

C281 – WEL20

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2005-2006

13 juni 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 het tekort aan vitamine D	1
Vraag om uitleg van mevrouw Vera Jans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de effectiviteit van preventiestrategieën	
Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de efficiëntie van bepaalde drugspreventie-initiatieven	2
Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de campagne 'Fit in je hoofd, goed in je vel'	
Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het tienstappenplan tegen depressie	5
Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het overlegplatform jongerenpsychiatrie	9

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 het tekort aan vitamine D

De voorzitter: Mevrouw Hoebeke heeft het woord.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: In deze zaal zijn er waarschijnlijk weinig mensen met een tekort aan vitamine D. Velen van ons hebben in het voorbije weekend wellicht veel vitamine D opgenomen. Een vereiste is dat men het juiste huidprofiel heeft om te kunnen zonnen. Mensen zonder het gepaste huidtype hebben daar problemen mee. Als ze onvoldoende vette vis eten, kunnen ze een tekort aan vitamine D hebben.

Sommigen hebben wellicht van ouders of grootouders gehoord dat men vroeger dat tekort goedmaakte door levertraan in te nemen. Nu wordt dat onder een andere vorm aan pasgeborenen gegeven. Toch hebben tienermeisjes volgens studies in de winter te weinig vitamine D. Er zijn maar twee manieren om dat op een natuurlijke manier op te slaan, door de zon of door vette vis. De zon wordt afgeraden om huidkanker te voorkomen. Doordat jongeren prioriteit geven aan hun lijn, komt het eten van vette vis ook niet in aanmerking. Dat is dus een probleem.

Ook veel oudere vrouwen ondervinden nadelige gevolgen van een tekort aan vitamine D doordat ze meer botbreuken krijgen. Het kan ook leiden tot darm- of prostaatcancer. Tests op muizen wijzen uit dat een structureel tekort aan vitamine D darmkanker kan veroorzaken.

Mevrouw de minister, hebt u een beeld van de situatie in Vlaanderen? Bent u bereid om daar eventueel een campagne over te voeren?

De voorzitter: De heer Vanackere heeft het woord.

De heer Steven Vanackere: Elke keer als het over voeding en eetgewoonten gaat, denk ik aan de Week van de Smaak, die over 3 à 4 maanden wordt georganiseerd. Ik moet dat aan de minister van Cultuur

blijven vragen, maar ik krijg weinig signalen waaruit blijkt dat die Week van de Smaak een project is van de hele Vlaamse Regering. Het is een instrument van de Vlaamse Regering om de aandacht te vestigen op een gezonde levenswijze.

Voorbeelden uit Frankrijk en Zwitserland tonen aan dat welzijn en gezonde voeding heel manifest aan bod komen in projecten op regeringsniveau. Elke keer opnieuw vraag ik me af of de Week van de Smaak wel voldoende zal zijn om gezonde voeding in de schijnwerpers te plaatsen.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Professor Bouillon van de KULEuven heeft tijdens het Europese congres over endocrinologie in Glasgow een voordracht gehouden. Dat is aan bod gekomen in de media. Hij deed een oproep voor een meer gecoördineerd en prospectief onderzoek, om aan te kunnen tonen dat een verbeterde inname van vitamine D op populatieniveau zou kunnen uitmonden in minder kankers, minder auto-immuunziekten en een betere gezondheidsstatus in het algemeen. Hij heeft dus opgeroepen om dat onderzoek voort te zetten op een gecoördineerde manier.

Tot dusver was enkel uit dierproeven gebleken dat vitamine D een belangrijke rol speelt in het afweersysteem en in de regeling van de celtgroei en dus ook in het ontstaan van kankers. De verbeterde inname van vitamine D heeft betrekking op milde vormen van vitamine D-tekorten. Het gaat hier duidelijk om een oproep naar verder onderzoek, om meer zekerheid hierover te bekomen.

Daarnaast kan het dagelijks toedienen van een vitamine D-supplement – in de meeste studies samen met calcium – bij bejaarde vrouwen effectief zijn ter preventie van heup- en andere fracturen. Er is geen bewijsmateriaal voor een effect bij mannen. Er zijn geen gegevens over de vitamine D-status van de Vlaamse bevolking. Bijkomend onderzoek is dus nodig om uit te maken of er ten behoeve van de gehele bevolking maatregelen nodig zijn om de inname van vitamine D te verhogen. Het is nog niet duidelijk vanaf welk niveau supplementen zijn

aangewezen. Aangezien er nog geen medisch-wetenschappelijke zekerheid bestaat over de effectiviteit en de doelgroep die in aanmerking kan komen voor supplementen van vitamine D, kan ik momenteel ook geen wetenschappelijk onderbouwde, doelgerichte campagne opzetten.

De vermelde risicogroep van oudere vrouwen valt onder het medisch toezicht van de huisartsen. Iedere huisarts moet afwegen, rekening houdend met de wetenschappelijk onderbouwde praktijkrichtlijnen terzake, of een supplement van vitamine D aangewezen is voor de oudere vrouwelijke patiënten.

Ten slotte wens ik nog te vermelden dat er een consensus is om een vitamine D-suppletie aan te bevelen voor zuigelingen die borstvoeding krijgen, om op die manier rachitis te voorkomen. Rachitis is een botaandoening ten gevolge van een tekort aan vitamine D. Deze aanbeveling houdt onder andere rekening met het huidtype van het kind, want die is van invloed op de impact van het zonlicht op de stofwisseling van vitamine D. De consensus kwam tot stand in een groep van experts van de Vlaamse Vereniging van Kindergeneeskunde, waarin de universiteiten, Kind en Gezin en de Vlaamse pediatrie diëtisten zetelen. Deze instanties promoten trouwens die aanbeveling.

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 de effectiviteit van preventiestrategieën

Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de efficiëntie van bepaalde drugspreventie-initiatieven

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Mevrouw Vera Jans: Het Universitair Wetenschappelijk Instituut voor Drugsproblemen (UWiD) kreeg een subsidie om de effectiviteit te onderzoeken van preventiestrategieën voor cannabisgebruik in Vlaanderen. Die subsidie ligt in het verlengde van de beleidsbrief, want daarin staat dat de minister wil werken 'met de meest effectieve preventiestrategieën'.

In De Standaard van 14 april 2006 lees ik dat uit dit onderzoek blijkt dat er niet één preventieprogramma is waarvan met zekerheid kan worden gezegd worden dat het ook echt werkt.

Meer zelfs: volgens de heer Guido Van Hal, voorzitter van het UWiD, kunnen eenmalige lokale initiatieven zelfs aanzetten tot het experimenteren met datgene wat men tracht te voorkomen. Jongeren tussen 12 en 18 jaar experimenteren immers graag en zijn geïnteresseerd in de verboden vrucht. Preventie wordt daarom best overgelaten aan experts, zoals de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD) of De Sleutel.

Positief is wel dat preventieprogramma's die inwerken op sociale vaardigheden toch een positief effect kunnen hebben. Op Europees niveau participeert De Sleutel aan een grootschalig drugspreventieprogramma op basis van zogenaamde 'life skills'. De 12- tot 14-jarigen die het programma volgden, hadden drie maanden later en ten opzichte van andere leerlingen 26 percent minder kans om dagelijks te roken, 35 percent minder kans om regelmatig dronken te zijn en 23 percent minder kans om cannabis te beginnen gebruiken. Dat zijn zeer positieve resultaten.

Graag ontvang ik een antwoord op de volgende vragen. Heeft de minister kennis genomen van de resultaten van het onderzoek van het UWiD? Komen de resultaten van dit onderzoek overeen met de verklaringen van de heer Van Hal? Welke besluiten trekt de minister uit de resultaten van dit onderzoek? Zullen er nieuwe klemtonen worden gelegd in het gevoerde preventiebeleid?

De voorzitter: Mevrouw Hoebeke heeft het woord.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Mijn vragen sluiten daar enigszins bij aan. De minister wil het drugsbeleid op drie punten verder uitwerken. Op justitieel vlak wil de minister het drugsgebruik en de drugshandel blijven bestraffen. Verder wil ze het drugsgebruik via de scholen ontraden en daartoe eventueel ondersteuning verlenen. Ten slotte wil ze sociale vaardigheden bijbrengen die jongeren doen afzien van het gebruik van drugs als ze er mee in contact komen. Ik vind het uitstekend dat ze op deze drie terreinen actief wil zijn.

Met de geplande gezondheidsconferentie in het achterhoofd, vraag ik me af wat de minister met de onderzoeksresultaten wil aanvangen bij de verdere

uittekening van haar beleid. Justitie behoort niet tot haar bevoegdheid. Heeft ze ter zake toch initiatieven genomen?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: We hebben het UWID die onderzoeksopdracht gegeven om te weten wat de effecten zijn van de interventies die we doen. Uit het rapport blijkt nu dat acties een tegenovergesteld effect kunnen hebben. Dat is in de kranten veel te weinig aan bod gekomen.

Het is zinvol om initiatieven te ontwikkelen op een goed onderbouwde en wetenschappelijke manier. Het rapport telt 130 bladzijden, waarvan 5 bladzijden met eindconclusies. Ik raad iedereen aan om het te lezen. Het is heel interessant en er worden een aantal dingen rustig op een rijtje gezet.

Het is belangrijk dat uit dit rapport heel duidelijk blijkt dat cannabisgebruik wel degelijk schadelijk is en risico's inhoudt. Het is goed dat dat nog eens heel duidelijk wordt geformuleerd.

Er bestaat niet zoiets als een dodelijke dosis cannabis, maar er wordt in het rapport heel duidelijk aangetoond dat de gezondheidsrisico's van het gebruik van cannabis zeer reëel zijn. Op korte termijn, tijdens het gebruik, is er een risico op paniekaanvallen en acute psychoses. Bovendien stijgt het risico op ongevallen spectaculair, zeker in combinatie met alcohol, zelfs in zeer kleine hoeveelheden.

Op lange termijn is cannabis kankerverwekkend en veroorzaakt de drug hartproblemen bij bijvoorbeeld mensen met een hoge bloeddruk. Er is ook een heel duidelijk verband aangetoond tussen het gebruik van cannabis en de ontwikkeling van stemmingsstoornissen en schizofrenie.

We hebben het in deze commissie vaak over de geestelijke gezondheidszorg, over de effecten op de mensen en over de keuzes die ze kunnen maken in hun leven en voor hun omgeving. Dat aspect is duidelijk opgenomen in het rapport.

In tegenstelling tot wat sommigen beweren, moeten we uit het rapport onthouden dat het risico op misbruik en verslaving niet te onderschatten is. Naar schatting zal 10 percent van de ooit-gebruikers later afhankelijkheidsproblemen krijgen. Uit studies en enquêtes bij jongeren weten we dat een kwart tot een derde van de Vlaamse jongeren zegt ooit cannabis te

hebben gebruikt. Uit extrapolatie blijkt dat we daaraan de nodige beleidsaandacht moeten besteden.

Wat zijn de effecten van preventie? In het rapport staat dat er op dit ogenblik te weinig wetenschappelijk materiaal is om algemene uitspraken te kunnen doen over de effecten van preventie in Vlaanderen.

Er zijn al grote wetenschappelijke studies over de effecten van preventie uitgevoerd, maar die zijn vooral gebaseerd op interventies in Amerikaanse scholen. Er zijn natuurlijk wel sterke aanwijzingen van wat kan werken in scholen en van de kwaliteitscriteria waaraan interventies moeten voldoen.

Wat ik zeer positief vind aan de studie, is dat er elementen in worden opgesomd waarvan is geweten dat ze in een preventieactie tot positieve resultaten leiden. Dat is iets anders dan de Amerikaanse studies waarin via grootschalige onderzoeken wordt gemeten wat de effecten zijn.

Welke elementen moeten zeker aanwezig zijn in een interventie? De interventies moeten zich vooral richten tot kleinere groepen en worden uitgevoerd door intensief getrainde professionals, die interactieve methodes gebruiken. Het is ook heel belangrijk dat familie, leefgemeenschap en leeftijdsgenoten erbij worden betrokken. Bovendien moeten interventies legale en illegale middelen bespreken. Ze moeten de kennis over deze middelen verhogen, maar ook en vooral moeten ze de persoonlijke en de sociale vaardigheden bevorderen. Dat is een bevestiging van wat we al regelmatig hebben gehoord in debatten. Via de interventies moeten er ook normen worden meegegeven en moet de verkeerde beeldvorming over drugsgebruik bij jongeren worden tegengegaan.

Wat ik echt wil benadrukken, is dat er in het rapport staat dat interventies die zich niet aan deze regels houden, een omgekeerd effect kunnen hebben. Dat moet ons tot nadenken stemmen, want we zeggen altijd dat er niet genoeg preventie kan zijn.

Er zijn geen noemenswaardige verschillen tussen de conclusies van het rapport en de verklaringen van professor Van Hal in de media. De pers heeft wel een eenzijdige benadering gehanteerd en een titel uit het rapport gelicht. Wat wij zeer belangrijk vinden, is in de pers niet aan bod gekomen. Het rapport is volledig ter beschikking voor de geïnteresseerden.

Welke conclusies kunnen we uit de resultaten van dit onderzoek trekken? Aangezien een op de tien ooit-

gebruikers het risico loopt op verslaving en aangezien het aantal ooit-gebruikers stijgt, mogen we uitgaan van een stijging van de problemen met cannabisafhankelijkheid. We moeten er dus ook rekening mee houden dat er niet alleen bijkomende inspanningen zullen moeten worden geleverd voor de preventie, maar vooral ook inzake vroeginterventie en hulpverlening.

Sinds 2000 zien we gelukkig een stabilisatie van de cijfers, maar dat is uiteraard voor ons niet voldoende. We willen een daling zien van die cijfers en daarom willen we uiteraard verder investeren.

Ik denk dat iedereen in deze commissie beaamt dat we op dit gebied nood hebben aan evidence-based beleid. De initiatieven die we zullen nemen, zullen dus zeer duidelijk moeten voldoen aan die minimale kwaliteitscriteria die in het rapport zijn voorgesteld en die Europees erkend zijn. Het is dus van belang dat we die criteria nu ook integraal toepassen in Vlaanderen en dus op deze wijze verder werken.

We moeten controleren of de methodieken die worden gebruikt, voldoen aan de kwaliteitscriteria, maar dat is niet voldoende. We moeten ook nagaan of deze methodieken op de juiste manier worden gebruikt door de mensen in het veld en of ze door genoeg mensen worden gebruikt om impact te hebben. De overheid zal daar dus in de toekomst op toezien.

De schoolomgeving is ook niet de enige setting die aandacht verdient. We moeten ook nagaan hoe we daarbuiten projecten kunnen opzetten. Uit die projecten moeten we op termijn betrouwbare gegevens kunnen halen over de effectiviteit van onze preventie.

Wat de bevoegdheidsverdeling betreft, weet u dat we inderdaad proberen om zo veel mogelijk afstemming te bereiken. Ik wil ook verwijzen naar de voorgaande tussenkomsten die daaromtrent zijn gebeurd. Het al dan niet zetten van verdere stappen heeft uiteraard niet alleen gevolgen op het vlak van afstemming, maar heeft ook financiële gevolgen. In Vlaanderen hebben we telkenmale heel uitdrukkelijk benadrukt dat er afstemming moet zijn, maar we worden wat dat betreft niet altijd gevolgd door de federale overheid.

We zijn volop bezig met de gezondheidsconferentie rond tabak, alcohol en drugs. Er zijn werkgroepen die daar vandaag over nadenken. In die werkgroe-

pen zitten wetenschappers, mensen uit het veld van de preventieve gezondheidszorg en uit de sectoren waar de strategieën zullen worden uitgevoerd, zoals onderwijs, welzijn, jeugdzorg, jeugdwerk enzovoort. Die werkgroepen zijn bezig met het verzamelen van strategieën, het documenteren en wegen aan de hand van een aantal criteria. De belangrijkste criteria op dit moment zijn bewezen effectiviteit en gezondheidswinst op bevolkingsvlak. Ik denk bijvoorbeeld aan hart- en vaatziekten. We focussen ons dus niet alleen op het psychische en alle gevolgen die dat heeft, maar denken ook na over de gezondheidswinst – maar dan gezondheidswinst in de zin van de fysieke gezondheid, namelijk het voorkomen van hart- en vaatziekten, kankers en dergelijke.

De algemeen-inhoudelijke stuurgroep zal een afweging maken van al die gedocumenteerde en gewogen strategieën die worden verzameld. Die lijst zal dan worden voorgesteld op onze conferentiedagen, op 23 en 30 november 2006. Op dat moment zal dan het eigenlijke maatschappelijke debat worden gevoerd. Op deze conferentiedagen krijgt het ruime maatschappelijke veld de mogelijkheid om de voorgestelde selectie van doelstellingen en strategieën bij te sturen.

Op basis van de resultaten van de gezondheidsconferentie zal ik dan een beleidsplan opmaken, dat dan uiteraard zal worden voorgelegd aan de Vlaamse Regering en aan het Vlaams Parlement. In dat beleidsplan zullen ook een aantal nieuwe accenten worden gelegd.

Er werd ook een vraag gesteld over de bevindingen in verband met andere drugs. De opdracht die we hebben gegeven aan het UWid was heel specifiek gericht naar de effectiviteit van de preventie van cannabisgebruik. De reden daarvoor was dat we natuurlijk resultaten wilden waarmee we ook iets konden doen op de gezondheidsconferentie, en het feit dat cannabis veruit de meest gebruikte illegale drug is, die dus ook de meeste vragen oproept. Daarom hebben we de studie daarop gefocust, om de meest bruikbare resultaten te hebben, want als de verschillende middelen weer door elkaar worden onderzocht, zijn de conclusies soms minder helder.

Natuurlijk is het wel moeilijk de problemen met cannabis te scheiden van andere problemen. Daar zijn we ons ook wel van bewust, en dat is iets wat sowieso ook aan bod komt in die preventiestrategieën die in die werkgroepen worden besproken. De combinatie

met het gebruik van tabak en alcohol is bij cannabisgebruikers bijvoorbeeld eerder de regel dan de uitzondering. Dat is een van de elementen die ook door deze werkgroepen worden belicht en die ook absoluut mee op de agenda worden geplaatst.

Ik denk dat het rapport de moeite waard is. Ik ben blij met de opdracht omdat er sommige punten zeer helder en scherp worden gesteld.

Vanuit de overheid is altijd gezegd dat we moesten opletten met preventie. Vandaag is bewezen dat er soms averechtse effecten mee kunnen worden gesorteerd. Het steunt ons in de gesprekken met onze partnerorganisaties om kwaliteitscriteria voor preventie te verdedigen.

We steunen ten slotte een gecoördineerde visie die natuurlijk ook 'evidence-based' moet zijn en we zullen deze verdedigen op de gezondheidsconferentie in november 2006 waarover de werkgroepen vandaag samen zitten. Daaruit zal de Vlaamse Regering een beleidsplan distilleren over de drugsproblematiek en meer algemeen middelengebruik. Er zal ook een concrete gezondheidsdoelstelling worden geformuleerd. We willen immers niet alleen een stagnatie van de cijfers bereiken maar willen heel graag ook een kentering teweegbrengen, zodat een daling van de cijfers kan worden vastgesteld.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Trees Merckx-Van Goey tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de campagne 'Fit in je hoofd, goed in je vel'

Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het tienstappenplan tegen depressie

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Wij hebben via de media kennis genomen van de campagne 'Fit in je hoofd, goed in je vel' in tien stappen. Het is de eerste grote Vlaamse campagne voor geestelijke gezondheid gericht tot een breed publiek. De minister stelt dat het een breekpunt is, want dat ze met deze tien stap-

pen een blijvend effect beoogt, net als met de voedings- en bewegingsdriehoek die bij iedereen bekend is. Dat is zeker nodig. We hebben dit thema in deze commissie al meerdere keren aangekaart.

De Vlaming is blijkbaar steeds minder gewapend om emotionele en psychische problemen het hoofd te bieden. Uit cijfers van de gezondheidsenquête van 2004 blijkt dat 1 op 8 Vlamingen met ernstige psychische problemen kampt. 6 procent is chronisch depressief en 20 procent hervalt na drie jaar. Vlaanderen heeft daarmee de bedenkelijke eer de eerste plaats in het lijstje met meeste zelfmoorden te bekleden. Ik zwijg dan nog over het aantal pogingen tot zelfdoding.

De gloednieuwe informatiecampagne komt dan ook geen dag te vroeg. Het blijkt immers dat heel wat mensen de weg naar de juiste hulpverlening niet vinden: nauwelijks de helft van de mensen met depressiestoornissen zoekt effectief hulp. Daar bestaan verschillende redenen voor. De patiënt erkent zijn eigen probleem niet, weet niet waar hij of zij terecht kan voor hulp, is bang afhankelijk te worden van antidepressiva en zo meer.

Het grootste probleem blijkt nog altijd het taboe te zijn dat rond depressies hangt. Opmerkelijk in de hele berichtgeving rond de nieuwe campagne van de minister is het feit dat de huisarts in 40 procent van de gevallen de symptomen van depressie en neiging tot zelfdoding niet opmerkt. Vandaar mijn vragen aan de minister.

In de herkenning van de symptomen van depressiviteit speelt de huisarts een erg belangrijke rol. Uw voormalige collega, minister Byttebier, kondigde in 2003 al een campagne aan ter bevordering van de deskundigheid van de huisartsen. Hoe ver staat het daarmee? Plant u nog extra campagnes gericht tot huisartsen? Hoe ver staat het daarmee? Op een bepaald moment was een actie gepland waarbij spoeddiensten werden aangespoord om goed te communiceren met huisartsen van patiënten die een zelfmoordpoging hebben overleefd. Zijn er ondertussen andere initiatieven genomen? Er bestaat nauwelijks doorverwijzing/nazorg voor mensen die een zelfmoordpoging hebben ondernomen. Welke verklaring bestaat hiervoor? Kunt u een perspectief op verbetering van deze situatie bieden?

Depressiviteit doet zich in bepaalde groepen van de bevolking vaker voor. Zo zijn jonge moeders zeker een groep om in de gaten te houden. Het

blijkt immers dat bijna twee op tien jonge moeders aan postnatale depressie lijden. Dergelijke depressie bemoeilijkt de emotionele beschikbaarheid van de moeder voor de baby. Een depressieve moeder is sowieso meer onzeker en angstig over haar eigen inbreng. Het is belangrijk dat er hulp wordt geboden bij het opbouwen van een positieve relatie van groeiende gehechtheid. Wanneer de moeder een persoonlijkheidsprobleem heeft, is de baby overgeleverd aan onvoorspelbaarheid en chaos. De negatief beleefde aspecten van de moeder worden uitvergroot en dit dreigt een negatieve spiraal voor de moeders in gang te zetten. Komen er dan ook specifieke doelgroepgerichte campagnes? Komen er ook campagnes die specifiek gericht zijn op senioren en tieners?

In een antwoord op mijn vraag over dit onderwerp in oktober 2003 benadrukte toenmalig minister Byttebier dat werd gekozen om ook kinderen te benaderen. Kinderen van ouders met psychiatrische problemen, kortweg KOPP, zijn daar niet alleen zwaar van onder de indruk, maar zijn zelf ook erg gevoelig voor een depressie of een poging tot zelfdoding. Welke aanpak plant u op dit vlak? In welke mate loopt er een project naar kinderen van ouders met psychiatrische problemen? Is hiervan al een evaluatie geweest? Zo ja, wat zijn de resultaten?

De voorzitter: Mevrouw Hoebeke heeft het woord.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vragen leunen sterk aan bij die van mevrouw Merckx. Zelfdoding en depressie zitten nog steeds in een taboesfeer. Een huisarts moet al goed onderlegd zijn om de klachten van een patiënt te detecteren als symptomen van een depressie. Schuldgevoelens die gepaard gaan met een zelfdoding in de familie zijn schering en inslag. Het resultaat is dat dit als een olievlek in de familie uitdijt: van een depressie komt een zelfdoding en van die zelfdoding komt dan weer een depressie, waardoor op de duur de hele familie met problemen zit. Omdat er nog zo'n taboe rondhangt, geraakt men er ook niet gemakkelijk uit.

U hebt een tienstappenplan opgesteld en put daarvoor uit Europese ervaringen. Kunt u daar meer uitleg bij geven? CLB's en huisartsenpraktijken zullen worden ingeschakeld. Dit heeft zijn effectiviteit in andere campagnes al bewezen, zoals met betrekking tot het antitabakbeleid. Er moet naar gestreefd worden om dit onderwerp uit de taboesfeer te halen. Welke instructies hebt u gegeven in het kader van dat

tienstappenplan? Welke hulpverleners zult u betrekken bij de uitvoering ervan?

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik wil eerst uitleggen hoe die tien stappen tot stand zijn gekomen. We hebben daar op regelmatige basis in deze commissie al over gesproken en ik had al aangekondigd dat er een tienstappenplan zou komen. We hebben ook van gedachten gewisseld over wat de belangrijkste doelstellingen moesten zijn van dergelijke campagne. Het is allemaal mee ontstaan vanuit de gezondheidsconferentie over de preventie van depressie en zelfdoding. Ondanks alle preventieve acties die we ondernemen, weten we dat mensen ziek zullen blijven worden. Het is echter onze maatschappelijke plicht om een antwoord te blijven bieden op psychische problemen waarmee heel wat mensen te kampen hebben. We weten ook dat een gezonde levensstijl in gevoelige mate de kans om ziek te worden, reduceert. Daarom blijven we focussen op een gezonde levensstijl.

Het blijft mijn taak als Vlaams minister van Welzijn om mensen daarvoor te motiveren.

Uiteraard blijft alles wat te maken heeft met preventie ook de verantwoordelijkheid van het individu zelf. De overheid en de gezondheidswerkers moeten echter voldoende signalen blijven geven om mensen daartoe te motiveren. Dat is onze grootste taak. Daarom zijn dergelijke campagnes noodzakelijk. Er werd terecht gesteld dat het de bedoeling is van de campagne om een en ander uit de taboesfeer te halen. In Vlaanderen hebben we al heel wat taboes doorbroken, maar over een aantal onderwerpen die heel duidelijk onder de bevoegdheid van Welzijn vallen, zoals geestelijke gezondheidszorg en armoede, bestaan er nog wel wat taboes. Daarom hebben we een publieke actie ondernomen.

We hadden twee bedoelingen met ons tienstappenplan. Er is enerzijds het preventief werken en het vestigen van de aandacht op een aantal elementen, en anderzijds het geven van heel concrete informatie. We willen mogelijkheden geven, die heel toegankelijk en laagdrempelig zijn en waarop de mensen een beroep kunnen doen. We zeggen daarbij niet noodzakelijk iets nieuws. Dat is ook niet de bedoeling van een dergelijke campagne. Het is wel de bedoeling mensen te motiveren, hun een boodschap te geven van wat belangrijk is. De meerwaarde ontstaat door-

dat we die tips gaan bundelen. De campagne is ook een lokkertje. Mensen worden verwezen naar een website, die uiteraard veel meer informatie bevat dan alleen die tien stappen. Er is uiteraard sprake van doorverwijzingen naar de hulp- en dienstverlening. Mensen wordt heel expliciet aangeraden om daarop een beroep te doen, als ze zich niet goed voelen.

De boodschappen zijn niet lukraak gekozen. Dat is heel duidelijk. Ik heb het inderdaad gehad over voorbeelden uit het buitenland. Ik zal er straks een aantal noemen. De campagne steunt echter niet alleen daarop, maar ook op de ervaringen van mensen uit de sector zelf. Dan heb ik het over de psychotherapeuten. Ook de psychiatrische praktijken werden betrokken. Alles wat al jaren in die sector wordt beschouwd als iets wat werkt, hebben we gebundeld.

Ik ga niet te veel blijven stilstaan bij alle stappen. U hebt dit rustig kunnen bekijken op de website. Dit is allemaal wetenschappelijk onderbouwd. Zo is de stap 'hou je hoofd boven water' gericht op mensen die in een dip zitten en subklinische klachten hebben. We willen hen stimuleren om zichzelf meer te aanvaarden en dus niet verder te verzeilen in een negatieve spiraal.

Naast deze elementen is er ook sprake van een eenvoudige portaalsite. Dat is het informatiegedeelte. Velen van ons hebben immers vastgesteld dat, als mensen dan hulp willen zoeken, het niet zo evident blijkt te weten waar ze terecht kunnen. Dat was dus een heel belangrijk onderdeel van de tienstapencampagne. Wanneer mensen op zoek zijn, krijgen ze nu een zeer toegankelijke informatiebron ter beschikking, om te bepalen waar ze terecht kunnen en welke hulpverlening het meest geschikt is. We geven zo ook de boodschap dat ze er iets aan mogen en kunnen doen.

We hebben gewerkt met een stuurgroep, waarbij de sector en gezondheidswerkers betrokken waren. Zo was er professor Chantal Van Audenhove, die deze commissie al heeft bezocht naar aanleiding van de hoorzitting over het groenboek inzake geestelijke gezondheid. Toen ook aanwezig was professor Lea Maes van de Universiteit Gent, die ook bekend is wat dit betreft. Zij hebben onder meer gezorgd voor de wetenschappelijke omkadering van deze campagne. Verder waren er de gezondheidswerkers, namelijk de huisartsen, de psychologen, de CLB's en de scholen, maar ook de medewerkers van onze telediensten en de LOGO's. Al deze mensen werden voor het lance-

ren van de campagne geïnformeerd. Hun instructie was de boodschap van de campagne zo veel mogelijk te verspreiden en concreet te maken, bijvoorbeeld door gepaste initiatieven binnen de sector. Een dergelijke campagne kan immers op verschillende manieren worden gebruikt. Men kan meer doen met de informatie dan ze in een zaal ter beschikking stellen.

Ik geef een voorbeeld. Deze mensen hebben me overigens zelf op de hoogte gebracht van dit initiatief, wat ik erg heb geapprecieerd. Een leerkracht is op een bepaald ogenblik met haar 16-jarige studenten naar die website gesurft en heeft zo, met een heel eenvoudige opdracht, het onderwerp ter sprake gebracht. De scholieren moesten nadenken over de vraag wat ze vonden van dit initiatief, of het iets bevatte dat ze nog niet wisten, wat ze er vooral van onthielden, en waartoe die website volgens hen diende. Ik heb de resultaten daarvan gekregen. Ze waren zeer positief. De jongeren waren zeer goed in staat te begrijpen waarover het ging. Ze gaven heel duidelijk aan dat het goed was dat dergelijke initiatieven werden genomen, omdat ze er dan bijvoorbeeld aan werden herinnerd dat erover mocht worden gepraat. Dat stond heel letterlijk in de antwoorden van deze jongeren. Ook geloofden ze dat, indien mensen problemen hebben, het zinvol was dat ze over de nodige instrumenten beschikken.

Men kan hier dus op verschillende manieren mee omgaan. Het is ook onze bedoeling onze partners te stimuleren daarmee op een creatieve wijze om te gaan en dus niet louter deze folders of affiches ter beschikking te stellen. Een campagne is steeds een ideale gelegenheid om een gesprek aan te gaan of hier creatief iets meer mee te doen. Dat is de boodschap die we hebben gegeven aan onze partners.

Het materiaal werd ontwikkeld door de Britse Health Education Authority, die in 2000 ophield te bestaan. Er was in IJsland een campagne. Daarnaast zijn er de good-practicesinventarissen van de Europese Commissie over Mental Health for Children en over Mental Health for Adolescents. Ook het Engelse Royal College of Psychiatrists heeft gelijkaardig materiaal verzameld. Omwille van de positieve ervaringen uit Canada, IJsland en Australië hebben we gekozen voor deze campagne. De buitenlandse campagne wordt omgezet naar de eigen cultuur. Het bestaande materiaal komt bij de stuurgroep, waarin wetenschappers in zitten. Die stuurgroep zet het materiaal om zodat het bruikbaar is in Vlaanderen. Bepaalde stappen worden op een andere manier geduid of

overgebracht. Wij Vlamingen zijn iets minder direct om bepaalde boodschappen inzake preventie over te brengen dan de Scandinaven, die meer voor de confronterende manier kiezen.

De huisartsen zijn ook belangrijke partners. De publiekscampagne die we hebben gevoerd, is maar een van de vele maatregelen betreffende depressie en suïcide. Ook inzake de huisartsen hebben we een aantal initiatieven genomen. Sinds september 2004 loopt het project deskundigheidsbevordering betreffende suïcide via e-learning. Het project wordt uitgevoerd door het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO). Het werkt daarvoor samen met Domus Medica en Cera. Ondertussen hebben al ongeveer 350 cursisten deze cursus doorlopen.

Het ICHO heeft ook deskundigheidsbevorderingspakketten via e-learning rond het thema depressie ter beschikking gesteld. De huisarts kan dus zelf een opleiding volgen of het pakket thuis doorlopen. Daarnaast worden vormingen gegeven door Domus Medica in samenwerking met het Vlaamse zelfmoordpreventieproject van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

De verklaring waarom er nauwelijks doorverwijzing of nazorg is voor suïcidepogers, is dat de oorzaken divers zijn. Een grote groep van suïcidepogers heeft niet altijd de wens om in de nazorg te stappen. Slechts één op twee suïcidepogers stemt ermee in dat de huisarts op de hoogte wordt gebracht. Dat is een belangrijk gegeven als we willen werken via de dienst spoedgevallen. In Vlaanderen gaat het altijd om de vrijwillige medewerking van de mensen zelf. Het feit dat de huisarts maar in de helft van de gevallen op de hoogte wordt gebracht, spreekt dan ook voor zich. Voor de nazorg is dat geen onbelangrijk gegeven.

Op 1 november 2004 zijn we begonnen met het project 'optimalisering van de opvang en vervolgzorg bij suïcidepogers'. Daarin wordt gewerkt aan de diagnostiek enerzijds en de optimalisatie van de samenwerking met de eerstelijns hulp anderzijds. Er zijn nog geen eindconclusies getrokken omdat het project pas eind augustus 2006 afloopt. De voorlopige conclusies zijn positief. Vele ziekenhuizen binnen het project beseffen dat er nood is aan een klinisch pad voor de opvang van suïcidepogers. Ziekenhuizen in de omgeving waar het project niet loopt, werken nu ook aan een optimalisering van de opvang. We merken ook dat het spoedpersoneel enthousiaster en alerter wordt. Er zijn echter nog geen cijfergegevens

omdat het project nog loopt. Als de evaluatie positief is, zouden we graag het project willen uitbreiden naar andere ziekenhuizen in Vlaanderen.

Er zijn andere campagnes die gericht zijn op doelgroepen. Ze vormen een andere pijler van ons beleid inzake geestelijke gezondheidszorg. U weet dat we ook al een aantal initiatieven hebben genomen in verband met de uitbreiding van telezorg en het operationaliseren van nieuwe methodieken, zoals het chatten via het internet. We merken dat de jongere generatie hierop gemakkelijker inspeelt dan dat ze de telefoon nemen.

We richten ons onder andere specifiek tot jongeren, suïcidepogers en holebi's. We hebben trouwens subsidies gegeven aan de federatie om initiatieven te ontwikkelen. Daarnaast richten we ons ook tot de nabestaanden van slachtoffers en tot personen met een depressie. Deze laatste groep heeft immers een grotere kans om tot suïcide over te gaan. De grootste groep van de suïcidepogers bestaat ofwel uit mensen die kampen met een depressie, ofwel uit mensen die chronisch depressief zijn.

Wat de ouderen betreft, hebben de preventiewerkers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg een duidelijk afgebakende taak. Er zijn er die werken rond depressie en zelfdoding. Ze werken ook via de leeftijdscategorieën. In die zin worden er ook initiatieven ontwikkeld voor de ouderen. In het actieplan hebben we ons gericht tot andere doelgroepen. Via de preventiewerkers worden echter ook andere initiatieven genomen, onder andere voor de oudere bevolking.

Het project KOPP loopt nog steeds. Het werd opgestart eind 2004 en loopt tot eind 2007. Het is de bedoeling om vooral te zorgen voor gezinsgerichte interventies, en dit volgens de Beardslee-methode. Een pilootproject wordt uitgetest in de Vlaamse context.

Het project is pas eind 2004 van start kunnen gaan omdat het heel belangrijk was om in verband met de interventies de bereidheid bij de families tot medewerking na te gaan. Die bereidheid bleek er te zijn.

De onderzoekers stellen niettemin nog een aantal hinderpalen vast. Zo wordt er binnen de volwassen psychiatrische gezondheidszorg teleurstellend weinig aandacht besteed aan de kinderen van de begeleide patiënten. Daarnaast blijken weinig ouders in Vlaan-

deren bereid om effectief aan zulke gezinsinterventies te blijven deelnemen. Op dit ogenblik worden alle middelen ingezet om alsnog zo veel mogelijk gezinnen te kunnen includeren in het project. Het is voor ons noodzakelijk om zo veel mogelijk informatie te bekomen om te weten hoe we het project, na de evaluatie, verder kunnen uitbreiden.

Dit is slechts één element van de vele die we wensen in te zetten. Het is belangrijk om te onderschrijven dat dit element heel duidelijk werd besproken en breed werd gedragen door onder meer de mutualiteiten. We hebben ons niet beperkt tot een aantal bekende welzijnsactoren zoals de huisartsen, de CLB's en dergelijke. Alles is op een wetenschappelijk ondersteunde manier gebeurd. De andere elementen zullen verdere navolging krijgen, na onze evaluaties. Dat is trouwens ook de bedoeling voor de 'Fit in je hoofd'-campagne. Ook die zal worden opgevolgd, zodat we de effecten ervan kennen en kunnen beslissen of het wenselijk is om dergelijke initiatieven te herhalen in Vlaanderen.

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik had ook een heel specifieke vraag gesteld over de ondersteuning van jonge moeders die lijden aan een postnatale depressie. De impact van een goede opvang kan van groot belang zijn voor de moeder zelf, maar ook voor de kinderen en het gezin.

Minister Inge Vervotte: Ik heb gezegd dat personen met een depressie een doelgroep vormen. De werkgroepen kunnen de kwestie bekijken en voorstellen doen. Postnatale depressie is natuurlijk een vorm van depressie, en dus veronderstel ik dat de werkgroepen er de nodige aandacht aan zullen besteden.

De voorzitter: Mevrouw Hoebeke heeft het woord.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Mevrouw de minister, ik veronderstel dat de commissie de resultaten van uw initiatieven zal krijgen?

Minister Inge Vervotte: Ja, maar we zullen nog eens moeten bekijken op welke manier dat het beste gebeurt.

De voorzitter: Het incident is gesloten.

Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het overlegplatform jongerenpsychiatrie

De voorzitter: Mevrouw Hoebeke heeft het woord.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb vernomen dat er een overlegplatform inzake jongerenpsychiatrie komt voor Oost-Vlaanderen en West-Vlaanderen, dat in september werkzaam zal zijn. Naast de vakbonden zouden zowel uw kabinet als dat van Justitie en de sector bijzondere jeugdzorg betrokken zijn bij het akkoord hierover.

Mevrouw de minister, ik had graag iets meer vernomen over dit akkoord. Van welke zorgtrajecten is er sprake? Is de timing correct? Gaat het over september? Moeten er eerst nog hinderpalen verdwijnen? Hoe zit het in de andere provincies? Heeft het platform betrekking op het Globaal Plan en op de integrale jeugdhulp?

Minister Inge Vervotte: Mevrouw Hoebeke, omwille van de duidelijkheid wil ik eerst opmerken dat de provinciale overlegplatforms inzake de geestelijke gezondheidszorg al ongeveer 15 jaar bestaan. In die platforms zijn alle actoren van de geestelijke gezondheidszorg vertegenwoordigd zoals de ziekenhuizen en de CCG's. De bedoeling ervan is vooral het overleggen over de nood aan aanbod en over het uitwerken van zorgtrajecten, en het maken van afspraken over wie wat doet binnen de geestelijke gezondheidszorg en over hoe het best kan worden doorverwezen naar elkaar.

Naar aanleiding van de problemen in de gemeenschapsinstellingen zijn we het gesprek aangegaan met federaal minister Demotte. Zoals u weet, hebben onze gemeenschapsinstellingen de plicht om mensen op te nemen, en is dat niet het geval voor de psychiatrie. We stellen daarom steeds meer vast dat jongeren met psychiatrische problemen of met een dubbeldiagnostiek in onze gemeenschapsinstellingen terechtkomen. Dat is niet de juiste plaats voor die jongeren.

Soms wordt geopperd dat psychiatrische units binnen de gemeenschapsinstellingen een oplossing kunnen zijn. Ik denk echter dat we daar zeer voorzichtig mee moeten zijn. De psychiatrie moet haar verantwoordelijkheid opnemen bij de opvang en de begeleiding van onze jongeren met psychiatrische problemen. Daar-

naast zijn er de gemeenschapsinstellingen die onder de bijzondere jeugdzorg vallen. Het is geen taak van de bijzondere jeugdzorg om jongeren met psychiatrische problemen te begeleiden. We moeten opletten voor de mogelijke effecten. Op het terrein doet het zich wel steeds meer voor. Daarom zijn we in gesprek met de federale ministers Demotte en Onkelinx over deze problemen.

We hebben het project over de forensische K-bedden positief beoordeeld en vragen om dat uit te breiden. Minister Demotte antwoordt daar echter negatief op omdat in de Franse Gemeenschap niet dezelfde dynamiek bestaat. Daar worden de for-K-bedden niet ingevuld. Minister Demotte beweert dat hij het project niet kan evalueren voor de programmatie wordt ingevuld, en dat hij niet kan uitbreiden voor de evaluatie is gebeurd. Wij blijven vragende partij omdat we wel kunnen evalueren op basis van onze positieve ervaringen. We willen dat probleem oplossen.

Er zijn nog wel psychiatriebedden vrij en we hebben een reconversie aangevraagd. We willen ook iets doen aan de uitstroom. Er is een protocol van afspraken, waarbij de psychiatrie bepaalde taken op zich wil nemen. Als ze bijvoorbeeld een jongere weigeren die niet aan het profiel voldoet, moeten ze mee op zoek gaan naar alternatieve oplossingen en die motiveren. Tot vandaag is dat protocol, dat Vlaanderen wil ondertekenen, nog niet ondertekend door de federale overheid.

In Oost- en West-Vlaanderen is er geen psychiatrisch aanbod voor jongeren die als misdrijf omschreven feiten hebben gepleegd. In Antwerpen bestaat dat wel. Minister Demotte wil ook de vakbonden mee in het overleg betrekken. Dat antwoordde hij naar aanleiding van de toestanden in de gemeenschapsinstellingen.

De integrale jeugdhulp roept op om tot samenwerking te komen tussen de verschillende sectoren in de bijzondere jeugdzorg om een gepast hulpaanbod te creëren voor minderjarigen. In de integrale jeugdhulp zijn de jeugd- en kinderpsychiatrie niet opgenomen omwille van bevoegdheidsproblemen – dat zou nochtans wenselijk zijn; de 6 sectoren zitten samen. Steeds meer jongeren hebben te kampen met psychiatrische problemen.

In het globaal plan jeugdzorg is er niet voorzien in een specifieke capaciteit voor minderjarigen met psychiatrische problemen. Het is geen opdracht voor de

bijzondere jeugdzorg om een antwoord te bieden op problemen van de psychiatrie. Dat moet komen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg of, voor de residentiële aspecten, van minister Demotte.

Dit is de huidige stand van zaken. Vlaanderen heeft duidelijk stelling genomen en actief voorstellen gedaan om het probleem op te lossen. Die zouden minimale meerkosten meebrengen voor de federale overheid die bevoegd is. We hopen dan ook op positieve resultaten.

De voorzitter: Mevrouw Merckx heeft het woord.

Mevrouw Trees Merckx-Van Goey: Mevrouw de minister, als Vlaanderen een evaluatie kan doen, over hoeveel for-K-bedden gaat het dan op dit moment? We kunnen blijven wachten op iets wat Wallonië misschien veel later uitbouwt. Kunnen we niet al iets doen met die evaluatie, behalve ze aanbrengen op het overleg? Kan ze niet op het gesprek over het samenwerkingsakkoord over de wet-Onkelinx worden aangekaart? Is dat niet een geschikt moment om dat aan te kaarten? Is het de bedoeling dat doorverwezen, uit handen gegeven jongeren in die jeugdgevangenis terechtkomen? Er zijn voldoende aanknopingspunten om de federale overheid te bewegen tot inschikkelijkheid.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Ik heb al eerder gezegd dat we al veel aanleidingen hebben benut om deze problematiek aan te kaarten en te onderbouwen, en zelfs meer dan dat. Dat gebeurde ook op het overleg over de uitvoering van het jeugdsanctierecht. Minister Onkelinx stelde toen dat ze bereid is om met minister Demotte daarover van gedachten te wisselen. We benutten dus echt alle mogelijkheden om onze partners ervan te overtuigen dat dit voor Vlaanderen en voor het welzijn van onze jongeren cruciaal is.

Tezelfdertijd worden er gesprekken aangeknoopt met onze Franstalige collega's. Via het overleg tussen de gemeenschappen proberen we ook daar wat beweging teweeg te brengen. In het overleg willen we bekijken waaruit de twijfel of de vrees van de Franse Gemeenschap bestaat om gelijkaardige initiatieven te ontwikkelen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.
