



Vlaams
Parlement

vergadering **C98**
zittingsjaar 2016-2017

Woordelijk Verslag

Commissievergadering

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

van 17 januari 2017

INHOUD

VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over vrijheidsbeperkende maatregelen en gedwongen opnames binnen de geestelijke gezondheidszorg
– 649 (2016-2017)

3

VRAAG OM UITLEG van Björn Anseeuw aan Jo Vandeurzen, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, over vrijheids-beperkende maatregelen en gedwongen opnames binnen de geestelijke gezondheidszorg – 649 (2016-2017)

Voorzitter: de heer Bart Van Malderen

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, gedwongen opname binnen een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (paaz-afdeling) is in de eerste plaats een beschermende maatregel voor de patiënt, soms ook voor de omgeving, maar heeft uit zichzelf uiteraard ook een vrijheidsbeperkend karakter.

Volgens het laatste jaarverslag van de Zorginspectie met betrekking tot gedwongen opname daalde het aantal gedwongen opnames van jongeren op een paaz-afdeling de afgelopen vijf jaar. Ik vermoed dat dat te maken heeft met het feit dat alleen een paaz-afdeling in Veurne erkend is voor die gedwongen opnames.

Bij psychiatrische ziekenhuizen zien we evenwel een stijging. De laatste mij gekende cijfers dateren van 2013. Tussen 2009 en 2013 is er een stijging van iets meer dan 7 procent van het aantal gedwongen opnames. Bij jongeren tot 23 jaar is dat een stijging van iets meer dan 9 procent. In die leeftijdsgroep is er dus een nog iets sterkere stijging.

In het verleden werd er al verschillende keren gewag gemaakt van het stijgend aantal gedwongen opnames in Vlaanderen. Iedereen is het erover eens dat de zorg daarbij altijd moet primeren op dwang. Dwang kan nooit een doel op zich zijn. Ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) heeft in 2015 al een aantal aanbevelingen opgesteld, zoals de installatie van tussenvormen tussen vrijwillige en gedwongen opnames. Een tweede opname betrof langere observaties en een derde ging over een betere aflijning tussen enerzijds kinderen en jeugdpsychiatrie en anderzijds de volwassenenpsychiatrie.

Heel wat van die dingen vallen niet onder uw bevoegdheid, zijn geen Vlaamse bevoegdheid. Toch dient Vlaanderen in te staan voor de erkenning, de programmering en – heel belangrijk – het toezicht van psychiatrische ziekenhuizen. Bij dat laatste wordt werk gemaakt van een geactualiseerd referentiekader – u hebt dat aangekondigd tegen eind vorig jaar – met specifieke klemtoon op vrijheidsbeperkende maatregelen.

Minister, de laatste mij gekende cijfers dateren van 2013. Zijn er recentere cijfers? Zo ja, kunt u die bekendmaken? Zo neen, waarom zijn ze er niet?

In welke mate ziet u toe op de toegepaste vrijheidsbeperkende maatregelen bij patiënten die gedwongen worden opgenomen? Vraagt u aan de Zorginspectie om daarop specifiek in te zetten, om daarvoor bijzondere aandacht te hebben, of niet?

Gedwongen opname en fixatie en afzondering zijn niet hetzelfde. Wat hen samen kenmerkt, is dat ze vaak niet bevorderlijk zijn voor het psychisch welbevinden van de patiënt. Welke plaats ziet u voor gedwongen opnames, maar ook andere dwangmaatregelen binnen de geestelijke gezondheidszorg? Op welke manier wilt u er, samen met uw federale tegenvoeter, minister De Block, voor zorgen dat het aantal dwangmaatregelen, het aantal gedwongen opnames, ook in de geestelijke gezondheidszorg, daalt?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega, de Vlaamse overheid is verantwoordelijk voor het toezicht op de uitvoering van de maatregel gedwongen opnames in de psychiatrische ziekenhuizen en de algemene ziekenhuizen. Dat gebeurt naar aanleiding van het reguliere toezicht in de psychiatrische en algemene ziekenhuizen.

Er is sinds 2007 een praktijk gegroeid waarbij de Zorginspectie een Vlaams jaarverslag over gedwongen opname publiceert. De dertig Vlaamse ziekenhuizen met een machtiging voor gedwongen opname registreren zelfs meer dan de wettelijk vereiste variabelen met betrekking tot de gedwongen opname, met name procedure- en patiëntvariabelen. Op basis hiervan werd een Vlaams jaarverslag opgemaakt, evenals rapporten op het niveau van elk ziekenhuis en op het provinciaal niveau.

Zowel de Vlaamse jaarverslagen als de individuele en provinciale rapporten blijken een meerwaarde te zijn voor de sector en worden erg gewaardeerd. Om een stap te zetten naar modernisering op het vlak van dataverzameling, onder andere via een webapplicatie, ook om de verwerking ervan minder arbeidsintensief te maken, moet er onder andere een specifieke machtiging worden gevraagd bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De wettelijke basis voor deze meer uitgebreide registratie ontbreekt momenteel en zal worden ingeschreven bij de grondige hervorming van de wet op de gedwongen opname. Tegen eind 2017 wordt hierover een concreet wetsontwerp verwacht. Hierover zijn concrete werkafspraken gemaakt tussen Volksgezondheid en Justitie. In afwachting hiervan zullen we de psychiatrische ziekenhuizen opvolgen via meer risicogestuurde inspecties. We starten ook met een thematische inspectie met betrekking tot de vrijheidsbeperkende maatregelen.

De focus bij de start ligt bij de doelgroep minderjarigen in psychiatrische afdelingen. Naast de opmaak van individuele inspectieverslagen plant de Zorginspectie ook een beleidsrapport. Dat rapport brengt de praktijk in kaart, met aandacht voor good practices die inspirerend kunnen werken. In een volgende fase zullen we de inspecties uitbreiden naar andere doelgroepen en sectoren.

De verzamelde en verwerkte gegevens voor 2014 en 2015 zullen binnenkort worden gepubliceerd. Aan de betrokken ziekenhuizen wordt gemeld dat ze zich voortaan aan het wettelijke kader inzake rapportering moeten houden. De wet bepaalt dat de ziekenhuizen met een machtiging voor gedwongen opnamen een jaarverslag moeten maken met de lijst van de patiënten die, ten gevolge van een beschermingsmaatregel, in de dienst werden opgenomen. Dat jaarverslag wordt gemaakt aan de door de bevoegde overheid aangewezen geneesheren, inspecteurs en psychiaters, aan de vrederechter van de plaats waar de dienst gelegen is en aan de procureur des Konings.

De voorzieningen worden dus niet ontheven van de registratie. Ook moeten ze hun jaarverslag aan de vermelde instanties blijven bezorgen.

Tijdens de reguliere auditbezoeken in psychiatrische ziekenhuizen wordt ingezoomd op het luik vrijheidsbeperkende maatregelen voor alle patiënten, zonder onderscheid te maken of die vrijwillig dan wel gedwongen verblijven in de voorziening. We kunnen dus niet antwoorden op de vraag of vrijheidsbeperkende maatregelen meer toegepast worden bij patiënten die gedwongen worden opgenomen.

In december 2016 startte de Zorginspectie met een sectoroverschrijdende inspectieronde rond vrijheidsbeperkende maatregelen. In de eerste fase van deze thematische inspectieronde richt de Zorginspectie zich op de doelgroep minderjarigen. Alle kinderpsychiatrische diensten in algemene en psychiatrische ziekenhuizen worden bezocht, ook de afdelingen voor forensische kinderpsychiatrie,

waar kinderen en jongeren worden opgenomen die vanuit een complexe psychiatrische problematiek grensoverschrijdend of delictgedrag vertonen.

In een volgende fase zal het thema 'vrijheidsbeperkende maatregelen' worden opgenomen of verder uitgediept binnen het toezicht van de Zorginspectie in andere zorgvormen.

Zorg en Gezondheid en Zorginspectie actualiseren samen met de belanghebbenden – dat zijn de sector en de koepels – het huidige referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen. Aan de hand van de nieuwe eisen willen we de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen aanmoedigen om minder en ook zeker minder lang te fixeren en te isoleren of een chemische fixatie uit te voeren. Indien deze vrijheidsbeperkende maatregelen toch niet kunnen worden vermeden, moet men dit meer consequent toepassen en zich houden aan bepaalde voorwaarden. Inspiratiebronnen hierbij zijn zowel good practices als voorbeelden uit zowel buiten- als binnenland. Dit referentiekader zal aan de voorzieningen een houvast bieden om om te gaan met vrijheidsbeperkende maatregelen.

In vergelijking met het huidige referentiekader worden de rol en de verantwoordelijkheid van de psychiater hierin ook benadrukt. Die is de momenteel veel te beperkt. Er wordt ook gewerkt aan een preventief klimaat, waardoor veel vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen worden vermeden. Na- en voorbesprekingen met patiënten, team, medepatiënten en familieleden worden hier tevens onder de aandacht gebracht.

Dat zijn ook allemaal punten die aan bod komen in het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Het advies is eerder theoretisch, terwijl het referentiekader specifieke eisen en richtlijnen omvat waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen. Het advies was nog in ontwerp toen er gestart werd met de actualisatie van het luik 'vrijheidsbeperkende maatregelen'. Het zal, indien nodig, mee geïntegreerd worden in de aanpak.

De personen die deelnemen aan de uitwerking van het geactualiseerde referentiekader, hebben meegewerkt aan het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Meer concreet betreft het afgevaardigden van Zorgnet Vlaanderen.

Gedwongen opname is bedoeld als beschermingsmaatregel. Wie een gevaar vormt voor zichzelf of voor anderen, kan tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis gedwongen worden. Ook het algemeen ziekenhuis in Veurne heeft een gedwongen opnamemachtiging.

De vraag tot gedwongen opname kan aan de vrederechter gesteld worden door elke belanghebbende. Bij hoogdringendheid kan de procureur des konings de gedwongen opname preventief bevelen op basis van een omstandig medisch verslag, waarna hij onmiddellijk de vraag voor de gedwongen opname voorlegt aan de vrederechter. Ongeveer drie vierde van de gedwongen opnames gebeurt bij hoogdringendheid. Dit houdt dus in dat er concreet dikwijls al na tien dagen een evaluatie gebeurt door de vrederechter. Als dan aan de voorwaarden van de wet tot gedwongen opname niet of niet meer is voldaan, wordt de betreffende persoon weer vrijgelaten. Een gedwongen opname is in eerste instantie slechts mogelijk voor maximum veertig dagen inobservatienaam. Daarna kan door de vrederechter beslist worden tot verlenging van de opname.

Aangezien zowel de gemeenschappen als de federale overheid voor aspecten van een gedwongen opname bevoegd zijn, is overheidsafstemming noodzakelijk. We zijn momenteel binnen de taskforce geestelijke gezondheidszorg, kaderend binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, aan het bekijken op welke wijze we met de aanbevelingen van het advies van de Hoge Gezondheidsraad

'Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de Geestelijke Gezondheidszorg' van juni 2016 aan de slag kunnen.

Voor ongeveer drie vierde van de gedwongen opnames wordt dus niet de gewone procedure gebruikt, maar de dringende procedure, die als uitzondering bedoeld was. Deze gedwongen opname kan door een omstandig medisch attest van een arts geïnitieerd worden. Er zijn voorstellen en er gaan stemmen op om de wet op de gedwongen opname, en de samenhangende procedure, aan te passen. Dit zou kunnen leiden tot een vermindering van het aantal gedwongen opnames. Zo vermeldt het advies Hoge Gezondheidsraad dat alleen een psychiater ofwel een hiervoor geaccrediteerde arts en niet langer eender welke arts een omstandig medisch attest zou mogen voorschrijven.

Daarnaast wordt gevraagd om de wettelijke mogelijkheid van behandeling ten huize meer toe te passen. Meer concreet wordt gepleit om de thuissituatie van de patiënt te verruimen tot de thuisvervangende situatie zoals de psychiatrische verzorgingstehuizen, de woon- en zorgcentra en mogelijk zelfs de initiatieven beschut wonen. Ook de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de mobiele crisisteams in het kader van de artikel 107-projecten kunnen hierin een rol vervullen.

Ik volg de aanbevelingen van het advies, maar ik ben niet voor alle aspecten bevoegd. Zo zal bijvoorbeeld de wet op de gedwongen opname moeten worden aangepast om een aantal zaken te realiseren, bijvoorbeeld het voorschrijven van een omstandig medisch attest. Dat is een federale bevoegdheid.

Dat neemt niet weg dat ook wij een aantal initiatieven nemen. De mogelijkheden vanuit de Zorginspectie heb ik reeds toegelicht. Iedere opname, en zeker een gedwongen opname, is zeer ingrijpend en moeten we echter zo maximaal mogelijk proberen te voorkomen. Verplicht worden tot een opname, zonder een misdrijf te hebben gepleegd, tegen zijn of haar wil, heeft een ontzettende impact, zowel op de patiënt als op zijn familie en naasten.

We moeten dus zeer zorgvuldig met gedwongen opname omgaan. Eerst moet onderzocht worden of er geen andere mogelijkheden tot hulpverlening zijn zoals een vrijwillige opname, behandeling via een mobiel crisisteam enzovoort. Pas in laatste instantie en onder goede indicatie mag er tot gedwongen opname worden overgegaan. De samenwerking tussen politie, parket en medische dienstverlening, waaronder de geestelijke gezondheidszorg, moet optimaal zijn. Hierop wil ik inzetten, ook al is dit zeer complex en zijn ook weer meerdere overheden bevoegd. Ik denk dat het belangrijk is dat er tijdens een procedure tot een gedwongen opname zo maximaal mogelijk psychiatrische expertise en kennis ingebracht wordt om ervoor te zorgen dat enkel tot een gedwongen opname overgegaan wordt als er echt geen anderen mogelijkheden zijn. Ik zal samen met de federale overheid bekijken op welke wijze we deze ambitie zo maximaal mogelijk kunnen realiseren.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Minister, ik dank u voor uw antwoord. U hebt een mooie schets en de historiek van de jaarverslagen gegeven. Deze traditie is begonnen in 2007. Dit geeft aan dat de Zorginspectie, en dus de Vlaamse overheid, het belangrijk vindt om daar oog voor te hebben en er heel omzichtig mee om te springen.

Een tweede positieve punt dat ik onthoud uit uw antwoord is de ambitie om meer te registreren. Er zijn wel degelijk hiaten in onze kennis. U hebt er zelf eentje aangehaald: over de evolutie van het aantal dwangmaatregelen bij gedwongen opnames kunnen we blijkbaar niet zeggen of dit een evolutie is in stijgende of

dalende lijn of een status quo. Als je hierrond een nieuw beleid wilt gaan uitstippelen, is dat natuurlijk wel moeilijk als je niet kunt becijferen hoe vaak dat fenomeen voorkomt.

Over het geactualiseerde referentiekader voor dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg heb ik in 2015 al een vraag gesteld specifiek over kinderen en jongeren. Collega Saeys is daarop teruggekomen in september van vorig jaar, niet alleen wat betreft kinderen en jongeren, maar in de geestelijke gezondheidszorg het algemeen. U hebt dat vernieuwde referentiekader aangekondigd tegen eind 2016. Blijkbaar is dat toch niet helemaal af. Wanneer zou dat wel af zijn? Welke ambitie zal daarin naar voren komen? U hebt gezegd dat het de bedoeling is om minder dwangmaatregelen te hebben in de geestelijke gezondheidszorg. Het zou een ambitie kunnen zijn om er zo weinig mogelijk te hebben, sommigen zeggen zelfs geen. Het buitenland geeft overigens een aantal voorbeelden aan waar het ronduit verboden is. Ik heb dat in de commissie eerder al aangehaald. Ik ga vandaag niet pleiten voor een verbod. Ik denk dat dit een genuanceerd debat verdient. Mijn vraag is wel welke ambitie uit dat geactualiseerde referentiekader naar voren zal komen. Is het minder, is het zo weinig mogelijk? Dat is een belangrijk nuanceverschil. Ik ga ervan uit dat het niet nul zal worden, hoewel, als je de lat hoog genoeg ligt, je wel veel zult bereiken. Ik had dus graag geweten voor wanneer dat referentiekader is en wat de ambitie zal zijn.

De voorzitter: Mevrouw Taelman heeft het woord.

Martine Taelman (Open Vld): Minister, u hebt in uw antwoord verwezen naar de mobiele crisisteamen die actief zijn in de projecten van artikel 107. U hebt gezegd dat die daarin een rol kunnen vervullen. Dat is helemaal juist. Ik heb een bijkomende vraag: zijn er indicaties dat die mobiele crisisteamen al opnamevermijdend werken of is het nog te vroeg om daarover te kunnen oordelen? Indien dat het geval is, wanneer worden daar dan resultaten van verwacht?

De voorzitter: Mevrouw Jans heeft het woord.

Vera Jans (CD&V): Voorzitter, ik wil me zeer graag aansluiten bij de vraag van collega Anseeuw, die een bijzonder relevant thema aanhaalt. Ik heb deze cijfers ook in 2015 van naderbij bekeken en ik was destijds verbaasd over de omvang van de toepassing van de maatregelen in Vlaanderen. Het ging toch over negen mensen per dag. En dan is er ook nog de stijging. Collega Anseeuw zegt dat de cijfers al dateren van een tijdje terug, maar de stijging van de afgelopen tien jaar was zeer sterk.

Collega Anseeuw heeft de cijfers deels geanalyseerd in functie van leeftijd. Ik heb destijds ook vastgesteld dat er heel grote regionale verschillen zijn. Zo blijkt dat twee van de vier Limburgse psychiatrische ziekenhuizen het hoogste aantal gedwongen opnames uitvoerde, en er waren nog wel wat afwijkingen. Dat zou te maken kunnen hebben met het feit dat in bepaalde regio's voornamelijk huisartsen medische attesten aanvoeren, terwijl dat in andere regio's op een andere manier zou gaan. Een ander frappant gegeven vond ik destijds dat meer dan een kwart van de gedwongen opnames voortvloeide uit of veel te maken had met alcohol- en drugsmisbruik, terwijl de wet op de bescherming van de geesteszieke stelt dat middelenmisbruik of een verslaving geen reden is om iemand gedwongen op te nemen, tenzij er bijkomende moeilijkheden zijn, en die zijn hier onlosmakelijk aanwezig.

Minister, uit u antwoord ben ik toch wel wat wijzer geworden. Mijn vraag is in hoeverre een mobiel crisisteam hier een rol kan spelen. U hebt erkend en bevestigd dat dat zeker kan. Ik vind het goed om te horen dat u het toezicht op een heel omzichtige maar accurate wijze wilt invoeren en vasthouden. Ik ben

ervan overtuigd dat we daar volgend jaar opnieuw vragen over hebben en dan kunnen beschikken over recentere cijfers.

Bart Van Malderen (sp-a): Minister, namens onze fractie wil ik u danken voor het antwoord. U geeft een aantal belangrijke insteken in een zeer gevoelig debat en een controversieel thema.

Ik wil me vooral aansluiten bij de bijkomende vraag van de heer Anseeuw, waarin hij peilt naar het ambitieniveau. Ik denk dat we daar best ambitieus kunnen in zijn. Fixatie, isolatie, gedwongen opname: het is niet allemaal hetzelfde maar het gaat allemaal over vrijheidsbeperkende maatregelen, die in essentie deels ingaan tegen wat we allemaal als mensenrechten ervaren, namelijk veiligheid en vrijheid.

Er komt nog iets bij dat we in het debat moeten inbrengen. U hebt dat aangehaald, namelijk dat gedwongen opname, laat staan isolatie en fixatie, geen positief effect heeft op het welbevinden van die betrokken patiënt. Mensen reageren daar heel uiteenlopend op, van depressie en lethargie over heel diepe angst, paniek en claustrofobie tot rancune en zelfs agressie ten opzichte van het verplegend personeel. Het aanvoelen is – we zien dat ook in buitenlandse voorbeelden – dat men op het basisprobleem heel vaak nog een secundair trauma toevoegt als gevolg van isolatie en fixatie. Onze fractie vindt hier nogal wat elementen in om de lat hoog genoeg te leggen. Als je ziet dat er in het buitenland, bijvoorbeeld in Noorwegen, een verbod is ingesteld tot 16 jaar, dan kan ik me alleen maar aansluiten bij de vraag van de heer Anseeuw, specifiek toegepast op jongeren: wat is het ambitieniveau? Als het in het buitenland kan om voor die groep tot 16 jaar een verbod in te voeren en ervoor te zorgen dat er aanklappende hulpverlening is maar dat men altijd wel bij de patiënt kan blijven, waarom zouden we dat dan in ons land binnen uw bevoegdheden niet kunnen invoeren?

De voorzitter: Minister Vandeurzen heeft het woord.

Minister Jo Vandeurzen: Collega's, ik denk dat we een bevoegdheidsmatig onderscheid moeten maken. Dat is niet het beste argument maar wel de institutionele realiteit. Als wij in het kader van de uitoefening van de bevoegdheid van de Zorginspectie referentiekaders maken, dan is dat 'state of the art', evidence-based, wat wij verstaan onder goede zorg. Het gaat om dit soort normering en dit soort praktijken met de sector afspreken als zijnde de toetssteen waarop ons kwaliteitsbeleid wordt uitgeoefend en hoe we dat concretiseren. Dat is de manier van aanpakken.

Om een ander voorbeeld te geven: in een chirurgisch zorgtraject gaat de Zorginspectie na in overleg met de beroepsgroep en dergelijke meer wat we internationaal gezien evidencebased kunnen noemen in aanvulling op de normeringen die in de federale regelgeving daarover bestaan. Dat gaat dus over dingen die vanuit een breed gedefinieerd kwaliteitsbeleid als toetssteen worden gebruikt om te zien of er kwaliteitsvolle zorg wordt verleend maar wat geen harde normering of regelgeving is. Voor de ziekenhuizen zouden we dat theoretisch kunnen als we na een staatshervorming bevoegd zijn voor de normering, behalve de organieke regels. Dat is de manier van benaderen. In de mate dat er op het federale niveau een eerder duidelijke regelgeving is, is het moeilijk denkbaar dat je met een zoektocht naar de goede zorgpraktijken en naar de dingen die je afspreekt als referentiekader, buiten dat federale kader gaat. Je moet dat kader respecteren. In dit geval gaat men dus na wat het wettelijk kader is voor de minderjarigen en de rechtspositie van de minderjarigen, omdat het ook over jongeren gaat, waarbij onze bevoegdheid iets explicieter is, en over de gemeenschapsinstellingen, om het nog concreter te maken. Daar zitten we ook een stuk onder Vlaamse regelgeving en wordt er gekeken wat de praktijken zijn die men evidencebased kan

noemen en die men als een goede praktijk kan beschrijven. Daarin wordt uiteraard ook gekeken naar wat er internationaal mogelijk is.

Die discussie is ook in de media gevoerd. Sp.a heeft daar ook een meeting over georganiseerd. Dan is er informatie gekomen uit Scandinavië, waar men een regelgeving heeft die de gedwongen opname zeer sterk reduceert voor de min 16-jarigen.

Uiteraard moeten wij dergelijke praktijken meenemen als we kijken naar wat evidencebased is en de invulling daarvan. Het is een zo ingrijpende maatregel dat die zo selectief mogelijk en zo beperkt mogelijk moet worden uitgevoerd. Het feit dat er mogelijkheden bestaan om dat nagenoeg tot nul te herleiden, moeten we onder ogen nemen. Als dat tot de goede praktijken behoort en als je dat kunt vertalen naar een Vlaamse context, moet je dat in de discussie meenemen. Maar dat is een discussie die in overleg met de experts, de wetenschappers en dergelijke meer, moet worden gevoerd. De Zorginspectie gaat niet op haar eentje referentiekaders uit de literatuur distilleren en zeggen: 'Dat is het nu'. Dat is het voorwerp van overleg want men kan dat administratiefrechtelijke zeer strikt interpreteren. Wij geven er de interpretatie aan van kwaliteitsvolle zorg. Als dat niet op een juridische basis gebeurt – hier is er een zeer expliciete, namelijk de federale wet die zegt wat kan en wat niet kan – en als het gaat over opvolging en reacties erop, eventueel ook vanuit het agentschap, dan moet je ervoor zorgen dat de juridische basis voldoende solide is. Daarom gaan wij ervan uit dat het alleen maar in uitzonderlijke situaties kan en dat steeds moet worden gekeken of zowel door de context, preventie, het klimaat en andere mogelijkheden het aantal vrijheidsberovende maatregelen zo beperkt mogelijk kan zijn. Er moet steeds worden gekeken of er nog alternatieven en dergelijke meer zijn. Wij gaan ervan uit dat dat de basis is waarop we met de sector die referentiekaders vastleggen. Maar in dit geval is buiten het wettelijke kader treden wat de psychiatrische ziekenhuizen betreft, niet zo evident.

Over het principe dat dat zo beperkt mogelijk moet zijn en dat er modellen bestaan voor hoe je je zorg op een bepaalde manier kunt organiseren, denk ik dat er als dusdanig weinig discussie kan zijn. Dat is gewoon de goede manier om ernaar te kijken.

We hebben het vlug even opgevraagd: het referentiekader dat nu wordt opgesteld voor minderjarigen zou voor de kinderen en jongeren klaar zijn tegen de zomer van 2017 en voor de volwassenen tegen april 2017. Dat wil zeggen dat men vanaf midden dit jaar zal beginnen met de thematische inspecties en dat men dat ook in een plan zal gieten. Wat betreft het tempo: we hebben dat opgenomen in onze beleidsbrief 2016-2017. We hebben met de Zorginspectie afgesproken dat dat een belangrijke prioriteit is. We proberen ervoor te zorgen dat de Zorginspectie met de sectoren tot de nodige consensus komt. Het zal u niet verwonderen dat dat ook overleg vraagt.

Wat de mobiele teams betreft, is er een evaluatie van de netwerken. Er is op dit moment niet echt een evaluatie van de impact van artikel 107. Er wordt gekeken naar hoe die netwerken functioneren. Maar om te zeggen dat er nu al een echte evaluatie bestaat van de impact van de hele operatie, is niet correct. U kunt natuurlijk wel vermoeden dat, als men snel intervenieert in de thuissituatie en escalaties voorkomt, dat wel een impact zal hebben op het aantal vrijheidsberovende maatregelen.

Er is geen discussie over het ambitieniveau. Wij denken dat je je in het kader van kwaliteitsvolle zorg moet organiseren om dat echt tot het minimum te herleiden. Goede voorbeelden die dat aantonen, moeten als best practices mee die lat helpen leggen. Dat moet binnen een federaal kader, aangezien de wetgeving wat

de normering betreft hier zeer expliciet is voor de collocatie. Voor de minderjarigen gebeurt dat binnen wat voor onze gemeenschapsinstellingen aan regelgeving bestaat en de rechtspositie van onze minderjarigen, zoals vastgelegd in het decreet.

De voorzitter: De heer Anseeuw heeft het woord.

Björn Anseeuw (N-VA): Ik ben blij dat de collega's en uzelf, minister, het er roerend over eens zijn dat dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg tot een minimum moeten worden herleid. Vrij snel al, binnen enkele maanden, komt er een nieuw referentiekader. Niemand heeft u gevraagd om buiten de wet te treden, maar ik denk wel dat de vraag kamerbreed is om voldoende ambitie aan de dag te leggen in het beperken van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit de Vlaamse overheid kunnen en moeten we daarin een rol spelen.

U zegt dat dit soort maatregelen bij uitzondering moet worden toegepast. Ik hoop dat ik die uitzondering letterlijk mag opnemen, en niet in de zin van de uitzonderlijke spoedprocedure voor gedwongen opname, die ondertussen regel is geworden. Ik heb uit uw antwoord begrepen dat ik dat letterlijk mag opnemen. Ik ben blij met dat hoog ambitieniveau, dat zal blijken uit het geactualiseerde referentiekader.

Ik zal het van zeer nabij opvolgen. Collega's hebben het hier nog eens aangehaald en zelf heb ik het ook al gezegd: het zijn maatregelen die zelden bijdragen tot het psychisch welbevinden van de patiënt. Uiteindelijk moet de zorg altijd primeren.

De voorzitter: De vraag om uitleg is afgehandeld.