

C57 – WEL6

VLAAMS PARLEMENT



Zitting 2006-2007

9 januari 2007

HANDELINGEN

COMMISSIEVERGADERING

COMMISSIE VOOR WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN GEZIN

INHOUD

Vraag om uitleg van mevrouw Margriet Hermans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toekenning van een PAB aan mensen met een snel degeneratieve aandoening	1
Vraag om uitleg van mevrouw Anne Marie Hoebeke tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over het hervallen van zelfmoordpogers	2

Voorzitter: de heer Luc Martens

Vraag om uitleg van mevrouw Margriet Hermans tot mevrouw Inge Vervotte, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over de toekenning van een PAB aan mensen met een snel degeneratieve aandoening

De voorzitter: Mevrouw Hermans heeft het woord.

Mevrouw Margriet Hermans: Mevrouw de minister, collega's, het is niet de eerste keer dat ik dit thema hier aansnijd. Ik weet dat het bij de begrotingsbesprekingen ter sprake is gekomen, maar helaas kon ik er toen niet bij zijn. Vandaar dat ik mijn vraag een klein beetje heb aangepast. Ik merk dat in het bundeltje nog mijn oude vraag staat, maar behalve de budgettaire aspecten zijn er weinig verschillen.

U hebt destijds op mijn vraag over het persoonlijk assistentiebudget (afgekort PAB) voor mensen met een snel degeneratieve aandoening geantwoord dat u de zaak aan het onderzoeken was. In welke mate de snelle toekenning van een PAB voor deze doelgroep haalbaar zou zijn, zou afhangen van drie factoren: de mogelijkheid om de doelgroep strikt af te bakenen – in verband daarmee lag toen een voorstel voor bij een groep neurologen –, het uittekenen van een snelle en kwaliteitsvolle procedure en de budgetten die dit mogelijk moeten maken. De uittekening van een snelle en kwaliteitsvolle procedure wilde u het liefst nog in 2006 afwerken.

Hoe staat het nu met de afbakening van de doelgroep van mensen met een snel degeneratieve aandoening die in aanmerking zouden komen voor de toekenning van een PAB? Wat waren de bevindingen van de Vlaamse Vereniging voor Neurologen inzake de afbakening? Welke vormen van een snel degeneratieve aandoening worden erkend om in aanmerking te komen voor een snellere toekenning van een PAB? Kunt u dit toelichten?

Kunt u ook een stand van zaken geven omtrent de procedure die zou worden uitgetekend? Is dat al gebeurd? Zo niet, zal de procedure dan binnenkort uitgetekend worden zoals u in uw antwoord hebt aangegeven? Heeft de minister via de inschaling reeds een zicht op het aantal mensen dat in aanmerking zou komen voor een snellere toekenning? Het aspect van de budgetten laat ik voorlopig vallen.

De voorzitter: Mevrouw Stevens heeft het woord.

Mevrouw Helga Stevens: Mevrouw de minister, beste collega's, ik ondersteun de vraag van mevrouw

Hermans, ook inzake het probleem van de hulpmiddelen. Ik denk bijvoorbeeld aan mensen met ALS, die door de aard van hun ziekte op korte termijn hulpbehoevend worden en dus op korte termijn hulpmiddelen nodig hebben.

De Belgische ALS Liga denkt eraan een hulpmiddelenwerking op te richten, zodat bepaalde middelen door andere personen opnieuw gebruikt kunnen worden. Mensen met ALS kunnen vaak niet zo lang wachten op de nodige middelen. Bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (afgekort VAPH) moet men bijvoorbeeld drie tot zes maanden wachten. Daarom wil de ALS Liga met tweedehandse hulpmiddelen een aanbod creëren voor mensen die op heel korte termijn nood hebben aan die middelen.

Het zijn mensen met ALS die zelf op vrijwillige basis voor die werking zouden instaan. Zij zouden dus ook PAB-ondersteuning kunnen gebruiken voor deze dienstverlening. Ook hierin moet dus geïnvesteerd worden, want op deze manier is het niet langer houdbaar. Ik zou aan de minister willen vragen om in de toekomst personen vrij te stellen om deze dienstverlening te kunnen waarborgen.

De ALS Liga wordt niet gesubsidieerd. Men heeft al ondersteuning gevraagd aan het VAPH, maar zonder succes. Op die manier kan het echt niet verder. Ook deze mensen hebben nood aan een snelle procedure voor hun hulpmiddelen. Misschien kan hiervoor in de toekomst een persoon vrijgesteld worden.

Dit is ook een heel grote besparing voor de overheid: zij moet niet meer voor elke persoon afzonderlijk in hulpmiddelen voorzien. Ik steun de vraag van mevrouw Hermans dus volledig.

De voorzitter: Mevrouw Dillen heeft het woord.

Mevrouw Marijke Dillen: Dit dossier is in deze commissie al meermaals besproken, onder meer tijdens de begrotingsbesprekingen. Toen heeft de minister wel haar bezorgdheid over het welzijn van deze groep van mensen geuit en de noodzaak van maatregelen onderstreept, maar een concreet antwoord kwam er niet. Het komt me voor dat voor dit dossier enige spoed aangegeven is. Misschien moet ik in een schriftelijke vraag eens informeren over hoeveel mensen het eigenlijk gaat. Bijkomende informatie is nodig om goed de omvang van het probleem te kunnen inschatten. Als mijn geheugen me niet in de steek laat, is in deze commissie al een voorstel van resolutie over dit dossier besproken.

Tenzij de minister hier al concrete cijfers kan geven, zou ik willen vragen dat ze eens een cijfermatig overzicht geeft, zodat duidelijk wordt hoeveel middelen moeten worden vrijgemaakt voor de remediëring en hoe dat moet gebeuren.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijnheer de voorzitter, geachte collega's, op mijn voorstel heeft de Vlaamse Regering op 17 november 2006 een ontwerpbesluit goedgekeurd waardoor in het kader van het persoonlijke assistentie-budget een snelprocedure wordt ingevoerd. De snelprocedure kan worden toegepast voor personen met een handicap waarbij een van de volgende diagnoses is vastgesteld: amyotrofe lateraalsclerose, primaire lateraalsclerose, progressieve musculaire atrofie, corticobasale degeneratie, multisysteematrofie of progressieve supranucleaire verlamming.

De afbakening van de doelgroep kwam er na overleg met de Vlaamse Vereniging van Neurologen. Men koos voor deze afbakening omdat er geen alternatieven voor ondersteuning en verzorging voorhanden zijn voor deze aandoeningen, horend onder de algemene noemer van ALS. Verder is het mijn bedoeling om te starten met een welomschreven, goed af te bakenen groep die bij prioriteit wordt benaderd, zodat deze snelprocedure haalbaar en beheersbaar blijft. Ik wil de uitvoering van deze specifieke procedure na verloop van tijd grondig evalueren en dan onderzoeken of de afbakening van de doelgroep al dan niet moet worden herzien.

Ik heb aan het VAPH gevraagd om aan het voornoemd besluit dringend uitvoering te geven. Dit is ondertussen ook gebeurd. In artikel 8bis van dat besluit is bepaald dat de personen waarvoor een van bovenvermelde diagnoses is gesteld, recht hebben op een maximaal PAB, op voorwaarde dat er een gemotiveerde PAB-aanvraag wordt ingediend, er een medisch attest is van een geneesheer-specialist in de neurologie waaruit duidelijk blijkt welke diagnose is gesteld en dat er in een periode van een jaar of minder op de domeinen 'zich verplaatsen', 'zich wassen en aankleden', 'eten' en 'toiletgang' een evolutie gebeurde van zelfstandig handelen naar de onmogelijkheid van zelfstandig handelen en de volledige afhankelijkheid van hulp van derden.

Het VAPH heeft ondertussen het vereiste model van medisch attest bepaald. Daarin is ook aangegeven hoe de evolutie in de verschillende domeinen moet blijken, onder meer aan de hand van de puntenscore op de KATZ-schaal. Het dossier van de personen die beantwoorden aan deze voorwaarden, moet niet worden besproken door de deskundigencommissie. Er zijn dus geen bijkomende administratieve procedures opgelegd. De administratie kent een maximaal PAB toe op basis van de hierboven geciteerde criteria. Het VAPH vraagt wel dat binnen het jaar na de toekenning een volledig

multidisciplinair inschalingsdossier wordt opgesteld door een erkend PAB-team. Op deze manier beschikt het VAPH over een volledig en up-to-date elektronisch dossier van deze cliënt.

De personen met een handicap die beantwoorden aan de gestelde diagnose en die al waren ingeschreven bij het VAPH, zijn persoonlijk geïnformeerd over de nieuwe procedure. Verder zijn alle betrokkenen schriftelijk geïnformeerd. Op de website van het VAPH is alle informatie over de snelprocedure beschikbaar, evenals alle formulieren om de aanvraag in orde te brengen.

Uit de informatie van het VAPH blijkt dat op 20 november 2006 van de gekende personen met een handicap die behoren tot de doelgroep van de snelprocedure 41 mensen een PAB hebben aangevraagd. Daarvan hebben ondertussen al 19 personen een PAB ontvangen, 20 personen zijn nog wachtende en 2 hebben hun aanvraag stopgezet. 85 personen hebben nog geen PAB aangevraagd.

Het toekennen van PAB's aan deze mensen kan gebeuren met de beschikbare budgetten voor 2006 en 2007. Het proces heeft geen invloed op de andere al toegekende budgetten. We hebben al het mogelijke gedaan om de wachttijden voor het bekomen van hulpmiddelen te verkorten. Het doel wordt gehaald en dat is een belangrijke, structurele maatregel. De ALS Liga ontvangt steun van de Vlaamse overheid. De liga krijgt subsidies voor haar project, zodat kan worden onderzocht of en op welke voorwaarden het haalbaar is om de aanpak te verankeren. Dat is geen eenvoudige zaak, want er hangen juridische consequenties aan vast.

De voorzitter: Mevrouw Hermans heeft het woord.

Mevrouw Margriet Hermans: Ik bedank de minister voor haar antwoord. Ik denk dat ze er veel mensen gelukkig mee maakt. Ik denk ook dat het verstandig is om eerst een project op te zetten dat nadien wordt geëvalueerd. In naam van veel mensen ben ik haar dankbaar.

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 her vallen van zelfmoordpogers

De voorzitter: Mevrouw Hoebeke heeft het woord.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, uit een onder-

zoek van de Universiteit Gent blijkt dat bijna de helft van het aantal mensen die een zelfmoordpoging heeft ondernomen, dat later opnieuw probeert. Dit onderzoek kwam er in opdracht van de minister. Er waren vier ziekenhuizen bij betrokken. Meer dan de helft van de zelfmoordpogers hervallen, zo blijkt uit de resultaten. Volgens de coördinator van het zelfmoordproject van de centra voor geestelijke gezondheidszorg, die veel met dit probleem hebben te maken, zijn er twee belangrijke oorzaken van de hoge zelfmoordcijfers en van de hoge cijfers inzake het hervallen van zelfmoordpogers: het niet krijgen van een gepaste behandeling en het weigeren van hulp door de zelfmoordpogers zelf. U weet dat de eerste vereiste van psychiatrische hulpverlening de medewerking van de patiënt zelf is.

Daarbij wordt gewezen op het bestaan van een taboe in Vlaanderen en het ontbreken van communicatie. In die zin wordt dan ook gepleit voor meer voorlichting. Er wordt dan verwezen naar Nederland, waar meer wordt gecommuniceerd en de problemen door huisartsen sneller worden gedetecteerd. Cijfers over zelfmoord en de gevolgen ervan voor de omgeving van de zelfdoders worden bij ons gemakkelijker doodgezwegen. Een knuffeltherapie kan veel mensen met psychische problemen helpen. In India en samenlevingen met een sterk boeddhistische inslag vindt dat nogal ingang, en dat zou ook hier voor soelaas kunnen zorgen.

Intussen heeft de minister de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek gevraagd vanaf 1 januari 2007 een onderzoek te starten over de zorgtrajecten die zelfmoordpogers na hun poging volgen en in hoeverre die een invloed hebben op een herhaling van hun poging.

Ik wil daarover de volgende vragen aan de minister voorleggen. Kan ze zich scharen achter de stelling dat in Vlaanderen over zelfdoding en herhaling van zelfmoordpogingen nood is aan meer communicatie en meer voorlichting? Welke concrete maatregelen kan Vlaanderen op dat vlak ontwikkelen? Heeft de minister al reacties ontvangen over de elektronische leerpakketten die huisartsen sinds eind 2006 kunnen gebruiken? Dat is belangrijk, want de huisartsen zijn de eerstelijns hulpverleners.

De voorzitter: Minister Vervotte heeft het woord.

Minister Inge Vervotte: Mijnheer de voorzitter, geachte collega's, geestelijke gezondheidszorg ligt me na aan het hart. Zelfdoding en depressies hebben een grote impact op de samenleving. Het onderzoek van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek loopt al sinds enkele jaren. Jaarlijks ontvang ik een epidemiologisch verslag. Dat bijna de helft van de suïcidepogers reeds eerder een poging heeft ondernomen, is al meerdere jaren geweten. Ook in het buitenland is dat het geval.

Uit een recent onderzoek van de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek blijkt dat 10 procent van de Vlaamse

adolescenten meldt zichzelf ooit te hebben gekwetst. Bij Vlaamse jongeren komt dat gedrag 2,8 keer meer voor dan bij Nederlandse jongeren. In vergelijking met Nederlandse jongeren scoren Vlamingen hoog voor de volgende risicofactoren: negatievere levensgebeurtenissen, hogere scores voor angst, minder probleemgerichte 'coping', meer alcohol- en drugsgebruik en minder communicatie met ouders, broers en zussen, andere familieleden en leerkrachten over hun problemen. Onze onthaaldiensten bevestigen deze vaststellingen. Er is inderdaad meer nood aan communicatie en ook nood aan voorlichting, zowel van burgers als professionelen.

We willen mensen aansporen om met hun problemen naar buiten te komen. Daarna moeten ze uiteraard ook kunnen rekenen op een adequate hulp- en dienstverlening en moet er voldoende deskundigheid zijn om hun signalen ernstig te nemen. Dat is even cruciaal en daar moeten wij onze verantwoordelijkheid in nemen. Dit loopt over verschillende domeinen, want het gaat niet alleen professionals, maar ook niet-professionals kunnen hun steentje bijdragen.

Ik ben heel blij dat de Vlaamse Regering op 8 december 2006 het Vlaams Actieplan Preventie van Depressie en Suïcide principieel heeft goedgekeurd. Ik zal dit voorleggen aan het Vlaams Parlement. Het is overgemaakt en kan dus besproken worden. Ik stel dan ook voor dat we daaraan een uitgebreid debat wijden in deze commissie.

Ik ga er nu al even kort op in. Het actieplan bestaat uit vijf strategieën. Dat is ten eerste het bevorderen van de geestelijke gezondheid met betrekking tot het individu én de maatschappij. Ik wil hierop even repliceren omdat er al een aantal reacties zijn gekomen. Het actieplan 'Depressie en suïcide' speelt in op wat wij kunnen doen vanuit Welzijn, maar wij weten heel goed dat de oorzaken van depressie complex en veelzijdig zijn. Dat staat ook heel expliciet vermeld in de inleidingen en door heel het document heen. Je hebt zowel endogene als exogene factoren. Meestal gaat het om een combinatie van een aantal factoren die samen 'getriggerd' worden, waardoor het risico verhoogt.

Dat wij preventieve maatregelen treffen, betekent niet dat we daarmee de oorzaken hebben weggenomen. Die pretentie hebben wij absoluut niet. Het is een complex samenspel waarbij iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt. Uiteraard moeten wij ook structurele maatregelen nemen. We doen dat inzake armoedebestrijding en intrafamiliaal geweld, maar bijvoorbeeld ook rond drugs en alcohol.

Wij maken er dus geen abstractie van. We verwijzen naar het facettenbeleid en naar de maatschappelijke verantwoordelijkheid, maar we kunnen niet alles vatten in het Vlaams actieplan. Ik benadruk nog eens dat wij

ook werken aan de bestrijding van structurele mechanismen die risicoverhogend werken. Daarnaast is er dus het actieplan, waarmee we inspelen op het bespreekbaar maken van de problemen. We tonen de mensen waar ze heen moeten en we zorgen voor deskundigheidsbevordering. We spelen ook heel specifiek in op doelgroepen.

Uiteraard moeten we het uitlokken van zelfmoord ook tegengaan. Dat gaat over 'healthy environment' en de nieuwe vormen van telezorg, zoals ik eerder al heb aangehaald in de commissie.

Ten opzichte van de algemene bevolking is het risico op suïcide 150 maal hoger bij iemand die al een poging achter de rug heeft. Aan deze doelgroep moeten we voldoende aandacht en zorg besteden. Na een suïcidepoging overlijdt na een jaar één percent van de betrokkenen jaar door suïcide. Na tien jaar is dat tien percent.

Over deze problematiek liepen al twee projecten, waar al naar verwezen is. Ik ga er nog eventjes op door. Deze projecten bestonden onder andere uit het verzekeren van een degelijke psychosociale evaluatie en opvang van patiënten die zich na een suïcidepoging aandienen voor verzorging in een algemeen ziekenhuis. Daar heb ik eerder al naar verwezen. Ik zal daar nu niet verder op ingaan.

De optimalisering van de samenwerking van de spoed-gevallendienst met de eerste lijn vind ik cruciaal. Ik ga niet bij elk debat verwijzen naar de complexiteit van de bevoegdheden. Het is niet altijd evident om uitvoering te geven aan alles wat te maken heeft met geestelijke gezondheid. De spoedgevallendienst wordt daar bijvoorbeeld mee geconfronteerd. Wij wensen daarover met die mensen samen te werken.

Na de positieve evaluatie van de lopende projecten, heb ik een budget vrijgemaakt om deze beide projecten te integreren tot één geheel en deze methodiek voor opvang van suïcidepogers uit te breiden naar alle spoed-gevallendiensten in Vlaanderen.

Het project is gestart in september 2006 en zal lopen tot 2010. Parallel aan dit project zal de Eenheid voor Zelfmoordonderzoek de registratiegegevens die uit dit project verkregen worden, epidemiologisch verwerken en analyseren, omdat wij dat heel interessante informatie vinden voor het beleid.

U hebt gesproken over de elektronische leerpakketten. Dat is een onderdeel van de derde strategie van ons actieplan. Ondertussen zijn er 370 cursisten die deze cursus, verspreid over twaalf sessies, doorlopen.

Uit de evaluatie blijkt dat acht op de tien deelnemers dit een goede cursus vinden. Dat is een goede score. Uit de evaluatie blijkt ook dat de deelnemers vooral tevreden

zijn over het aanleren van concrete tips voor de omgang met suïcidale personen, met een gemiddelde score van 5,4 op 7. 81,1 percent van de respondenten geven een 5 op 7 of meer voor dit item. Dat is belangrijk, want onder meer bij de huisartsenpraktijken wordt er gevraagd om zo concreet mogelijk te zijn. Zij hebben geen boekentheorie nodig, maar willen weten hoe ze het in de praktijk moeten aanpakken. Dit werd dus als positief ervaren.

Velen geven ook aan dat ze zich na het volgen van deze opleiding duidelijk gesterkt voelen in hun handelen en beter begrijpen wat er van hen kan en mag verwacht worden. Ook dat is cruciaal. Je moet perfect kunnen inschatten in welke mate je als huisarts zelf verder kan opvolgen of wanneer het noodzakelijk is dat je doorverwijst.

De website www.gachet.be is nog maar onlangs gelanceerd. Voorlopig wordt deze website nog niet frequent bezocht. Dit kan verklaard worden door het feit dat hiervoor tot nog toe geen enkele promotie-inspanning gedaan is. Alle bezoeken op de website zijn dus het resultaat van informele berichten en enkele korte vermeldingen in de marge van andere berichten. Een volwaardige promotie-inspanning is gepland op het moment dat de website echt in orde is. Om dit te bereiken wordt er momenteel aan een overzicht van alle foutjes en verbeterpunten gewerkt. Dat is eerder gebruikstechnisch dan inhoudelijk. Tegen het einde van deze maand zal dit af zijn. De implementatie van deze verbeterpunten kan dan beginnen vanaf volgende maand.

Binnen het project 'Opvang van suïcidepogers' wordt een elektronisch instrument ontwikkeld voor een betere opvang van suïcidepogers. Dit instrument kan dienst doen als onderdeel van het patiëntendossier. Daarover zullen we in de commissie zeker nog verder debatteren. Het is tevens de bedoeling dat dit instrument automatisch een verslag voor de huisarts genereert. Aan dit verslag zal dan ook automatisch de informatie over deze website en over e-learning gekoppeld worden, zodat de website zeker gepromoot wordt én up-to-date blijft.

De promotie van dit leerpakket is ook een opdracht binnen het convenant dat ik sloot met Domus Medica. Deze huisartsenorganisatie ondersteunt binnen haar convenant ook andere vormingen met betrekking tot depressie en suïcide en ontwikkelt een praktijkaanbeveling voor suïcide en een voor depressie, waarvan de niet-medicamenteuze aanpak van depressie een onderdeel is.

Het Vlaams actieplan is overgemaakt en misschien kunnen we dan uitgebreid ingaan op alle punten die verder gaan dan alleen de mensen die een zelfmoordpoging achter de rug hebben.

Mevrouw Anne Marie Hoebeke: Ik dank de minister voor haar uitgebreide antwoord. Als dat allemaal uit-

gewerkt zou zijn, zou het vangnet, dat momenteel voor een groot stuk ontbreekt, aanwezig zijn, zeker wat betreft de spoeddiensten. Het gebeurt geregeld dat men iemand twee of drie dagen opneemt in de spoedafdeling. Er komt dan een psychiater langs, bijvoorbeeld bij huwelijksperikelen. Die psychiater komt slechts een keer bij de persoon in kwestie langs, en dan wordt die patiënt naar huis gestuurd. De problematiek blijft dezelfde en het probleem escaleert, in juridische of in andere zin.

Het is een heel goed initiatief, ook voor de huisartsen. Zij zijn het eerste luisterende oor, maar begrijpen niet altijd wat de ware reden van het bezoek van de patiënt is. Dat voorkomt u nu met die pakketten en die sessies. Het zou al heel mooi zijn als zij weten wat de patiënt echt wil zeggen.

De voorzitter: Het incident is gesloten.
