverschillen, in het centrum opgevangen?

Krijgt het centrum hiervoor extra middelen? Zal het centrum in de toekomst meer middelen krijgen?

Kunt u bevestigen dat in Brussel met 6,5 voltijds equivalenten gewerkt moet worden, terwijl in Vlaanderen voor een gelijk aantal meldingen tot driemaal meer voltijds equivalenten beschikbaar zijn? Welke maatregelen zult u nemen om het personeelstekort te verhelpen?

Aangezien Kind en Gezin in het verleden de ernst van de situatie wel degelijk erkende, wil ik vragen of u in uw actieplan specifieke maatregelen hebt opgenomen voor het centrum in Brussel. Zo ja, welke?

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

**Mevrouw Mieke Vogels:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, Brussel is altijd een aparte situatie. Men voert een beleid voor de Vlamingen in Brussel, maar die Vlamingen zijn steeds meer een multiculturele realiteit. Dat stelt speciale eisen aan de hulpverlening, zeker voor delicate situaties als kindermishandeling. Kindermishandeling in andere culturen vraagt ook andere methodieken om erover te praten. Dat is een extra belasting voor het vertrouwenscentrum in Brussel.

Brussel trekt ook een aantal mensen uit de Rand naar zich toe. Dat betekent dat het vertrouwenscentrum in Brussel meer dan 1000 oproepen per jaar krijgt. Dat is een onhoudbare situatie.

Niet alleen Kind en Gezin onderkent de moeilijkheden of de ernst van de problematiek. Mevrouw de minister, naar aanleiding van een vraag van mevrouw Byttebier, antwoordde Brussels staatssecretaris Grouwels op 3 februari dat zij het probleem onderkent, er met u al over gepraat heeft en dat ook u het probleem onderkent. We zijn dicht bij een oplossing, want iedereen onderkent het probleem.

Mevrouw de minister, staatssecretaris Grouwels stelde ook dat ze op korte termijn hierover verder met u zou praten. Heeft het gesprek al plaatsgevonden? Is er zicht op de maatregelen die u zult nemen, eventueel samen met uw Brusselse collega, om de prangende problematiek van het vertrouwenscentrum in Brussel aan te pakken?

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, ik ga niet in op de specifieke situatie van het Brusselse cen-

trum. De vermelde trend klopt: het aantal meldingen bij de centra stijgt. Het gaat dan om hulpverleners die al met een kind werken en om meldingen vanuit een gezin.

Ik ben heel benieuwd naar het antwoord op de vragen van mevrouw Van Linter. In Vlaanderen zouden er drie voltijdse equivalenten meer beschikbaar zijn, zo werd gesteld. In de Vlaamse centra wordt het personeel zeer efficiënt ingezet. Er wordt zeer goed werk geleverd, maar er is inderdaad sprake van een tijdsdruk.

Ook tijdens de besprekingen van de beleidsbrief hebben we het gehad over die vertrouwenscentra kindermishandeling. U hebt toen verwezen naar het actieplan. U wilt die centra verankeren in het landschap. U gaf toen al aan dat er een aantal concrete initiatieven zouden worden genomen. Blijkbaar zou er eerstdaags worden overlegd. Het zou interessant zijn als daar afspraken worden gemaakt met de centra, die na verloop van tijd voelbaar worden in de sector, dat deze commissie daarover zou worden geïnformeerd.

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mijnheer de voorzitter, ik wil de discussie veralgemenen tot vertrouwenscentra op zich. Mevrouw de minister, misschien lijkt dat echter niet opportuun naar aanleiding van de Brusselse situatie en is het beter de problematiek van de vertrouwenscentra te bekijken wanneer we uw algemeen plan voor de jeugdzorg concreet bekijken. Ik neem aan dat in dit plan tal van mogelijkheden worden opgenomen met betrekking tot de problematiek van jongeren die het slachtoffer zijn van kindermishandeling.

Uiteraard wordt de crisishulpverlening versterkt. Naar aanleiding van discussies hier over intrafamiliaal geweld, werd ook een specifiek actieplan terzake aangekondigd. Misschien kan het dus worden besproken in de context van die beide plannen. Er moet worden gewaakt over de specifieke plaats die de vertrouwenscentra op dit ogenblik hebben, niet alleen omwille van hun aanpak, maar ook omdat er sprake is van een heel specifieke relatie tussen Welzijn en Justitie. Ik denk dat we de enigen ter wereld zijn die er deze delicate aanpak op nahouden. Er zijn garanties voor de hulpverleners dat ze kunnen werken, zij het in overleg met Justitie en met een stok achter de deur, zonder de vrees dat alles zal worden gecriminaliseerd, zodat ze deze problemen in gezinnen kunnen verhelpen in het voordeel van de kinderen.

We willen dit dus graag bespreken in het kader van de beide voornoemde plannen, maar blijven voorstanders van de zeer specifieke en aparte plaats die de vertrouwenscentra innemen. Als we er echt in geloven, moeten die centra dan wel het nodige geld en de nodige omkadering kunnen krijgen. Natuurlijk komen ze van heel ver. De eerste financiering van deze centra gebeurde voor een bedrag van 60 miljoen frank, voor alle Vlaamse centra samen. Er is dus vooruitgang geboekt. Ik vind dat we die weg moeten blijven bewandelen.

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

**Mevrouw Elke Roex:** Ik stel vast dat het Vlaams Belang voor de eerste keer de multiculturele samenleving in Brussel aanvaardt en hier zelfs pleit voor meer middelen voor het centrum, opdat het ook die mensen zou kunnen helpen. Dat is een grote stap voorwaarts. Ik hoop dan ook dat de vertegenwoordigers van die partij het echt zo bedoeld hebben.

**Mevrouw Greet Van Linter:** Ik stel gewoon een vraag om uitleg.

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

**Minister Inge Vervotte:** Mijnheer de voorzitter, ik ga niet mijn hele beleidsplan Kindermishandeling overlopen. Dat zou ons te ver leiden. Ik wil wel ingaan op de kwestie van het aantal meldingen en personeelsleden en de Brusselse situatie.

We hebben inderdaad zicht op de bewegingen van de meldingen. Het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brussel krijgt meer meldingen uit het arrondissement Halle-Vilvoorde dan uit het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest zelf. Dat is een ernstige evolutie. In 2004 kwam 42,1 percent van de gemelde voorvallen uit Halle-Vilvoorde tegenover 25,6 percent uit het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. 32,3 percent van de meldingen betrof kinderen uit andere gebieden of met een onbekende woonplaats. Iedereen erkent de extra moeilijkheden van het Vertrouwenscentrum Brussel door de cultuurverschillen. We mogen dat niet onderschatten. Andere culturen vergen een andere aanpak en methodiek. We moeten daarmee rekening houden. Bovendien kiest het Vertrouwenscentrum Brussel er expliciet voor om te zoeken naar tweetalig personeel. Ik kan me inbeelden dat dit niet altijd lukt en dat verzwaaert de werkdruk.

Het besluit over de subsidieregeling dateert van 17 mei 2002. Daarmee worden geen extra middelen toegekend voor cultuurverschillen, diversiteit en andere

accenten. Naast de Vlaamse subsidie krijgt het centrum in Brussel nog een subsidie van de Vlaamse Gemeenschapscommissie voor een meerkost van 1 VTE.

Het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brussel werkt met 6,5 VTE's. Of er in Vlaanderen voor een gelijk aantal meldingen 3 VTE's beschikbaar zouden zijn, kunnen wij niet bevestigen omdat de Vertrouwenscentra met een enveloppesubsidie werken. Elk centrum organiseert zijn werking en zijn personeelskader en dergelijke zelf, rekening houdend met de opdrachten en de aanwerving van een minimumteam dat wel vastligt in de reglementering. Op die manier kunnen we de centra onderling moeilijk vergelijken. Het zou ook oneerlijk zijn om de subsidies te vergelijken op basis van het aantal meldingen. Dat is slechts één aspect van de opdracht van een vertrouwenscentrum.

De laatste correcte en volledige meldingen waarover we beschikken, zijn die van 2004. Die van 2005 worden nog verwerkt. Brussel kreeg in 2004 een totaal aantal meldingen van 584. Dat is relatief laag in vergelijking met andere centra. Als we echter een vergelijking maken van aantal meldingen en aantal VTE's, dan scoort Brussel zeer hoog. De werkdruk ligt echter het hoogst in Antwerpen. Er verkeren zeker en vast nog centra in een gelijkaardige situatie. Een centrum kiest immers zelf om de enveloppe te besteden aan personeel of aan iets anders.

Begin 2005 zijn we gestart met een stappenplan. Dit moet vooral leiden tot het verfijnen van de opdracht en daaraan gekoppeld een herziening van de subsidiëring van de vertrouwenscentra. We zullen hierin zeker en vast aandacht besteden aan de specifieke situatie van Brussel, maar ook aan de parameters van een grootstad. Dat zal het nodige effect hebben en indien nodig zullen we daar specifieke maatregelen nemen. Nieuwe mogelijke parameters zijn bijvoorbeeld het aantal autochtonen, illegalen en de tweetaligheid.

In de huidige subsidieregeling is er slechts een beperkte specifieke berekening voor het Vertrouwenscentrum te Brussel vastgelegd, namelijk dat zij een lichte verhoging krijgen, 1 percent van de subsidie, met het oog op het verwerken van meldingen van minderjarigen van buiten Brussel. Op korte termijn – los van het stappenplan en de subsidieregeling – hebben we een overleg met het Vertrouwenscentrum Brussel.

Het is weliswaar niet evident, maar we vragen ons af of een deel van de meldingen uit Halle-Vilvoorde niet

kunnen worden doorverwezen naar de antenne van het vertrouwenscentrum in Leuven. In het vertrouwenscentrum in Brussel komen er immers meer mensen uit Halle-Vilvoorde terecht dan uit het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest. Dat is een scheefgroei. We willen met de mensen van dat centrum spreken, om te bekijken of er een bereidheid bestaat om mensen door te verwijzen die eigenlijk naar de voornoemde antenne zouden moeten gaan.

Die gesprekken zullen op korte termijn plaatsvinden. We moeten dit echter goed onder de loep nemen. Het centrum beschikt immers over een subsidie-enveloppe. Het aantal meldingen is daarbij slechts één parameter. Als we het aantal meldingen bekijken in het licht van de keuzes inzake personeelsaanwerving, dan zien we dat de werkdruk verschilt. Zo is de werkdruk nog zwaarder in Antwerpen, hoewel het duidelijk is dat Brussel ook hoog scoort. Al deze parameters moeten we in overweging nemen. We vinden het alleszins belangrijk te erkennen dat bij de subsidieregeling rekening moet worden gehouden met de grootstedelijke problematiek.

**De voorzitter:** Mevrouw Van Linter heeft het woord.

**Mevrouw Greet Van Linter:** Mevrouw de minister, ik ben tevreden met uw antwoord. Aan dit probleem blijkt u toch aandacht te besteden in het actieplan dat u voorstaat. Ik vind het vooral erg belangrijk dat er aandacht is voor de scheefgroei die ontstaat door de meldingen uit Halle-Vilvoorde die in Brussel moeten worden behandeld. Ik weet echter niet of de lichte verhoging met 1 percent waarover u het hebt, zal volstaan. Ik veronderstel dat men in een dergelijk delicaat domein altijd wel streeft naar meer en meer vraagt. We zullen afwachten hoe dit wordt geëvalueerd.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

---

**Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het beleid inzake jonge weglopers**

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb inderdaad een vraag over het beleid betreffende jonge weglopers. Ik heb deze vraag ingediend naar aanleiding van door Child Focus bekendgemaakte cijfers. Zo stelt Child Focus de

jongste jaren een vrij gestage groei vast in het aantal dossiers dat het opent. In 2004 waren dat er 1375, het jaar voordien 1244. Dat komt neer op een drie- tot viertal nieuwe dossiers per dag. In 34 procent van de gevallen gebeurde de verdwijning in Vlaanderen. Het gaat dan over ongeveer 470 jongeren. Dit is natuurlijk slechts het topje van de ijsberg. Het gaat immers over de geregistreerde wegløopsituaties, die bij Child Focus worden gemeld. Twee derde van de geregistreerde wegløopers blijken meisjes te zijn. In bijna een derde van de gevallen gaat het over een onrustwekkende verdwijning, zoals bepaald in een ministeriële richtlijn. Ruim vier op tien jongeren zijn jonger dan vijftien jaar. De piekleeftijd ligt tussen vijftien en zeventien jaar.

Uit een studie van Child Focus, in samenwerking met de Koning Boudewijnstichting, blijkt dat wegløopers weinig of geen gebruik maken van het bestaande hulpverleningsaanbod en -voorzieningen. Die blijken te weinig gekend te zijn. Dirk Depover van Child Focus concludeert het volgende: 'Wegløopers maken nauwelijks gebruik van officiële hulpkanalen, omdat die niet genoeg bekend zijn. De jongeren weten niet waar ze terecht kunnen en zien geen andere optie dan van huis weg te lopen.' Nochtans bestaat er binnen de hulpverleningsvoorzieningen een duidelijk uitgewerkt aanbod. Zo lopen er in het kader van heel wat CAW's diverse projecten in diverse regio's.

Mevrouw de minister, welke initiatieven werden reeds genomen om de jongeren- en gezinshulpverlening bekend en zichtbaar te maken voor jongeren en hun ouders? Jongeren die weglopen uit een instelling of voorziening hebben een ander profiel dan jongeren die uit een standaardgezinssituatie of niet uit een voorziening weglopen. Bestaat er voor die doelgroep een specifiek hulpverleningsaanbod?

Onder de naam Welcome Back financierde de Koning Boudewijnstichting in 2005 negentien verschillende projecten die jongeren en hun gezin hielpen om te leren uit de crisis die ze hadden doorgemaakt of nog doormaakten, en om hun gedrag te wijzigen zodat de situatie thuis zou verbeteren en enigszins leefbaar zou worden. Op welke wijze kan er opvolging worden gegeven aan de Vlaamse initiatieven? Zullen ze geëvalueerd worden? Zullen ze, als desgevallend die evaluatie positief uitvalt, veralgemeend worden in uw beleid?

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, weglopen betekent heel veel leed voor de ouders, en is bovendien

erg risicovol voor de jongeren zelf. Het is schokkend vast te stellen dat het gaat om 6 tot 7 procent van de jongeren. In de leeftijdscategorie van 15 tot 16 jaar is bijna één op de drie jongeren langdurig – dat is voor ten minste een nacht – weg. Uit de cijfers blijkt dat er meer meisjes wegløopedrag vertonen dan jongens, maar dat zou liggen aan het feit dat ouders sneller aangifte doen in het geval van een meisje.

In 2004 stelde ik hierover een vraag aan minister Byttebier, die antwoordde dat de cijfers van Child Focus uit een telling van het aantal meldingen komen. Wanneer dezelfde jongere meermaals van thuis wegløopt, wordt hij telkens opnieuw geteld. Daarnaast zou er ook een 'dark number' zijn van wegløopers die nooit geregistreerd worden. Thuisloze jongeren worden in sommige tellingen gewoon bij de wegløopers geteld. In andere worden ze – terecht – als een aparte groep beschouwd. Volgens uw voorgangster moest er dan ook een realistischer telling komen. Is die er intussen? Wat zijn de exacte cijfers van het aantal wegløopers nu?

Voor de redenen voor het weglopen zijn onrustwekkend. Uit studies blijkt dat er drie redenen zijn waarom jongeren zeggen weg te lopen: suïcidale gedachten, druggebruik en een familiale problematiek met gescheiden ouders. Dat zijn drie thema's die hier geregeld in de commissie aan bod komen. Voor een integrale en effectieve aanpak van het wegløopersprobleem moeten in de eerste plaats die oorzaken worden aangepakt. Dé wegløoper bestaat niet; daarom is een zeer flexibel beleid nodig. Ik ga niet verder in op suïcidaal gedrag, druggebruik en echtscheidingsproblematiek, thema's die we al meermaals hebben behandeld, maar om het wegløopersprobleem aan te pakken, moeten we vooral werken aan die oorzaken.

Een andere verontrustende vaststelling blijft dat heel wat jongeren de bestaande hulpverleningsinstanties niet kennen. Slechts 2,3 procent van alle wegløopers kwam al in contact met hulpverleningsorganisaties. Een toegankelijk hulpverleningsaanbod zou nochtans veel leed kunnen voorkomen. In welke mate wordt dat probleem aangepakt?

Uw voorgangster vertelde dat zowel het onderwijs als organisaties voor vrijetijdsbesteding betrokken kunnen worden bij het voorkomen van problemen. Daarvoor zouden ze verschillende partners kunnen inschakelen. In hoeverre is dat al gebeurd, en op welke manier?

Nog erg vaak zijn jongeren die door wegløopedrag een tijd onwettig afwezig waren op school, daarna niet meer welkom. Dat creëert vanzelfsprekend

opnieuw een hele reeks van problemen. Het gaat dus niet alleen om sensibilisatie en om het maatschappelijk bespreekbaar maken van de thematiek. Het is heel belangrijk dat het onderwijs daar oog voor heeft. Wie weggelopen is en terugkeert, moet daarna de draad weer kunnen opnemen.

Uit cijfergegevens blijkt dat Vlaanderen erg hoog staat in de statistieken van weglopers. In Wallonië bijvoorbeeld ligt het percentage slechts op 4 en in Nederland op 2 procent. Is daar een verklaring voor?

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

**Mevrouw Marijke Dillen:** Mijns inziens kan er weinig kritiek worden gegeven op de lopende initiatieven. Het knelpunt is wel dat jongeren die van thuis weglopen in paniek slaan als ze beseffen wat ze hebben gedaan. Ze kennen de weg naar de hulpverlening niet. Vorige week stond er in een krant nog een interview met een meisje van 16 of 17 jaar die was weggelopen. Gelukkig was ze weer thuis. Dat meisje zei echter wel dat ze niet wist wat gedaan toen ze besepte wat er was gebeurd. Naar huis durfde ze niet, maar een alternatief had ze ook niet. Ik dring er dus op aan om de bestaande initiatieven bekender te maken. Dat moet niet veel kosten. Dat zou bijvoorbeeld in de publicaties van de onderwijssector kunnen gebeuren. Klasse wordt door de jongeren gelezen: het kost niets om dat kanaal te gebruiken.

Vorig jaar heeft de Koning Boudewijnstichting een aantal initiatieven gefinancierd. Het is nog veel te vroeg om die initiatieven nu al te evalueren. Worden ze voortgezet? En hoe zit het op het vlak van de financiering? Het zou spijtig zijn dat nuttige initiatieven abrupt zouden worden afgebroken.

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

**Minister Inge Vervotte:** Het probleem van het weglopen mogen we niet onderschatten. Een klein gedeelte van de weglopers zoekt en vindt de weg naar de hulpverlening. Uit onderzoekingen blijkt dat weglopen vaak een krachtig signaal is aan het adres van de ouders. Jongeren willen zo zeggen dat het zo niet verder kan. Zo willen ze een crisis provoceren die voor verandering moet zorgen. Ten dele gaat het om problematisch gedrag waarvoor hulpverlening beschikbaar moet zijn, maar we geloven ook dat niet elke wegloper op professionele hulp een beroep zal moeten doen. Taboedoorbrekende informatie en duiding

voor ouders en jongeren helpt ons al een heel eind op weg.

Het Algemeen Welzijnswerk is in dit geval onze belangrijkste partner. Een beleid ten aanzien van deze jongeren is onderdeel van het reguliere beleid van de CAW's. De JAC's bieden een laagdrempelig aanbod voor jongeren. Ze zorgen ook voor informatieverbreiding, via organisaties zoals de JIP's, de jeugdbewegingen en de scholen. Ze werken ook met jeugdadviseurs. Dat zijn jongeren van 15 tot 19 jaar die van het JAC een training krijgen om andere jongeren uit hun kennissen- en vriendenkring te ondersteunen en de weg naar de hulpverlening te wijzen. Crisishulp is overigens goed uitgebouwd in de Integrale Jeugdzorg. Het zou ons te ver leiden om daar nu op in te gaan.

Jongeren die uit een voorziening weglopen, proberen zo een signaal van onbehagen en ontevredenheid te geven. Heroriëntering is in die gevallen soms mogelijk. Preventie is daarbij belangrijk. De Time-outprojecten verschillen van deze voor de spijbelaars. Het is de bedoeling om de jongeren wier begeleiding spaak loopt, te helpen. Vaak is gedurende een beperkte periode een individuele begeleiding nodig. Hervallen leidt immers vaak tot grote problemen.

De Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra (OOOC's) hebben een onthaalopdracht. Ze moeten dag en nacht minderjarigen gedurende een korte periode kunnen opvangen. Dankzij het Globaal Plan is de capaciteit van de OOOC's aanzienlijk toegenomen. Bovendien zijn er de netwerken Crisishulpverlening. We hopen dat ook daar het probleem van de weglopers wordt aangepakt.

Uit het dossier van het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk over weglopers blijkt dat goed uitgebouwde onthaalpunten echt wel nodig zijn. Ik kom nog terug op de voorwaarden. De zes projecten van het Algemeen Welzijnswerk worden ondersteund door de Koning Boudewijnstichting. De bedoeling van die steun was vooral methoden uit te werken en netwerken uit te bouwen. Die financiering liep tot eind 2005. De projecten worden nog uitgewerkt. De opvolging ervan door het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk heeft geresulteerd in een dossier dat in december 2005 is afgeleverd. Daarin wordt de visie van het Algemeen Welzijnswerk over weglopen verwoord. Dat past in de Welcome-backprojecten die het Algemeen Welzijnswerk organiseert ten behoeve van jongeren die van huis weglopen. Het dossier

bevat essentiële informatie om op termijn het probleem goed aan te pakken.

In de projecten wil men vooral aandacht besteden aan de eerste opvang en aan de betere bekendmaking van de bestaande hulpverlening via folders, affiches en gadgets. Zo wil men ook de ouders informeren. Minister Anciaux zal binnenkort de Jongerengids verspreiden. Daarin staat informatie over het hulpverleningsaanbod. De gids wordt verspreid via het jeugdwerk. Er is evenwel afgesproken dat dit in de toekomst ook via het onderwijs zal gebeuren.

Een derde punt is de ontwikkeling van het laagdrempelig hulpaanbod. Dat is een niet onbelangrijke taak voor de Integrale Jeugdzorg, met de OOOO's en andere instrumenten. Anonimiteit is zeer belangrijk om weglopers ervan te overtuigen het contact te leggen. Het is ook belangrijk dat, nadat het contact is gelegd, een rustperiode wordt ingebouwd. Er moet dan ruimte voor een zoektocht naar oplossingen worden gecreëerd. Crisishulp aan huis en de Crisisjeugdhulp moeten op dat vlak hun rol spelen.

Weglopers die door de politie worden opgepakt, worden meestal thuis afgeleverd. Dat is niet altijd de beste oplossing. Er moeten daarover afspraken worden gemaakt met de parketten en de lokale politie. Vrijwillig aangevraagde hulp moet worden gestimuleerd. Een van de CAW-projecten had tot doel hierover een draaiboek op te stellen. Give me a break! is opgesteld door CAW 't Dak-Teledienst. Dat leverde een samenwerkingsovereenkomst op tussen het JAC en de organisatie Jeugdzorg in Gezin. Het heeft er ook voor gezorgd dat een pool van kandidaat-opvanggezinnen kan worden ingezet in de crisisopvang. De crisisopvang hoeft niet altijd professioneel uitgebouwd te worden, het kan ook met vrijwillige opvanggezinnen.

Alle ervaringen die in dit kader worden opgedaan, kunnen worden verruimd naar de andere regio's.

De kortdurende projecten brachten relevante informatie aan het licht. Die moet worden ingebed in de intersectorale aanpak van de weglopers. We zullen dan ook de nadruk leggen op de netwerken rechtstreeks toegankelijke hulp en de netwerken crisishulp binnen de integrale jeugdhulp. Het is de bedoeling een handelingsscenario te ontwikkelen over de problematiek van de weglopers. De ervaring die is opgedaan in de projecten waarnaar zonet verwezen is, kan dit enkel versterken.

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

**Mevrouw Vera Jans:** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Er is toekomst voor deze projecten. Zij bereiken heel veel mensen die zich precies op dat moment in een crisissituatie bevinden. Zij vinden de weg naar de JAC's die op hun beurt de weg vinden naar de lokale jeugddiensten. In de lokale jeugddiensten zitten jeugdwerkers die uit het jeugdhuis zelf komen. Via heel wat van deze projecten kan daar waar nodig laagdrempelige hulp worden geboden.

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

**Mevrouw Trees Merckx-Van Goey:** Mevrouw de minister, u hebt niet gezegd hoe de telling realistischer kan verlopen.

Waarom liggen de cijfers in Vlaanderen zoveel hoger dan in de buurlanden? Is er in de andere landen meer informatie of een betere toegang?

**Minister Inge Vervotte:** Ik kan nu geen antwoord geven op uw vraag over de telling. Wat uw tweede vraag betreft, kan ik enkel een aantal bedenkingen formuleren. Ik wil echter niet improviseren.

**De voorzitter:** Het incident is gesloten.

---

